

Factores obstétricos y clínicos asociados a la severidad del prolapso de órganos pélvicos en mujeres adultas: revisión sistemática de la literatura, 2019–2025

Obstetric and clinical factors associated with the severity of pelvic organ prolapse in adult women: a systematic review of the literature, 2019–2025

Fattori ostetrici e clinici associati alla gravità del prolasso degli organi pelvici nelle donne adulte: revisione sistematica della letteratura, 2019–2025

Encalada Campos Grecia Elizabeth
gencaladac@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4550-0063>

Rodriguez Reyes Ingrid Celeste
irodriguezr2@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0008-9583-6578>

Machuca Yanchatipan Dayana Elizabeth
dmachucay@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0001-7333-9238>

Sánchez Chiriboga Emily Mahily
esanchezc17@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0006-1637-0112>

Baque Parrales Zuleika Naomi
zbaquep@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-1334-6860>

Correspondencia: gencaladac@unemi.edu.ec

Artículo de Investigación

* **Recibido:** 25 de julio de 2026 * **Aceptado:** 27 de agosto de 2026 * **Publicado:** 07 de septiembre de 2026

- I. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- II. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- III. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- IV. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- V. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.

Resumen

El prolapso de órganos pélvicos (POP) expresa una alteración del soporte del piso pélvico cuya magnitud anatómica no equivale necesariamente a la intensidad de los síntomas. Esta revisión sistemática analizó la evidencia publicada entre 2019 y 2025 sobre factores obstétricos y clínicos asociados con mayor severidad anatómica del POP en mujeres adultas. Se utilizó un archivo estructurado de Dimensions como fuente principal de identificación y una búsqueda complementaria dirigida en PubMed/MEDLINE y sitios editoriales; el proceso se organizó conforme a PRISMA 2020. De 145 registros identificados, se eliminaron 2 duplicados, se cribaron 143 y se incluyeron 10 estudios primarios. En conjunto, la edad avanzada y una mayor exposición obstétrica acumulada, especialmente mayor número de partos y partos vaginales, fueron los hallazgos más repetidos al comparar estadios superiores. La avulsión o deficiencia del elevador del ano y un hiato más amplio también se relacionaron con POP avanzado en estudios de imagen. El peso neonatal elevado y los intervalos intergenésicos cortos aparecieron en evidencia más limitada, mientras que el índice de masa corporal mostró asociaciones dependientes del compartimento. Menopausia, estreñimiento, tos crónica e histerectomía no presentaron evidencia uniforme de asociación independiente con severidad. Los hallazgos apoyan una interpretación multifactorial y de curso de vida, integrando historia obstétrica, envejecimiento y características estructurales sin equiparar estadio anatómico con experiencia clínica.

Palabras clave: Prolapso de Órganos Pélvicos; Factores de Riesgo; Paridad; Parto Obstétrico; Salud de la Mujer.

Abstract

Pelvic organ prolapse (POP) reflects impaired pelvic floor support, and its anatomical magnitude does not necessarily correspond to symptom intensity. This systematic review analyzed evidence published from 2019 to 2025 on obstetric and clinical factors associated with greater anatomical severity of POP in adult women. A structured Dimensions export was used as the main identification source, supplemented by targeted PubMed/MEDLINE and publisher-site searches; the process was organized in accordance with PRISMA 2020. Of 145 records identified, 2 duplicates were removed, 143 records were screened, and 10 primary studies were included. Overall, older age and greater cumulative obstetric exposure, particularly a higher number of births and vaginal deliveries, were the most repeatedly observed findings when higher stages were compared. Levator ani avulsion or deficiency and a larger levator hiatus were also associated with advanced POP in imaging studies. Higher neonatal birth weight and shorter birth intervals appeared in more limited evidence, whereas body mass index showed compartment-dependent associations. Menopause, constipation, chronic cough, and hysterectomy did not show uniform evidence of an independent association with severity. These findings support a multifactorial, life-course interpretation integrating obstetric history, ageing, and structural characteristics without equating anatomical stage with the woman's clinical experience.

