

Relato de experiencia/Case studies/Relato de experiêcia

Experiencia de Enfermería asistencial en el manejo del Prolapso Genital Neonatal/ Nursing care experience in the management of Neonatal Genital Prolapse/ Experiência de gestão de cuidados de Enfermagem em Prolapso Genital Neonatal

Carla Rodríguez¹

Recibido 24 de febrero de 2017
Aceptado: 20 de setiembre de 2017

Resumen

Introducción: El presente trabajo describe el tratamiento y los cuidados de Enfermería asistencial, aplicados en un prolapso genital de un neonato con diagnóstico prenatal de mielomeningocele con malformación de Arnold Chiari tipo II, pie bot bilateral y restricción del crecimiento intrauterino. En primer lugar, se realizó un cierre neuroquirúrgico del mielomeningocele y posteriormente, ante la aparición de prolapso genital, se optó por un tratamiento conservador propuesto por Enfermería, consistente en la colocación de una tetina de silicona en la vagina, similar a un pesario, que se retiraba para su higiene al mismo tiempo que se realizaba el cambio del pañal, con el fin de reducir los riesgos de infección. Los resultados positivos se observaron a las 96 horas del inicio del tratamiento y en el correr de los días no se constataron recidivas. Conclusiones: los controles prenatales son de vital importancia para el diagnóstico precoz de ciertas anomalías, permitiendo la planificación de tratamientos y cuidados enfermeros oportunos, al momento del nacimiento. En este caso, la intervención de Enfermería, planteó una modalidad novedosa con resultados favorables, rápidos y de muy bajo costo, que podría replicarse en casos similares.

Palabras clave: Prolapso Uterino, Recién Nacido, Mielomeningocele, Atención de Enfermería.

1

Licenciada en Enfermería. Auxiliar de Enfermería en Unidad de Perinatología, Unidad de Cuidados Especiales. Licenciada en Enfermería Docente Asistente Grado II, Facultad de Enfermería, Cátedra Materno Infantil. Universidad de la República. Uruguay. Carla1607@hotmail.com

Abstract²

Introduction: The present study describes the treatment and care of nursing care, applied in a genital prolapse, of a neonate with prenatal diagnosis of myelomeningocele with Arnold Chiari type II malformation, bilateral foot and intrauterine growth restriction. In the first place, a neurosurgical closure of the myelomeningocele was performed and, after the appearance of genital prolapse, we chose a conservative treatment proposed by Nursing, consisting of the placement of a silicone nipple in the vagina, similar to a pessary, which was removed for hygiene at the same time as changing the diaper, in order to reduce the risks of infection. Positive results were observed at 96 hours after initiation of treatment and no relapses were seen in the course of the days. **Conclusions:** prenatal controls are of vital importance for the early diagnosis of certain anomalies, allowing the planning of treatments and appropriate nursing care at the time of birth. In this case, the Nursing intervention proposed a novel modality with favourable results, fast and very low cost, which could be replicated in similar cases.

Keywords: Uterine prolapse, Newborn Infant, Meningomyelocele, Nursing Care.

Resumo³

Introdução: o presente estudo descreve o tratamento e atendimento de cuidados de enfermagem, aplicados no prolapso genital, de recém-nascido com diagnóstico pré-natal de mielomeningocele com malformação Arnold Chiari de tipo II, pé bilateral e restrição de crescimento intra-uterino. Em primeiro lugar, realizou-se um fechamento neurocirúrgico da mielomeningocele e, após a aparição do prolapso genital, escolhe-se um tratamento conservador proposto pela Enfermagem, consistindo na colocação de uma tetina de silicone na vagina, semelhante a um pessário, o que foi removido para higiene ao mesmo tempo que a mudança da fralda, a fim de reduzir os riscos de infecção. Os resultados positivos foram observados às 96 horas após o início do tratamento e não foram observadas recidivas ao longo dos dias. **Conclusões:** os controles pré-natais são de vital importância para o diagnóstico precoce de certas anomalias, permitindo o planejamento de tratamentos e cuidados de enfermagem adequados no momento do nascimento. Neste caso, a intervenção de Enfermagem propôs uma nova modalidade com resultados favoráveis, rápidos e de muito baixo custo, que poderia ser replicado em casos

² Traducción al inglés realizada por la autora

³ Traducción al portugués realizada por la autora

semelhantes.

