

Disfunción del piso pélvico: epidemiología

Drs. Luisa E Obregón Y, Arturo F Saunero O

Instituto Médico Quirúrgico Ribas. Los Teques, Estado Miranda, Venezuela

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de la disfunción del piso pélvico, factores relacionados, tratamientos y evolución en pacientes gineco-obstétricas de un hospital privado.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico. Se revisaron 4 555 historias desde 1998 a 2008 y se seleccionaron 430 con alteraciones del piso pélvico. Se evaluaron los factores asociados: edad, embarazos, partos, distocias, episiotomías, peso máximo fetal, masa corporal, incontinencia urinaria de esfuerzo, infecciones urinarias bajas recurrentes, alteraciones tiroideas, diabetes, fibromatosis uterina, menopausia, intervenciones ginecológicas previas, estreñimiento, trabajos forzados, tos crónica y uso de fajas. Se clasificaron los tipos y grados de prolapsos, tratamientos y complicaciones.

Ambiente: Instituto Médico Quirúrgico Ribas. Los Teques, Estado Miranda, Venezuela

Resultados: Promedio de edad $47,72 \pm 11,88$ años. Incidencia de disfunción 9,4 %; en 72 % fue un hallazgo del médico, 73,2 % referían incontinencia urinaria de esfuerzo, 18 % infecciones urinarias bajas recurrentes, paridad promedio $3,86 \pm 2,59$; 21,4 % distocias y 48,8 % episiotomías. Diagnóstico de prolapso 97,4 %, grado II más frecuente 73,3 %. Entre los factores relacionados se encontró: masa corporal elevada, fibromatosis uterina, estreñimiento e intervenciones anteriores. Se indicó tratamiento conservador en 67,3 %, cirugía vaginal 8 % y abdominal 11 %.

Conclusiones: La incidencia de disfunciones es baja, el cistocele grado II es el más frecuente y está relacionados con incontinencia urinaria de esfuerzo, infecciones urinarias bajas recurrentes, grupo etario entre 40 y 50 años, multiparidad, mayor índice de masa corporal, estreñimiento, fibromatosis uterinas e intervenciones pélvicas previas. El tratamiento más aceptado es la rehabilitación muscular.

Palabras clave: Prolapso genital. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Disfunción del piso pélvico.

SUMMARY

Objective: To evaluate the prevalence of pelvic floor dysfunction, related factors, treatment and evolution in gynecologic-obstetric patients in a private hospital.

Method: A descriptive, retrospective, epidemiologic study. 4 555 records were reviewed from 1998 to 2008 and 430 with pelvic floor disorders were selected. Associated factors such as: age, pregnancy, dystocia, episiotomy, fetal weight, body mass, stress urinary incontinence, recurrent lower urinary tract infections, thyroid disorders, diabetes, uterine fibromatosis, menopause, previous gynecologic interventions, constipation, hard work, chronic cough and use of belts were evaluated. Types and degrees of prolapse, treatments and complications were classified.

Setting: Instituto Médico Quirúrgico Ribas. Los Teques, Estado Miranda, Venezuela

Results: Average age 47.72 ± 11.88 years. 9.4% dysfunction incidence; in 72 % was medical finding, 73.2 % referred stress urinary incontinence, 18 % urinary tract infections, average parity 3.86 ± 2.59 , 21.4 % dystocia and 48.8 % episiotomy. Prolapse diagnosis 97.4 %, grade II 73.3 % more frequent. Among the factors were: high body mass, uterine fibromatosis, constipation, and previous interventions. Non surgical treatment was indicated in 67.3 %, 8 % vaginal surgery and abdominal 11 %.

Conclusions: The incidence of dysfunction is low, the grade II cystocele is the more common and is associated with stress urinary incontinence, urinary tract infections, age group between 40 and 50 years, multiparity, higher body mass index, constipation, uterine fibromatosis and previous pelvic interventions. The most accepted treatment is the muscular rehabilitation.

Key words: Genital prolapse. Stress urinary incontinence. Pelvic floor dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La disfunción del piso pélvico es un término que describe un amplio rango de problemas clínicos

funcionales agrupados anatómicamente, la etiología común es el defecto del soporte anatómico o el daño

a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos. Se clasifican según sus síntomas en alteraciones del compartimiento anterior, donde están implicadas las funciones sexuales y urinaria: incontinencia y protrusión de vejiga, vagina y útero y del compartimiento posterior relacionados con la función colorrectal incontinencia fecal y desórdenes evacuatorios (1).