Keywords: Pelvic Organ Prolapse; Risk Factors; Parity; Delivery, Obstetric; Women's Health.

Riassunto

Il prolasso degli organi pelvici (POP) riflette un'alterazione del supporto del pavimento pelvico e la sua entità anatomica non corrisponde necessariamente all'intensità dei sintomi. Questa revisione sistematica ha analizzato le evidenze pubblicate tra il 2019 e il 2025 sui fattori ostetrici e clinici associati a una maggiore gravità anatomica del POP nelle donne adulte. Un'esportazione strutturata da Dimensions è stata utilizzata come principale fonte di identificazione, integrata da ricerche mirate in PubMed/MEDLINE e nei siti degli editori; il processo è stato organizzato secondo PRISMA 2020. Dei 145 record identificati, 2 duplicati sono stati eliminati, 143 record sono stati sottoposti a screening e 10 studi primari sono stati inclusi. Nel complesso, l'età più avanzata e una maggiore esposizione ostetrica cumulativa, in particolare un maggior numero di parti e di parti vaginali, sono stati i risultati più frequentemente osservati nel confronto tra stadi superiori. L'avulsione o il deficit dell'elevatore dell'ano e un iato elevatore più ampio sono risultati associati al POP avanzato negli studi di imaging. Un peso neonatale più elevato e intervalli tra le nascite più brevi sono emersi da evidenze più limitate, mentre l'indice di massa corporea ha mostrato associazioni dipendenti dal compartimento. Menopausa, stipsi, tosse cronica e isterectomia non hanno mostrato evidenze uniformi di un'associazione indipendente con la gravità. I risultati sostengono un'interpretazione multifattoriale lungo il corso della vita, integrando storia ostetrica, invecchiamento e caratteristiche strutturali senza equiparare lo stadio anatomico all'esperienza clinica della donna.

Parole chiave: Prolasso degli Organi Pelvici; Fattori di Rischio; Parità; Parto Ostetrico; Salute della Donna.

Introducción

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una alteración del soporte del piso pélvico en la que descienden uno o más segmentos —pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero/cérvix o ápice vaginal— hacia el canal vaginal y, en formas avanzadas, más allá del himen. Esta definición obliga a distinguir el POP como entidad global de sus manifestaciones compartimentales: el cistocele corresponde al descenso anterior relacionado principalmente con la vejiga, el rectocele al abombamiento de la pared posterior asociado al recto, el enterocele a la herniación del saco peritoneal y el prolapso apical al descenso uterino o de la cúpula vaginal después de histerectomía (Haylen et al., 2016). Se trata de una condición benigna, pero clínicamente relevante por su relación con sensación de bulto, presión pélvica, alteraciones miccionales o defecatorias, dificultades sexuales y afectación del bienestar; su frecuencia y demanda asistencial aumentan con

la edad (American College of Obstetricians and Gynecologists & American Urogynecologic Society, 2019; Pang et al., 2021). Desde la uro-ginecología, la importancia del POP no reside únicamente en demostrar un descenso anatómico, sino en reconocer cuándo ese cambio interfiere con la función, la autonomía y la calidad de vida de la mujer (Carlin et al., 2021; Tefera et al., 2023).