Palavras chave: Prolapso Uterino, Recém-Nascido, Meningomielocele, Cuidados de Enfermagem.

Introducción

Prolapso genital

El prolapso uterino o histerocele es un descenso de los órganos del aparato genital femenino, también, llamado prolapso del órgano pélvico o prolapso de la matriz y es una de las causas más frecuentes de histerectomía en las mujeres mayores de 50 años (1). La elongación del cuello uterino en mujeres multíparas, con partos traumáticos o con severos problemas de estreñimiento, en muchos casos, también suele derivar en prolapso (2). Con el debilitamiento del diafragma pélvico, el hiato del músculo elevador del ano – que tiene la función de sostén - se agranda, permitiendo la protrusión de los órganos pelvianos a través de él. A menudo, este proceso está acompañado de síntomas pélvicos urinarios, intestinales o sexuales (3). Consecuentemente, se produce un aumento de la tensión sobre la fascia endopélvica, causando separación, elongación, adelgazamiento y ruptura de sus fibras. A lo anterior, pueden sumarse las alteraciones de la pared vaginal, por daño directo secundario a traumatismo y cirugía o indirecto, por hipoestrogenismo, con resultado de hernia a través del canal vaginal (4). Sin embargo, son aislados los casos de prolapso que se relacionan con anomalías del suelo pélvico; en general éstas se manifiestan por medio de disfunciones de la micción y anorectales o dolor persistente, que puede poner en evidencia un eventual prolapso asociado (5). Los defectos de la fascia pubocervical o del cuadrante anterior se clasifican de acuerdo a cuatro criterios: a) *Defectos laterales o paravaginales*. Supone un defecto de inserción de la fascia endopélvica al arco tendíneo, resultando generalmente, en un cistourethrocele con pérdida del ángulo uretrovesical e incontinencia de orina de esfuerzo. b) *Defectos transversos proximales*. En este tipo de defecto, la fascia pubocervical pierde su inserción proximal alrededor del cérvix, produciéndose un cistocele sin urethrocele, con ángulo uretrovesical conservado. c) *Defectos centrales*. El defecto de la fascia pubocervical se ubica en la línea media. Se produce cistocele, urethrocele o ambos, con o sin incontinencia de orina de esfuerzo. Estos defectos son los más fáciles de reparar. d) *Defectos transversos distales*. También denominados de los ligamentos pubouretrales. Es la anomalía menos frecuente y se

caracteriza por protrusión uretral con pared vaginal anterior intacta. Hay modificación del ángulo uretrovesical y presenta incontinencia de orina de esfuerzo (6). Existen distintos grados de prolapso, dependiendo de los órganos comprometidos. De acuerdo a la clasificación de Baden-Walker, se distingue:

- a) Grado 1 o leve: ligero descenso en el interior de la vagina.
- b) Grado 2 o moderado: el descenso alcanza la entrada de la vagina
- c) Grado 3 o grave: el prolapso sobresale del introito vaginal
- d) Grado 4 o total: el órgano (vejiga, útero o recto) están completamente fuera, incluso en reposo (7) (8)

En función de la gravedad del caso, se aplican distintos procedimientos correctivos.

Prolapso genital neonatal

El prolapso genital neonatal es una afección poco frecuente. La literatura científica reporta once casos, a nivel global, desde el año 1960, aunque tres de éstos, incluyendo un neonato pretérmino, no se asociaron con malformación del sistema nervioso central (9). En 1961, Fraser refirió el prolapso genital en un neonato a término, nacido mediante cesárea por sufrimiento fetal. La presentación en podálica se propuso como factor de riesgo, aplicándose una reducción digital, que no presentó recurrencia del prolapso, en controles subsiguientes, realizados a los 3 y 17 meses (10). En algunos casos, el prolapso es congruente con episodios de llanto o vómitos intensos en las primeras semanas de vida, en situaciones que se constató debilidad de los soportes de la aponeurosis endopélvica del útero y vagina y del suelo pélvico, producida por malformaciones neurales (11). En tal sentido, el prolapso neonatal, como en mujeres adultas, sucede cuando los órganos pélvicos descienden de su posición anatómica normal y sobresalen por la vagina o ejercen presión sobre ella (12). Si bien la causa es incierta, se considera que el prolapso genital en recién nacidos, no sólo es un trastorno dismórfico local, sino que también es una manifestación de anomalías congénitas sistémicas, que afectan la musculatura del suelo pélvico (13). En la mayoría de los casos se asocia a defectos del tubo neural. Mc Glone y Patole (2004), señalan que, entre 82 % y el 86 % de ellos, se relacionan con anomalías del sistema nervioso central, especialmente, con la espina bífida, tal como lo indicaran oportunamente Findley (1917) y Noyes (1927), a partir de una revisión bibliográfica, que arrojó 24 casos positivos para la asociación (14) (15). Las condiciones que afectan las vías nerviosas espinales bajas o las raíces de los nervios pélvicos, resultan en una parálisis