No se conoce con exactitud, la frecuencia de la disfunción del piso pélvico, se reportan cifras disímiles dependiendo de la población estudiada, así como de los criterios utilizados para su diagnóstico, pues no se conoce con exactitud el grado de soporte de los órganos pélvicos femeninos (2). En el *Women's Health Initiative* (WHI) de la totalidad mujeres incluidas en el estudio el 40 % reportó algún grado de prolapso y se evidenció un 14 % de histerocele (3). En estudios estadounidenses se señala que existe un riesgo quirúrgico por prolapso o incontinencia urinaria de 11,1 % a los 80 años y un 29,2 % requirió una segunda cirugía (4), otros señalan 30,8 % de prolapso, pero sólo el 2 % se localizaban por debajo del introito vaginal (6); en Australia reportan 35,3 % de disfunción del piso pélvico asociados a incontinencia urinaria y fecal, más frecuente en núlparas que en hombres, por ello concluyen que es una patología de género (7).

En un metaanálisis realizado en 2003 (8) utilizando la base de datos de BIOMED (1966-2002), NESLI (1989-2002), EMBASE (1980-2003), CINAHL (1982-2003) y COCHRANE concluyeron que el 50 % de las mujeres de todas las edades reportaron algún tipo de disfunción del piso pélvico, con una serie de síntomas que raramente se presentan aislados. En Buenos Aires (9) una encuesta realizada en 483 mujeres de 24 a 85 años, el 49 % reportó pérdida de orina, de ellas el 90 % no consultó ni realizó algún tratamiento y sólo el 52 % reportó alteración de su calidad de vida. En otra encuesta aplicada en una población rural de El Salvador se encontró una alta incidencia de incontinencia: 71 % urinaria y 41 % fecal (10). En Colombia (11,12) dos estudios realizados a nivel hospitalario, uno con 240 pacientes donde el 72 % reportó síntomas de sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en los prolapsos grado II, los grado III estaban asociados a multiparidad, edad mayor de 60 años, menopausia y menor número de IUE; el segundo de 102 casos con un promedio de edad de 60 años y de siete partos; el 74,5 % eran prolapsos de III ° y señalan que el 30 % de la cirugías ginecológicas de ese centro asistencial son por cura de prolapso. En

las publicaciones venezolanas aparece el trabajo de D'Elia y col. (13) con 106 pacientes de 2 hospitales públicos, la mayoría jóvenes, con IUE y con prolapsos avanzados para corrección quirúrgica.

La patogénesis de la disfunción del piso pélvico no está totalmente aclarada, aunque se ha comprobado que es de etiología multifactorial, donde los principales factores son la edad y el parto vaginal. Los factores implicados confirmados son: edad avanzada, parto vaginal, trauma obstétrico, embarazo, historia familiar, raza, sobrepeso y obesidad, constipación y los factores probables son: variables intraparto (macrosomía, período expulsivo prolongado, episiotomía, analgesia epidural), incrementos de la presión intraabdominal, menopausia, cirugía pélvica previa, condiciones médicas asociadas como diabetes y alteraciones tiroideas (1-4).

MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de un grupo 4 555 pacientes que acudieron a la consulta privada entre los años 1998 y 2008. Se seleccionaron 430 que presentaron al interrogatorio y/ o al examen físico evidencias de disfunción del piso pélvico, se insistió en interrogar la IUE y la urgencia miccional. Se colocó a la paciente en posición de litotomía y se observó la posición de los órganos en reposo y al realizar esfuerzos: toser, maniobra de Valsalva e incorporarse sin ayuda, se colocó espéculo y se repitieron las maniobras. Para clasificar el grado de prolapso se utilizó el método clínico de Baden-Walker test (9) donde el descenso anterior es cistocele, de útero histerocele o de cúpula, posterior superior enterocele y posterior inferior rectocele. Grado 0 es ausencia, I a nivel de pared superior de vagina, II a nivel del himen, III mitad vaginal inferior al himen y IV eversión vaginal completa. Se valoró digitalmente el tono de los músculos perineales en reposo y en contracción.

Se evaluaron los factores predisponentes y patologías asociadas y se indicó tratamiento conservador o quirúrgico según severidad del prolapso y preferencia de la paciente, con seguimiento para valorar eficacia y complicaciones.