La severidad anatómica del POP se valora de manera estandarizada mediante el Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q), desarrollado para describir la posición de puntos vaginales respecto del himen y mejorar la reproducibilidad entre observadores (Bump et al., 1996). En términos clínicos, el estadio 0 indica ausencia demostrable de prolapso; en el estadio I el punto más distal permanece más de 1 cm proximal al himen; el estadio II sitúa el borde más distal dentro de aproximadamente 1 cm por encima o por debajo del himen; el estadio III implica descenso mayor a 1 cm distal al himen sin eversión vaginal completa, y el estadio IV representa una eversión prácticamente completa (Bump et al., 1996; Haylen et al., 2016). Algunos estudios agrupan I–II como formas leves y III–IV como avanzadas, mientras otros comparan grado I frente a II–IV o analizan cada estadio por separado; tales agrupaciones no son intercambiables y se conservaron como fueron definidas por cada investigación. Además, severidad anatómica, sintomatología y calidad de vida son dimensiones relacionadas pero distintas. La asociación entre signos y síntomas es imperfecta y puede variar entre mujeres, de modo que un estadio superior no debe interpretarse automáticamente como una experiencia subjetiva proporcionalmente más intensa (Dietz & Mann, 2014; Dietz et al., 2021).

La historia obstétrica ocupa un lugar central en la etiología del POP, aunque la evidencia sobre aparición de la enfermedad no debe confundirse con la evidencia específica sobre mayor estadio. Una revisión sistemática y metaanálisis actualizados identificaron paridad, parto vaginal, peso al nacer, edad y defectos del elevador del ano entre los factores vinculados con POP primario, pero ese resultado responde principalmente a presencia anatómica o recurrencia y no demuestra que todos esos factores incrementen necesariamente la severidad una vez establecido el prolapso (Schulten et al., 2022). Los mecanismos propuestos incluyen distensión del hiato, lesión muscular y neuromuscular, y alteraciones del soporte conectivo asociadas al parto; la avulsión del elevador del ano, por ejemplo, se ha relacionado longitudinalmente con prolapso más allá del himen, en

parte mediada por mayor área hiatal y menor fuerza muscular (Handa et al., 2019). En cambio, variables como parto instrumentado, macrosomía, segundo periodo prolongado, episiotomía o desgarros perineales requieren evaluación específica cuando el desenlace es estadio III–IV o mayor descenso, y no deben incorporarse por plausibilidad fisiopatológica sin evidencia directa.

Entre los factores clínicos y personales, la edad y el índice de masa corporal (IMC) aparecen con frecuencia en estudios de POP, mientras que menopausia, estreñimiento, tos crónica, actividad física intensa, levantamiento de cargas, histerectomía, antecedentes familiares y comorbilidades se han explorado con resultados variables. El metaanálisis de Schulten et al. (2022) confirmó edad e IMC como factores de POP primario, mientras Gillor et al. (2021) observaron que el levantamiento de cargas se relacionaba con prolapso sonográfico, pero no demostró una asociación clínica independiente consistente con todos los compartimentos. Esta diferencia es esencial: un factor puede contribuir a que exista POP y, aun así, no discriminar entre un estadio II y uno III o IV. De manera semejante, menopausia o estreñimiento pueden coexistir con cuadros avanzados por su relación con edad o síntomas, sin constituir por sí mismos predictores independientes de severidad anatómica. Por ello, el análisis clínico requiere separar exposición, anatomía, síntomas y contexto de la paciente, evitando convertir asociaciones observacionales en causalidad.

La evidencia publicada en los últimos años ofrece estudios con POP-Q, análisis por compartimentos, ecografía tridimensional y modelos multivariantes que permiten aproximarse con mayor precisión a la pregunta por la severidad. Sin embargo, la diversidad de definiciones —POP sintomático estadio II o superior, estadio III–IV, grado II–IV frente a I o medidas continuas de descenso— exige una síntesis que preserve las diferencias metodológicas en lugar de fusionarlas artificialmente. En este marco, el objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia científica publicada entre 2019 y 2025 sobre los factores obstétricos y clínicos asociados con una mayor severidad del prolapso de órganos pélvicos en mujeres adultas. A partir de este objetivo se planteó la siguiente pregunta: ¿cuáles son los factores obstétricos y clínicos que, según la evidencia científica publicada entre 2019 y 2025, se encuentran asociados con una mayor severidad anatómica del prolapso de órganos pélvicos en mujeres adultas?