del piso pélvico y el desarrollo del prolapso. Los defectos del tubo neural son considerados un grupo heterogéneo de malformaciones, que derivan de un fallo en el desarrollo y un cierre anormal del tubo neural, fenómeno que se produce durante la cuarta semana del desarrollo embrionario (16). Aunque las formas más comunes son la anencefalia y la espina bífida, la mayoría de los defectos del tubo neural ocurren de manera aislada y su patrón de herencia es multifactorial. Se estima que la frecuencia de defectos del tubo neural, a nivel mundial, es 0,5 a 2 cada 1000 embarazos (17). Estas neuropatías espinales pueden observarse en la etapa prenatal, por medio de ultrasonido o resonancia magnética (RM), por lo cual se aconseja realizar exámenes exhaustivos al feto, en los controles periódicos del embarazo (18). El prolapso genital neonatal, de acuerdo a Malpás (1955), también puede ocurrir a consecuencia de una elevada presión intra-abdominal de la madre (causa secundaria) o por un traumatismo intra-parto o mal desarrollo del feto (causa primaria), especialmente, por trabajos de parto prolongados en presentaciones podálicas (19) (20). De no registrarse defectos producidos en la fase embrionaria, existen ciertos factores predisponentes que derivan en debilidad muscular congénita e hipoplasia de la estructura pélvica que da soporte a los órganos viscerales y podrían explicar la relación con el prolapso genital neonatal, la posición de nalgas del bebé al momento del parto, el parto prolongado o prematuro y el déficit del crecimiento intrauterino (21) (22).

Tratamiento del prolapso

Tratamiento conservador: en todo caso, debe considerarse el tratamiento conservador, antes que la cirugía, siempre y cuando las condiciones particulares lo permitan. Esta modalidad consiste en distintas técnicas de corrección:

- Cambios en el estilo de vida.
- Reducción de factores de riesgo.
- Ejercicios del suelo pélvico (si los órganos no pasan el introito vaginal, para evitar la progresión del prolapso y las molestias)
- Pesarios.
- Reducción manual (23)

Tratamiento quirúrgico:

- Obliterante (cierre del hiato genital para contener el prolapso)
- Reconstructivo (a) Con o sin histerectomía concomitante; b) Con cirugía asociada

de incontinencia urinaria y fecal; c) Con eventual empleo de mallas.

Las vías de abordaje son: vaginal, abdominal abierta o laparoscópica (24). En neonatos, rara vez se recurre a la técnica quirúrgica, contrariamente, se aplica la reducción manual y el pesario (25). Los pesarios son dispositivos removibles que se colocan en la vagina y están diseñados para la reversión del prolapso de los órganos pélvicos. Existe distintos tipos de pesarios: anillos (*ring*, *ring thick*, *bowl*, *bowl* con perforaciones) y cubos (lisos, perforados). (Imágenes 1, 2, 3 y 4 en Anexos) (26) Ajabbor (27) y Rhatore *et al* (28) refieren al lavado con solución salina hipertónica para reducir el edema uterino, junto a suaves masajes y maniobras de recolocación de los órganos; posteriormente, se fusionan los labios mayores y menores, durante un periodo aproximado de dos semanas. A continuación, se describe el caso de un neonato del sexo femenino, con prolapso genital, que fue atendida en un centro de salud pública, con resultados favorables.

Marco ético

Cabe señalar que se siguieron los principios éticos y legales que garantizan el respeto y la privacidad de los sujetos involucrados, a quienes se les solicitó la autorización correspondiente para la presente publicación. Por tratarse de una recién nacida el consentimiento informado fue firmado por su padre.