Se hizo el análisis estadístico de los datos mediante promedio, desviación estándar, porcentajes y frecuencia.

RESULTADOS

La incidencia de disfunción del piso pélvico fue de 9,44 % o sea 1 de cada 10 pacientes.

La edad estaba comprendida entre 22 y 82 años con un promedio $47,72 \pm 11,88$ años. La mayoría 40 % estaban entre 41 a 50 años, el 27,5 % eran < 40 años y el 18 % ≥ 60 años.

En el 72 % fue un hallazgo del interrogatorio y del examen físico, sólo el 12,6 % consultaron por IUE, el 8,6 % por tumoración vaginal y el 5,6 % por el diagnóstico de prolapso. El 73,2 % referían IUE y el 18 % infección urinaria baja (IUB).

El número de embarazos era de 0 a 17, con un promedio de $4,64 \pm 2,8$; 5 nuligestas, 39,5 % de I a III; 39,1 % de IV a VI y 20 % con 7 o más gestaciones.

El rango de paridad de 0 a 14, con un promedio de $3,86 \pm 2,59$, 11 nulíparas, la mayoría 52 % entre I a III, 31 % de IV a VI, el 13 % grandes multíparas con 7 o más partos y 13,3 % de cesáreas. El 21,4 % referían partos distócicos y /o fórceps, el 48,6 % una o varias episiotomías. En el Cuadro 1 se resumen estos resultados.

Cuadro 1
Edad, gestaciones y paridad

Variables	Promedio	Desviación estándar	Rango	Mayor frecuencia
Edad	47,72	11,88	22 - 82	41 - 50
Embarazos	4,64	2,8	0 - 17	1-6 (78 %)
Paridad	3,86	2,59	0 - 14	1-3 (52 %)

El promedio de peso de los neonatos fue de 3 722 g (sólo en el 17,2 % de las historias se pudo encontrar ese dato).

El índice de masa corporal (IMC) se encontró elevado en el 54 % de las pacientes: 24,9 % tenían sobrepeso o $IMC \geq 25$; en 29,7 % obesidad I, 20,2 % II y en 8,4 % III.

Otros factores asociados: la fibromatosis uterina en el 25,8 % y el estreñimiento en 22,8 %.

No se encontró relación con problemas tiroideos (3,1 %), diabetes (2,3 %), tos crónica, trabajos con pesos grandes y uso de fajas.

Ciento cuarenta y nueve pacientes (42,1 %) estaban en etapa posmenopáusica y 1 de cada 4 recibían tratamiento sistémico o local.

Sesenta y tres pacientes (14,7 %) tenían antecedentes de intervención anterior: histerectomía abdominal total sola 32 (50,8 %) más cura de incontinencia 6, cura de prolapso por vía vaginal

20 (31,7 %) más corrección de incontinencia 5. Se encontró recurrencia de la IUE y del prolapso en 20 pacientes (31,7 %): 7 con histerectomía sola y 4 con colpo-suspensión, 8 de cura de incontinencia por vía abdominal y 9 por vaginal (en unas pacientes se asociaron técnicas vaginal y abdominal).

En el Cuadro 2 se resumen los tipos y grados de prolapso encontrados:

De las 430 pacientes 11 no presentaban prolapso, 5 ya operadas, 4 nuligestas y 2 mayores de 80 años, todas con IUE. De las 419 la mayoría presentó descenso anterior grado II (50,6 %) solo y acompañado de rectocele 22,7 %. El grado IV se observó en pacientes de edad avanzada, promedio 72 años, grandes multíparas y referían peso y tumoración en genitales.

Cuadro 2
Tipos y grados de prolapsos

	I°		II°		III°		IV°	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cistocele	32	7,6	21	50,6	12	2,8	--	--
Rectocele	2	0,5	4	1,0	3	0,7	--	--
Cisto-rectocele	8	1,9	95	22,7	8	1,9	--	--
Histerocele	--	--	13	3,1	--	--	--	--
Hist+cist+rectocele*	8	3,3	9	2,2	--	--	14	3,3
Cúpula	--	--	5	1,2	--	--	2	0,5

*Hist+cist+rectocele=Histerocele+Cistocele+Rectocele

Se les indicó intervención quirúrgica a 118 pacientes (27,4 %), se operaron 79 pacientes y 36 fueron referidas a hospitales públicos. En el Cuadro 3 se observan las intervenciones realizadas en los diferentes tipos de prolapsos.