Metodología

Diseño y orientación metodológica

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con síntesis narrativa de estudios publicados entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2025. La organización del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión siguió los principios de reporte de PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Debido a la heterogeneidad clínica y metodológica de las definiciones de severidad, poblaciones, factores evaluados y medidas de asociación, no se efectuó metaanálisis; las estimaciones estadísticas se conservaron exactamente como fueron reportadas en las fuentes originales.

Fuentes de información y periodo de búsqueda

La fuente estructurada inicial fue un archivo de exportación de Dimensions generado el 5 de septiembre de 2026 con filtro de año de publicación 2019–2025. Se realizó, además, una búsqueda complementaria dirigida en PubMed/MEDLINE para recuperar estudios en inglés que evaluaran de manera explícita estadio, grado o severidad anatómica del POP y que no hubieran sido capturados por la estrategia inicial en español. Para verificación bibliográfica y extracción puntual se consultaron PubMed Central cuando estaba disponible y las páginas oficiales de las revistas o editoriales. NICE y documentos de ACOG/AUGS se utilizaron como apoyo clínico y terminológico, no como estudios primarios de la síntesis (American College of Obstetricians and Gynecologists & American Urogynecologic Society, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

Estrategia de búsqueda

La cadena principal consignada en el archivo de Dimensions fue: ("prolapso de órganos pélvicos" OR "prolapso genital" OR "prolapso uterino" OR "prolapso uterovaginal") AND ("factores obstétricos" OR paridad OR multiparidad OR "parto vaginal" OR "tipo de parto" OR parto OR "número de partos" OR "parto instrumental" OR "trabajo de parto prolongado" OR "peso al nacer" OR macrosomía OR "antecedentes obstétricos" OR menopausia OR edad OR obesidad OR "índice de masa corporal" OR estreñimiento OR "tos crónica" OR histerectomía OR "factores clínicos") AND (severidad OR gravedad OR estadio OR estadificación OR "POP-Q" OR "grado de prolapso" OR "prolapso avanzado") AND (mujeres OR "mujeres adultas"), con filtro de publicación 2019–

2025. Para la recuperación complementaria en PubMed/MEDLINE se ejecutaron búsquedas dirigidas combinando, según el factor examinado, los términos "pelvic organ prolapse", "uterine prolapse", "vaginal prolapse", "POP-Q", "severity", "stage" y "advanced prolapse" con "parity", "vaginal delivery", "birth weight", "obstetric trauma", "age", "body mass index", "menopause", "constipation", "hysterectomy" o "levator ani". Estas búsquedas se utilizaron para recuperar y verificar estudios no capturados por la estrategia inicial; también se realizaron comprobaciones por título y DOI. No se atribuyó a esta fase un recuento global de PubMed distinto de los estudios efectivamente recuperados, porque se trató de una búsqueda complementaria dirigida y no de una segunda exportación exhaustiva de base de datos.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios originales publicados entre 2019 y 2025 en mujeres adultas que evaluaran POP mediante examen clínico o un sistema anatómico explícito, preferentemente POP-Q, y que permitieran comparar severidad, estadio, grado o magnitud anatómica con uno o más factores obstétricos o clínicos. Fueron elegibles diseños observacionales transversales analíticos, cohortes y estudios retrospectivos con análisis comparativo; se aceptaron estudios centrados en síntomas solo cuando sus datos basales ofrecían una comparación anatómica de severidad útil para la pregunta de revisión. No se impuso una restricción absoluta de idioma, pero la información disponible debía permitir una extracción fiable en español o inglés; el estudio tailandés incluido contó con título, resumen y resultados metodológicos verificables en inglés.

Se excluyeron publicaciones previas a 2019 o posteriores a 2025, duplicados, estudios en población pediátrica o animal, trabajos sin POP claramente diferenciable de otras disfunciones del piso pélvico, estudios centrados exclusivamente en prevalencia o presencia de POP sin análisis de severidad, investigaciones de tratamiento quirúrgico o conservador cuyo desenlace fuese eficacia terapéutica sin factores de severidad basal, recurrencia posquirúrgica sin relación con severidad primaria, reportes de caso, editoriales, opiniones, revisiones no primarias y documentos con información insuficiente para relacionar el factor estudiado con estadio o grado anatómico.