Objetivo y Propósito

El **objetivo** es relatar el proceso de atención de Enfermería en un recién nacido de sexo femenino, con defecto del tubo neural (mielomeningocele), con prolapso genital, internada en una institución de salud de Montevideo-Uruguay entre los años 2014-2015. El **propósito** es contribuir a la profundización del conocimiento enfermero, en el campo de la Neonatología, proporcionando un conjunto de datos objetivos, respecto de una anomalía poco frecuente en Uruguay.

Descripción de caso clínico

Antecedentes

La recién nacida es producto de segunda gestación, con embarazo de la madre controlado en una Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico y Medicina Prenatal. A las 18 semanas de gestación, se diagnostica mielomeningocele con malformación de Arnold Chiari tipo II, pie bot bilateral. A las 28 semanas de gestación, se diagnóstica restricción del crecimiento intrauterino, ecografía fetal normal.

Antecedentes familiares (madre):

Edad: 22 años; nivel de Instrucción: primaria completa; nivel socioeconómico: bajo; tipo de Familia: nuclear, integrada por madre, padre de 39 años y un hijo de 2 años; N° de gestas: 2; N° de hijos: 2; abortos: no; control de embarazos anteriores: sí; planificación familiar: no; enfermedades crónicas: no; otras patologías: discapacidad intelectual, sin control ni tratamiento; adicciones: no; complicaciones en el embarazo: no; evolución del Peso en el embarazo: normal

Datos del neonato:

Fecha de nacimiento: 10 de octubre. Procedencia: Montevideo – Uruguay. Sexo: femenino. Edad gestacional: 36 semanas. Nacimiento: cesárea de urgencia por sufrimiento fetal. Peso: 1.920 gramos. Apgar: 7/8. Circunferencia cefálica: 32 cm. Longitud: 45 cm

Atención inicial

El día 10 de octubre, consulta en Policlínica, una mujer de 22 años de edad, cursando un embarazo de 36 semanas. La misma, refiere contracciones uterinas dolorosas y se verifica sufrimiento fetal, por lo que ingresa a una institución de salud y se resuelve una cesárea en forma urgente. Previamente, durante los controles prenatales, se había constatado que el feto presentaba mielomeningocele con malformación de Arnold Chiari tipo II, pie bot bilateral y restricción del crecimiento intrauterino. Realizada la cesárea el mismo día, nace una niña con mielomeningocele ulcerado lumbosacro, luxación de miembro inferior derecho, paresia de miembros inferiores y ano dilatado sin pliegues; sin otras alteraciones evidentes. Enfermería realiza los cuidados pertinentes al caso:

- Exploración exhaustiva
- Colocación y mantenimiento de apósito en la zona ulcerada
- Valoración de signos de infección
- Mantenimiento de órganos genitales limpios y secos
- Colocación y control de pañal para que no roce el saco
- Posición decúbito abdominal, realizando rotaciones para confort
- Masajes en extremidades
- Información a los padres sobre estado de la niña

El día 11 de octubre la recién nacida con una evolución estable, es trasladada a un Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) de Montevideo, para practicarle una intervención

quirúrgica, para reparación del mielomeningocele (cierre del tubo neural). El día 12 de octubre se realiza el acto quirúrgico programado, con buena respuesta en el postoperatorio inmediato. En los días siguientes se verifica mejoría del estado general de salud de la niña. El día 25 de octubre, la paciente evoluciona favorablemente, está reactiva, tolera la alimentación vía oral, mantiene la herida operatoria limpia y seca. Asimismo, presenta un aumento del perímetro cefálico, por lo que se realiza derivación ventrículo peritoneal, sin registrar inconvenientes. Posteriormente, se constata la ocurrencia de prolapso vaginal y de cuello de útero, por lo que es asistida por ginecólogo, quien verifica el descenso de útero completo por hendidura vulvar y periné muy corto y débil. Las paredes vaginales son complacientes y no se palpan tumoraciones. El médico realiza restitución intraabdominal sin dificultad e indica: vaselina y colocación de compresas con suero tibio en la vulva. Se verifica control evolutivo favorable. (Imágenes 5 y 6 en Anexos). El día 29 de octubre, la niña reingresa a una Unidad de Cuidados Especiales (UCE) proveniente de CTI externo. El estado general de salud es favorable. Se continúan los cuidados de Enfermería adecuados a la situación.