Se intervinieron 35 pacientes vía vaginal (44,3 %), a 26 se les realizó colpoptorrafia anterior y posterior (puntos de Kelly y plicatura de los elevadores del ano), a 3 colpoptorrafias posteriores que se les agregó además de la plicatura reparo de la fascia rectovaginal y perineoplastia y a 6 histerectomías vaginales por prolapsos totales.

DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO

Cuadro 3
Tipo de intervención

	Cistocele II- II °	Rectocele II- II- III °	Cistocele II ° + Rectocele II °	Histerocele II- III - IV °
Corrección vaginal	--	3	26	--
Colposuspensión	20	--	--	--
HAT*	3	--	--	8
HAT + colposuspensión	13	--	--	--
Histectomía vaginal	--	--	6 **	6**

*HAT: histerectomía abdominal total

**las pacientes presentaban prolapso total.

Se encontró 31,4 % de complicaciones: 3 IUB, 2 fibrosis introito vaginal y dispareunia severa, 1 retención urinaria, 2 dificultad para evacuar, 3 reaparición del descenso e IUE.

Se le practicó colposuspensión retropúbica a 20 pacientes, 16 técnica de Burch, 2 Lapide y 2 Marshall-Marchetti. Histerectomía abdominal total por fibromatosis e histerocele a 8 pacientes y 3 con fibromatosis más cistocele y 13 fibromatosis, cistocele e IUE se agregó operación de Burch. A dos prolapso de cúpula vaginal grado IV se les realizó operación de LeFort o colpocleisis con una pexia sacro espinosa con malla de polipropileno, por vía vaginal y abdominal simultánea. Dentro de las complicaciones posoperatorias 26,6 %, se reportan 2 infecciones urinarias ocasionales, 1 a repetición que ameritó cistoscopia, 2 eventraciones, 8 reapariciones de la IUE en 4 con HAT y 4 poscolposuspensiones. A una paciente se le colocó una cincha trasobturatriz con resultados satisfactorios.

En 288 casos se les indicó rehabilitación de los músculos periuretrales, vulvares y perivaginales para aumentar el tono o ejercicios de Kegel, 10 minutos tres veces al día contracciones rápidas de tres segundos y lentas de 15 a 30 se valoró en cada consulta los progresos, corrigiendo las deficiencias y motivando a las pacientes que los habían suspendido, además de dietas hipocalóricas con ejercicios aeróbicos para las obesas y corrección del estreñimiento. El 55 % aseguró realizarlos y haber obtenido mejoría importante o desaparición de la IUE y de la flacidez vaginal, 7 % no obtuvo resultados y pidió corrección quirúrgica y el resto no regresaron para seguimiento.

DISCUSIÓN

La incidencia de disfunción del piso pélvico fue de 9,4 %, bastante baja si la comparamos con reportes australianos, europeos, estadounidenses y latinos (2-13), donde se reportan cifras entre 30 % hasta 70 %, pero la mayoría de ellos son hechos en base a encuestas sobre incontinencia urinaria y fecal en poblaciones seleccionadas. En el presente estudio se tomó un universo de historias clínicas realizadas durante 10 años, en una consulta ginecológica y obstétrica de pacientes de clase media, en su mayoría, en una clínica modesta; en general jóvenes.

Es importante que la mayoría 72 % no consultó ni mencionó síntomas de disfunción, sólo las pacientes con estados avanzados refirieron tumoración en piso pélvico, IUE y diagnóstico previo de prolapso; fuimos insistentes en el interrogatorio y examen ginecológico para llegar al diagnóstico, con la incontinencia fecal y de flatos fue imposible precisarlas, fueron negadas categóricamente por vergüenza, aunque el esfínter del ano se evidenciaba lesionado o con restos de heces, por ello asumimos que la frecuencia debe ser por lo menos el doble de este valor. Las alteraciones de la función sexual sólo fueron mencionadas por tres pacientes (0,7 %), se puede concluir que al igual que el estudio Argentino (9) las pacientes no ven alteradas su calidad de vida ni su esfera sexual a diferencia de lo reportado por la mayoría de los estudios europeos y estadounidenses (1-8). No se realizó ningún estudio complementario para verificar el descenso de la vejiga y la alteración del ángulo sub púbico como recomiendan autores venezolanos ya que el estudio

radiográfico mostró correlación con la evaluación clínica (14).