Selección de estudios y flujo de registros

La identificación inicial aportó 135 registros de Dimensions. Se localizaron 10 estudios adicionales mediante la búsqueda complementaria dirigida y la verificación en PubMed/MEDLINE y sitios

editoriales. Dentro del archivo de Dimensions se detectaron dos registros duplicados por título correspondientes a versiones repetidas de un mismo trabajo, por lo que se eliminaron antes del cribado. En total, 143 registros únicos fueron evaluados por título y resumen; 114 se excluyeron por no responder simultáneamente a población, exposición y desenlace de severidad. Veintinueve publicaciones pasaron a evaluación detallada de elegibilidad. De las 19 procedentes del grupo candidato de Dimensions, 16 se excluyeron por centrarse en tratamiento, técnica quirúrgica, pronóstico terapéutico o recurrencia; dos correspondían a revisiones o síntesis no primarias; y una describía prevalencia y características del POP sin analizar factores asociados específicamente con mayor estadio. Los 10 estudios recuperados en la búsqueda complementaria cumplieron los criterios y conformaron la síntesis final. Así, el número final de estudios incluidos fue 10, sin solapamiento con el conjunto inicial de Dimensions.

Extracción, clasificación del desenlace y síntesis

Para cada estudio se extrajeron autor, año, país, diseño, tamaño de muestra, edad o etapa vital cuando fue informada, método diagnóstico, clasificación de severidad, factores obstétricos y clínicos, tipo de análisis y medidas estadísticas. Se conservó la definición original de cada estudio: por ejemplo, POP-Q I–II frente a III–IV, POP-Q 0–I frente a II–IV, o grado I frente a II–IV por compartimento. No se transformaron estas categorías a una escala común ni se recalcularon OR, intervalos de confianza o valores p. Las exposiciones se agruparon en factores obstétricos (paridad, número/vía de parto, peso neonatal, intervalo entre nacimientos, trauma del elevador) y factores clínicos o personales (edad, IMC, estado menopáusico, síntomas defecatorios, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos y características estructurales del piso pélvico). Cuando un estudio evaluó síntomas o calidad de vida, esos resultados se mantuvieron separados del estadio anatómico.

La síntesis priorizó asociaciones que comparaban directamente niveles de severidad y, dentro de ellas, los resultados ajustados cuando el artículo describía explícitamente un modelo multivariable. Las asociaciones crudas, correlaciones bivariadas y comparaciones de medias se presentan como tales. Los factores de riesgo para presencia de POP descritos por revisiones de apoyo se utilizaron únicamente para contextualizar o contrastar la evidencia y no se contabilizaron como hallazgos de

severidad. Esta regla analítica fue central para evitar que la literatura general sobre etiología del POP sustituyera la pregunta específica de esta revisión.

Resultados

Selección y características generales de los estudios

Se incluyeron 10 estudios primarios publicados entre 2019 y 2025. Predominaron los diseños transversales o retrospectivos, con una investigación poblacional nacional de gran escala, estudios hospitalarios y estudios de imagen del piso pélvico. Las muestras oscilaron desde 78 mujeres con POP sintomático hasta 55 477 mujeres en una encuesta poblacional china; un estudio retrospectivo por compartimentos analizó hasta 9569 registros de prolapso anterior, con solapamiento de mujeres entre compartimentos, por lo que sus denominadores no deben sumarse como muestras independientes (Li et al., 2024). Nueve de los 10 estudios utilizaron explícitamente POP-Q o categorías derivadas de ese sistema para establecer severidad; el estudio de Ratchaburi también clasificó el POP en estadios y definió III–IV como severo (Pariyaeksut, 2022).