Tratamiento y cuidados de Enfermería en UCE

Al reingreso a UCE y en los días siguientes, se constata: Neonata reactiva, normocoloreada, heridas operatorias al aire, limpias y secas, se alimenta por vía oral, con buena tolerancia y succión normal del biberón, sin alteraciones a destacar. Se cumple con la indicación del ginecólogo, colocando vaselina y compresas mojadas con suero tibio en la zona genital, sin alcanzar los objetivos esperados, ya que persiste la protrusión de los órganos, que aumenta con el llanto de la bebé. El día 31 de octubre el ginecólogo decide colocar en la cavidad vaginal de la niña, un tampón con lubricante (KY gel) para la reducción de prolapso, fijándolo con el pañal. En las siguientes 48 hs se obtuvo el efecto esperado, pero luego se suspendió, dado que el tampón provocó una lesión en el cuello del útero, debido al aumento de su tamaño al absorber la orina. Asimismo, se produjo una infección en el cérvix uterino por la bacteria *klebsiella pneumoniae*, por lo que se realizó tratamiento con antibiótico por vía intravenosa. El día 3 de noviembre el equipo de Enfermería, sugiere al equipo Médico, colocar en la vagina de la niña, una tetina siliconada estéril, lubricada, para la reducción del prolapso, empleando una nueva tetina en cada cambio de pañal. (Imagen 7 en Anexos). Al cabo de 4 días, con dicho procedimiento, se logró corregir el prolapso, sin recidivar en controles posteriores, a pesar

de presentar la neonata llanto y vómitos (Imagen 8 en Anexos). Con respecto a la situación social, los padres decidieron no hacerse cargo de su hija, por motivos de la discapacidad intelectual de su madre y bajos recursos económicos, ya que el padre estaba desempleado. La niña quedó durante 5 meses en la UCE, en espera de la Resolución Judicial del caso. Posteriormente, fue derivada a una institución privada de caridad que brinda educación y rehabilitación. Al momento del alta, la niña había evolucionado favorablemente, respecto de la cirugía de reparación y del prolapso genital. Tiempo después, la autora de este trabajo, que integró el equipo de Enfermería tratante, concurrió a la Institución donde se encuentra la niña, observando importantes logros en su recuperación, como resultado de los cuidados y la contención que recibe.

Conclusiones

El tratamiento conservador (no quirúrgico) del prolapso genital, en el caso de referencia, permitió su resolución en un periodo razonable, después de aplicar otras técnicas similares, sin alcanzar los objetivos planificados. Por el contrario, tales procedimientos agravaron el cuadro, al producir una infección que debió ser tratada de manera urgente. La tetina utilizada, hizo las veces del pesario que suele aplicarse en situaciones semejantes, permitiendo obtener múltiples beneficios: en primer lugar, la rápida evolución de la situación de la niña, la disminución del riesgo de nuevas infecciones y la reducción del costo del dispositivo, al utilizar un elemento de uso corriente. Actualmente es posible realizar el diagnóstico prenatal de distintas anomalías, como ocurrió en la situación descrita, siendo los estudios de imagen de alta resolución, a partir de las 20 semanas de gestación, altamente efectivos (80%) para tal fin. En ese sentido, Enfermería debe promover los controles regulares durante el embarazo, para reducir los riesgos de ciertas afecciones o bien, para planificar la mejor atención perinatal.