En cuanto a la edad promedio fue de 47,7 años más baja que la mayoría de las publicaciones de ≥ 55 años, donde se enfatiza como factor de riesgo la edad avanzada (1,2,4,7,11) esto se evidenció en los prolapsos grado IV donde fue de 72 años, así que nuestra población es más joven, al igual que los dos estudios venezolanos realizados en la donde la edad media estuvo en 40 y de 33 a 42 años (12,14).

El promedio de embarazos 4,6, hubo 5 nuligestas, todas con IUE, en diversos estudios se ha establecido que la disfunción del piso pélvico es una condición inherente al género femenino que se presenta, en mayor proporción que en hombres aun en nuligestas, y están implicados factores genéticos de alteración en los mecanismos de producción del colágeno (7). La mayoría entre I y VI gestaciones y el 20 % ≥ 7 , todas de edad avanzada y con prolapsos grado III y IV; menor que los 9 partos reportados por el D'Elia y col. (12).

El promedio de partos 3,86, semejante a lo reportado en el estudio de WHI (2) y mucho menor que 9 en el estudio venezolano (12), y 7 del colombiano (11); más de la mitad de 1 a 3 partos con un alto porcentaje de episiotomías, distocias y fórceps, elevado peso promedio de los neonatos, que representan factores de riesgo en la aparición de estas disfunciones (2,7,15-17); 11 nulíparas, algunas con trabajo de parto y una baja incidencia de cesáreas de 13,3 % pues se dio prioridad al parto vaginal.

El 73 % de las pacientes presentaron cistocele grado II sólo y con rectocele, mayor que el 62 % reportado por el estudio de WHI de Nygaard y col. (2) y 50,4 % de Luna en Colombia (11), grado III y IV 9,2 % muy superior al 1,9 % de estos autores y menor que el 39 % del estudio colombiano.

Más de la mitad de las pacientes presentaron sobrepeso y obesidad igual a lo reportado por varios autores (2-4,6,8,10,11,18), quienes atribuyen a este factor y a la edad la progresión de los grados del prolapso. Otros no reportan relación (5).

Otros factores implicados en la presencia de descenso de la vejiga es la fibromatosis uterina por la compresión directa y es capaz de ocasionar IUE (19) y la elevación de la presión intra-abdominal producida por el estreñimiento crónico, tos persistente ejercicios con pesos excesivos o de alto impacto y el uso de fajas. Al igual que otras publicaciones en el 25 % de nuestras pacientes se evidenció fibromatosis y en el 23 % estreñimiento (20,21) no se encontró relación con tos crónica, ejercicios y fajas, así como

con diabetes mellitus, se atribuye más al exceso de peso que al trastorno metabólico (18) y alteraciones tiroideas.

Más de la mitad de las pacientes eran premenopáusicas, diferente a lo reportado por otros autores (1-6,10,11) donde se da mucha importancia a la pérdida de tejido colágeno por falta de estrógenos que favorece el descenso, nuestro grupo es más joven y de las menopáusicas, la cuarta parte recibía terapia hormonal. Según los estudios de la WHI (2) el uso de estrógeno mejora y previene los síntomas de disfunción del piso pélvico.

El antecedente de intervenciones pélvicas anteriores como la histerectomía abdominal por la ausencia de la adecuada pexia de los ligamentos útero sacros, la colposuspensión y operaciones vaginales han sido señaladas como factor de riesgo para IUE de un 43 % a 62 % en estudios posoperatorios (10,22-24) y el riesgo de reparación de prolapso es 4,7 veces mayor si la histerectomía fue indicada por histerocele y 8 veces más si la indicación fue cistocele \geq de III grado, en pacientes jóvenes y con actividad sexual; a la histerectomía vaginal no se le encontró esa relación (25) en nuestra población el 14,7 % presentaban intervenciones anteriores con una alta tasa de 28,6 % de recidivas igual al 29,2 % de Olsen y col. (4).