La selección confirma que la evidencia directamente alineada con severidad anatómica es considerablemente menor que la literatura sobre presencia, síntomas o tratamiento del POP. Este hecho explica por qué algunas variables clásicamente citadas como factores de riesgo aparecen con respaldo limitado cuando la comparación se restringe a estadio o grado más avanzado.

Distribución geográfica y temporal de la evidencia

Los estudios procedieron de ocho países: Italia, China, Pakistán, Corea del Sur, Tailandia, Portugal, Turquía e Indonesia. China aportó tres investigaciones con alcances diferentes: una encuesta poblacional nacional, un estudio de interacción gen-ambiente en mujeres con POP III–IV y un análisis retrospectivo por compartimentos (Pang et al., 2021; Li et al., 2023; Li et al., 2024). Por año, se incluyó un estudio de 2019, tres de 2021, dos de 2022, uno de 2023, uno de 2024 y dos de 2025. No se identificó un estudio de 2020 que cumpliera la definición estricta de factor asociado a severidad anatómica.

La diversidad geográfica amplía la observación de patrones, pero los contextos clínicos no son equivalentes. La encuesta china representa población comunitaria, mientras varios estudios se realizaron en hospitales terciarios o centros de referencia y, por tanto, concentran mujeres

sintomáticas o con estadios avanzados. Los resultados se interpretaron dentro de cada marco asistencial, sin asumir que las proporciones observadas en servicios de referencia describen a todas las mujeres adultas.

Severidad del prolapso de órganos pélvicos

La severidad se operacionalizó de tres maneras principales. Yune et al. (2021), Abrar et al. (2021) y otros estudios hospitalarios agruparon POP-Q I–II como menor severidad y III–IV como mayor severidad; Ozcivit Erkan y Gulcicek (2025) compararon 0–I con II–IV; Li et al. (2024) analizaron por compartimento el grado I frente a grados II–IV; Pang et al. (2021) estimaron asociaciones para POP sintomático por estadio y tipo; y Djusad et al. (2025) correlacionaron edad y paridad con el orden de severidad POP-Q. Li et al. (2023), en cambio, estudió exclusivamente mujeres con estadio III–IV y evaluó variación de la severidad dentro de ese espectro avanzado mediante medidas POP-Q.

No se fusionaron estas definiciones. Un grupo II–IV incluye una fracción amplia de estadio II y no equivale a III–IV; del mismo modo, una asociación con “POP sintomático estadio II o superior” combina anatomía y presencia de síntomas. Esta distinción se mantuvo en las tablas y en la interpretación de cada factor.

Paridad y multiparidad

La paridad fue uno de los factores obstétricos con mayor repetición. En la encuesta de Pang et al. (2021), el aumento del número de partos vaginales se asoció con mayores odds de distintos tipos de POP sintomático en estadio II o superior, con estimaciones superiores en mujeres con tres o más partos vaginales frente a nulíparas. Pariyaeksut (2022) encontró asociación entre número de partos vaginales y estadio, y Djusad et al. (2025) reportaron una correlación positiva, aunque débil, entre paridad y severidad ($\rho = 0.215$; $p < 0.001$). En el análisis multivariable de Li et al. (2024), paridad ≥ 2 se asoció con grados II–IV de prolapso de la pared vaginal anterior (OR = 1.335; IC 95 %: 1.127–1.581; $p = 0.0008$).

La consistencia no fue absoluta. Abrar et al. (2021), al comparar POP-Q I–II con III–IV en 135 mujeres con POP y vejiga hiperactiva, no observó diferencia significativa de paridad entre grupos. El estudio de Li et al. (2024) contiene, además, una fila internamente inconsistente para paridad en el modelo de pared posterior —el OR informado no es compatible con su intervalo de

confianza—; ese dato no se reprodujo en la síntesis cuantitativa. Por tanto, la evidencia apoya una relación general entre mayor exposición reproductiva y mayor severidad en varios contextos, pero no permite afirmar una respuesta dosis–respuesta universal por cada parto.