Referencias bibliográficas

- (1) Bump R, Norton P. Datos epidemiológicos y evolución natural de la disfunción del piso pélvico. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales* 1998; (4): 688-90.
- (2) Alvarez Sintés A. *Medicina general integral: principales afecciones en los entornos familiar y social*. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
- (3) Carrillo K. Anatomía del piso pélvico. *Revista Médica de Clínica Las Condes* 2013; 24(2): 185-9.
- (4) Cohen D. Prolapso de órganos pélvicos femenino: lo que debería saber. *Revista Médica de Clínica Las Condes*. 2013; 24(2): 202-9.
- (5) Lacima G, Espuña M. Patología del suelo pélvico. *Revista de Gastroenterología y Hepatología* 2008; 31(9): 587-95
- (6) Braun H. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatología y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2004; 69(2): 149-56. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262004000200010 [consulta: 8 jun 2015].
- (7) Brubaker L, Norton P. Current clinical nomenclature for description of pelvic organ prolapse. *Journal of Pelvic Surgery* 1996; 2(5): 257-9.
- (8) Persu C. Pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging. *Journal of Medicine and Life* 2011; 4 (1): 75–81.
- (9) Chávez-Sandoval C, Montenegro-Día K. Prolapso genital neonatal: a propósito de un caso. *Revista Cuerpo Médico HANNN* 2012; 5(4): 54-55
- (10) Fraser R. A case of genital prolapse in a newborn baby. *British Medical Journal* 1961; 1: 1011-2. Citado por: Mc Glone L, Patole S. Neonatal genital prolapse. *Journal of Pediatrics and Child Health* 2004; 40(3): 156-7.
- (11) Vega Vega M. Prolapso genital en recién nacido. *Anales Españoles de Pediatría* 1993; 38(1): 77-78.
- (12) Cheng P, et al. Prenatal diagnosis of fetal genital prolapse. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2005, n° 6:204-206.
- (13) Mc Glone, L, Patole S. Neonatal genital prolapse. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2004, vol. 40, n° 3:156-157.
- (14) Findley P. Prolapse of the uterus in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, 1917; vol. 75:12–21. En: Mc Glone, L, Patole S. Neonatal genital prolapse. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2004, vol. 40, n° 3:156-157.
- (15) Noyes IH. Uterine prolapse associated with spine bifida in the newborn, with report of a case. *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*. 1927; 13: 209–213.
- (16) Finnell R, et al. Pathobiology and genetics of neural tube defects. *Epilepsia*. 2003, vol. 44, n° 3:14-23. En: Morales de Machín, A. Defecto del tubo neural, prolapso genital neonatal y polimorfismo de la metiltetrahidrofolato reductasa. Presentación de un caso. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, jun. 2013, vol.73 no.2.
- (17) Greene N, et al. Genetics of human neural tube defects. *Human Molecular Genetics* 2009 Oct 15; vol. 18 n° 2:113–129.
- (18) Vega-Rich, C. Sherer, D. Neonatal Vaginal Prolapse. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2001; vol. 51, n° 3:208–210.
- (19) Malpas, P. Genital prolapse-allied conditions. In: *The etiology of genital prolapse*. 1955: 31-38
- (20) Dietz, H., Rojas, R. Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 24, n° 2, marzo 2013: 210-217
- (21) Ward, R, et al. Genetic Epidemiology of Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2014 Oct; vol. 211 n° 4: 326–335.

-
- (22) Abdelsalam, S. et al. Use of Foley catheter for management of neonatal genital prolapse: case report and review of the literature. *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 41, n° 2: 449-452. (23) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso genital. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2015; vol. 58 n° 4:205—208
- (24) Carmona M, Marcos J. Cirugía del prolapso genital. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2002; vol. 45 n° 1:2.
- (25) Cottom D, Williams E. Procidentia en el recién nacido. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth* 1965; n° 72: 131 – 136.
- (26) Bugge C, et al. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28;2:CD004010. [Resumen] [Texto Completo] [Consulta: 08/06/2015]
- (27) Ajabor, L, Okojie, S. Genital prolapse in the newborn. *International Surgery*. 1976; n° 61:496–497.
- (28) Rathore, A. Bhatti, K. Genital prolapse in the new born. *Journal of Pakistan Medical Association*, 1986, n° 36: 316-317

Anexos

Todas las fotos han sido tomadas por la autora del trabajo Lic. Carla Rodríguez



Imagen 1. Pesario bowl



Imagen 2. Pesario club



Imagen 3. Pesario cubo

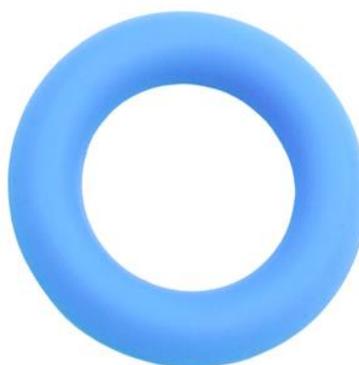


Imagen 4. Pesario anillo



Imagen 5: Prolapso de útero antes del tratamiento.



Imagen 6: Prolapso de útero antes del tratamiento



Imagen 7: Tetina de silicona utilizada como pesario



Imagen 4: Corrección del Prolapso uterino