Se indicó corrección quirúrgica al 27,4 % de los casos, 1/3 fueron referidas a instituciones públicas para su realización y 2/3 se intervinieron en la institución, casi la mitad por vía vaginal, 26 con colpocistocele \geq II se les realizó colpografía anterior de Kelly y posterior con plicatura de los elevadores del ano, ya que se corregía de una vez ambos defectos y era la técnica más usada por los ginecólogos. En 3 rectoceles se realizó colpografía posterior con reparación de la fascia rectovaginal, plicatura de los elevadores y perineoplastia y en los prolapsos grado IV se practicaron 6 histerectomías vaginales. En 1 de cada 3 pacientes se evidenció complicaciones menores, todas fueron manejadas médicamente, más rehabilitación muscular y cambios en el estilo de vida. El fracaso del 9 % cifra bastante baja por esta vía donde se reportan fracaso de hasta 50 % (14).

Las intervenciones por vía abdominal colposuspensión retropúbica, histerectomía abdominal total, sola o con cistouretropexia y la operación de LeFort son las preferidas por la mayoría de cirujanos y urólogos por su sencillez y efectividad, la de Burch es la más popular pero se han descrito variantes en la literatura venezolana (14,26) tuvieron complicaciones más severas y reaparición de la IUE en el 17 % pues

en la mitad de los casos no se hizo la corrección del cistocele en la histerectomía; este porcentaje de fracasos se considera muy aceptable, porque se señala hasta un 30 %, las pacientes tienden a tener menos reposo y no cumplen con la fisioterapia.

En 2/3 de los casos por ser pacientes jóvenes, con prolapsos pequeños, la IUE era leve a moderada y la paciente negarse a ser intervenida, se optó por el tratamiento conservador con la toma de conciencia del mecanismo de la IUE, cambios en el estilo de vida como dieta y ejercicios aeróbicos para las obesas, tratamiento del estreñimiento y rehabilitación de la musculatura pélvica diariamente, como es recomendado por otros autores (27). El 55 % aseguró realizarlos y haber obtenido disminución importante o desaparición de la IUE, aumento del tono vaginal y mejor desempeño sexual. Iguales resultados son reportados en varias revisiones de COCHRANE (28-30), donde concluyen que con la rehabilitación muscular del 40 % al 58 % de las pacientes están satisfechas con los resultados y estadísticamente es significativa al compararla con placebo u observación. La controversia se presenta en series de casos tratadas con otras técnicas de electroestimulación o conos vaginales es muy difícil concluir cuál es mejor porque no son cotejables los resultados. Pero concluyen que se les debe ofrecer a todas las pacientes con prolapsos moderados, premenopáusicas y sintomáticas como primera opción el tratamiento conservador en la IUE, la urgencia miccional y la incontinencia mixta.

CONCLUSIONES

La incidencia es baja, debida a que nuestra población es joven, tienen menos embarazos y partos, clase económica media y la asistencia obstétrica fue realizada en la mayoría de los casos por especialistas en hospitales privados. El grado de prolapso más frecuente fue moderado y permitió realizar una terapéutica conservadora bien aceptada y con resultados satisfactorios.

Las pacientes con prolapso avanzado son las típicas referidas en la literatura, consultaron por tumoración vulvar, peso o diagnóstico previo de prolapso, de edad avanzada, grandes múltiparas y fueron sometidas a cirugía correctora.

Se sugiere ofrecer tratamiento conservador con cambios en el estilo de vida y ejercicios de rehabilitación del piso pélvico a todas las pacientes con prolapsos leves y moderados con poca sintomatología como primera opción de tratamiento.