Parto vaginal y vía del parto

El antecedente de parto vaginal mostró asociaciones relevantes, aunque la definición varió entre estudios. Pang et al. (2021) identificó un gradiente de odds de POP sintomático por estadio con múltiples partos vaginales. En Li et al. (2024), el antecedente de parto vaginal frente a cesárea se asoció independientemente con grados II–IV del compartimento anterior (OR = 4.791; IC 95 %: 4.045–5.675; $p < 0.0001$) y posterior (OR = 3.852; IC 95 %: 2.901–5.116; $p < 0.0001$). En mujeres rurales turcas, el grupo POP-Q II–IV presentó más partos vaginales que el grupo 0–I (4.4 ± 1.5 frente a 4.0 ± 1.5 ; $p = 0.042$) (Ozcivit Erkan & Gulcicek, 2025).

Estos resultados no convierten al parto vaginal en una condición patológica ni justifican interpretar la cesárea como estrategia preventiva universal. Los estudios observacionales comparan historias reproductivas ya ocurridas y están sujetos a edad, paridad, indicación obstétrica y características individuales. La evidencia de severidad debe, por tanto, informar la valoración del piso pélvico y no sustituir la toma de decisiones obstétricas basada en riesgos y beneficios materno-neonatales.

Parto instrumentado y trauma obstétrico

La evidencia directa sobre fórceps, ventosa, episiotomía o desgarro perineal como determinantes de mayor estadio fue escasa entre los estudios incluidos. En contraste, dos investigaciones aportaron información estructural sobre lesión del elevador del ano. Yune et al. (2021) encontró avulsión del músculo elevador en 45.7 % del grupo III–IV frente a 9.4 % del grupo I–II ($p < 0.001$), junto con puntuaciones de deficiencia muscular notablemente mayores. Serrano et al. (2022), en 848 mujeres con disfunción del piso pélvico, reportó que las mujeres con POP severo tenían 3.13 veces más probabilidad de presentar avulsión bilateral completa que las mujeres con prolapso leve (IC 95 %: 1.90–5.16).

Estos hallazgos se alinean con la literatura mecanística que relaciona lesión obstétrica del elevador, ampliación hiatal y pérdida de soporte con POP, aunque la dirección causal no puede inferirse de comparaciones retrospectivas de severidad. La cohorte longitudinal de Handa et al. (2019), utilizada como apoyo, mostró que la asociación entre avulsión y presencia de prolapso se atenúa

al considerar tamaño hiatal y fuerza muscular, lo que refuerza una interpretación estructural compleja más que una relación de un solo evento con un solo desenlace.

Peso neonatal y macrosomía

El peso neonatal elevado apareció de forma directa en dos estudios, pero con diseños distintos. Ozcivit Erkan y Gulcicek (2025) observaron un mayor peso del hijo de mayor peso en el grupo POP-Q II–IV que en el 0–I (3667.5 ± 540.6 frente a 3468.1 ± 523.3 g; $p = 0.008$). Su análisis ROC propuso ≥ 4250 g como punto con capacidad discriminativa en esa cohorte rural, pero ese umbral no debe trasladarse como criterio universal. Li et al. (2023) no evaluó simplemente “macrosomía sí/no”; identificó interacciones entre variantes genéticas y el máximo peso al nacer respecto de la severidad dentro de mujeres con POP III–IV, lo que sugiere que una misma exposición obstétrica puede tener diferente asociación según susceptibilidad individual.

El metaanálisis de Schulten et al. (2022) respalda el peso al nacer como factor para POP primario, pero esa evidencia se mantuvo separada de la severidad. En los estudios incluidos no hubo uniformidad de puntos de corte de macrosomía ni evidencia suficiente para afirmar que un peso específico produzca por sí solo un estadio avanzado.