REFERENCIAS

1. Doshani A, Teo RE, Mayne C, Tincello DG. Uterine prolapse. *Clinical Review. BMJ.* 2007;335:819-822.
2. Nygaard I, Bradley C, Brandt D; Women's Health Initiative. Pelvic organ prolapse in older women: Prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2004;104:489-497.
3. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:1160-1166.
4. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):501-506.
5. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning Association Study. *BJOG.* 1997;104(5):579-585.
6. Samuelsson EC, Victor FTA, Tibblin G, Svardsudd K F. Signs of genital prolapsed in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:229-305.
7. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG.* 2000;107:1460-1470.
8. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction a conceptual framework for collaborative patient center *J Advanced Nursing.* 2003;43:555-568.
9. Palma P, Dambros M, Kobelinsky M. Incontinencia urinaria femenina. *Epidemiología en Suramérica.* En: Palma P, Dávila H, editores. *Uroginecología.* Caracas: Editado por Confederación Americana de Urología; 2006.p.13-19.
10. Ozel B, Borchelt AM, Cimino FM, Cremer M. Prevalence and risk factors for pelvic floor symptoms in women in rural El Salvador. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18:1065-1069.
11. Luna J. Epidemiología del prolapso genital. *Rev Col Obstet Ginecol.* 1985;36:307-322.
12. D'Elia PJ, D'Elia GP, Manzanilla A, Moreno J, Requena J, Jiménez N, et al. Cistopexia suprapúbica en el tratamiento de la incontinencia de orina organogénica al esfuerzo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977;37:497-524.
13. Monteros CA, Llinás QN, Marrugo GD. Prolapso genital en el Hospital Universitario de Cartagena. *Rev Col Obstet Ginecol.* 1996;47:231-235.
14. D'Elia Obregón PJ, Uzcátegui O, Moreno J, Bermúdez D. La uretrocistografía con cadena en la evaluación de la incontinencia urinaria al esfuerzo asociada al prolapso urogenital. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1974;34:99-116.
15. Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiébauges O, Levardon M, Deval B. Is primiparity, the only risk factor for type 3 and 4 perineal injury, during delivery?

- Gynecol Obstet Fertil. 2007;35:101-106.
16. Benavides L, Wu JM, Hundley AF, Ivester TS, Visco AG. The impact of occiput posterior fetal head position on the risk of anal sphincter injury in forceps-assisted vaginal deliveries. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1702-1706.
 17. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: Role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:875-881.
 18. Lawrence JM, Lukacz ES, Liu IL, Nager CW, Lubner KM. Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: Findings from the Kaiser Permanente Continence Associated Risk Epidemiology Study. *Diabetes Care.* 2007;30:2536-2541.
 19. Stübinger SH, van der Horst Ch, Braun PM. Pelvic tumors in the eyes of urologists. *Ther Umsch.* 2007;64:395-398.
 20. Soligo M, Salvatore S, Emmanuel AV, De Ponti E, Zoccatelli M, Cortese M, et al. Patterns of constipation in urogynecology: Clinical importance and pathophysiologic insights. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:50-55.
 21. Kahn MA, Breitkopf CR, Valley MT, Woodman PJ, O'Boyle AL, Bland DI, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST) and bowel symptoms: Straining at stool is associated with perineal and anterior vaginal descent in a general gynecologic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1516-1522.
 22. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: Variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2008;111(2 Pt 1):324-331.
 23. Reena C, Kekre AN, Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;97:31-34.
 24. Wa. Auwad W, Bombieri L, Adekanmi Oterfield M, Freeman R. The development of pelvic organ prolapse after colposuspension: A prospective, long-term follow-up study on the prevalence and predisposing factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17:389-94.
 25. Dällenbach P, Kaelin-Gambirasio I, Dubuisson JB, Boulvain M. Risk factors for pelvic organ prolapse repair after hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2007;110:625-632.
 26. Blanco SP, Avendaño H, López M, Delgado E. La uretrocistopexia centrolateral. Comunicación preliminar. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;54:35-38.
 27. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 2007;369(9575):1789-1790.
 28. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD003882.
 29. Hay-Smith EJ, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4)CD:001742.
 30. Links Hay-Smith J, Bo K, Berghmans B, Hendriks E, de Bie R, van Waalwijk van Doorn E. WITHDRAWN: Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;16(3):CD001407.



FIGO se complace en anunciar la fecha del XIX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO. Este evento –la mayor reunión de obstetras y ginecólogos a nivel mundial– se llevará a cabo del 4 al 9 de octubre de 2009 en el Centro Internacional de Conferencias Cape Town, Sudáfrica.

Basados en el éxito del congreso que tuvo lugar en Kuala Lumpur, Malasia, en 2006, deseamos ofrecer a los delegados, sus acompañantes, patrocinadores y expositores una experiencia educativa y cultural sin precedentes. El Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO es el único cónclave de este nivel que reúne a especialistas en ginecología y obstetricia de todas partes del mundo. En el congreso celebrado en 2006 participaron más de 6 000 delegados de más de 120 países y territorios. Esperamos sobrepasar esa cifra en el Congreso del año 2009.

Se desarrolla un programa científico de alta calidad y se finalizan los programas de alojamiento y sociales diseñados para que su visita a Sudáfrica sea verdaderamente memorable y única.

Otros detalles de la reunión puede obtenerlo en <http://www.figo.org>