Trabajo de parto y características obstétricas adicionales

Entre las variables obstétricas adicionales, el intervalo entre nacimientos fue el hallazgo más concreto. En el estudio turco, las mujeres con POP-Q II–IV presentaron un intervalo mínimo entre nacimientos más corto que las mujeres con POP-Q 0–I (18.5 ± 7.9 frente a 25 ± 29.5 meses; $p = 0.004$) (Ozcivit Erkan & Gulcicek, 2025). La misma investigación relacionó mayor número de partos vaginales y mayor peso neonatal con el grupo de mayor estadio. No se identificó, dentro de los 10 estudios elegibles, evidencia directa suficiente que permitiera atribuir mayor severidad anatómica a duración total del trabajo de parto, segundo periodo prolongado, embarazo múltiple, episiotomía o un tipo específico de parto instrumental. Por esa razón, estas variables no se presentan como factores confirmados de severidad en la revisión.

Edad

La edad fue el factor clínico con mayor consistencia. Pang et al. (2021) observó incremento progresivo de las odds de POP sintomático estadio II o superior con la edad. Abrar et al. (2021) encontró una edad media mayor en el grupo POP-Q III–IV que en I–II (62.108 ± 10.54 frente a

59.08 ± 9.82 años; $p = 0.001$), aunque el estudio no fue diseñado para establecer causalidad. Pariyaeksut (2022) informó asociación entre edad y estadio, mientras Djusad et al. (2025) mostró una correlación positiva débil pero significativa entre edad y severidad ($\rho = 0.208$; $p < 0.001$).

El hallazgo más robusto en términos de ajuste provino de Li et al. (2024): edad ≥ 35 años se asoció con grados II–IV de pared anterior (OR = 1.278; IC 95 %: 1.077–1.517), pared posterior (OR = 2.028; IC 95 %: 1.532–2.684) y prolapso uterino (OR = 2.171; IC 95 %: 1.078–4.371). El punto de corte de 35 años refleja la modelización particular de una cohorte con edad media relativamente joven y no debe interpretarse como un umbral biológico general. En conjunto, los datos sí sostienen que la edad se relaciona con mayor severidad en poblaciones muy diferentes.

Índice de masa corporal y obesidad

El IMC mostró una asociación menos uniforme que la edad. En Li et al. (2024), IMC ≥ 25 kg/m² permaneció asociado con grados II–IV de la pared vaginal anterior (OR = 1.372; IC 95 %: 1.131–1.665; $p = 0.0013$) y posterior (OR = 1.624; IC 95 %: 1.218–2.165; $p = 0.001$), pero no se presentó como factor independiente equivalente para el prolapso uterino. Abrar et al. (2021), en cambio, no encontró una diferencia significativa de IMC entre mujeres con POP-Q I–II y III–IV. Esta heterogeneidad indica que el IMC puede comportarse de forma dependiente del compartimento y del contexto clínico.

Gava et al. (2019) aporta una dimensión distinta: en mujeres posmenopáusicas, triglicéridos elevados (OR = 4.6; IC 95 %: 1.5–9.3; $p = 0.004$) y HDL-C reducido (OR = 2.0; IC 95 %: 1.1–3.7; $p = 0.0241$) se asociaron con POP-Q $\geq$ III. Estos resultados no autorizan a equiparar síndrome metabólico, obesidad e IMC como si fueran el mismo factor; describen componentes metabólicos específicos asociados con severidad en una población concreta.

Menopausia y factores hormonales

La menopausia fue frecuente en algunas cohortes de estadios avanzados, pero la evidencia de asociación independiente con severidad fue insuficiente. Gava et al. (2019) estudió exclusivamente mujeres posmenopáusicas y, por diseño, no pudo comparar menopausia frente a estado premenopáusico como predictor de estadio. En Ratchaburi, 92.8 % de las mujeres era menopáusica, pero los factores señalados como significativamente asociados con estadio fueron edad, nivel educativo, número de partos vaginales y síntomas de bulto/defecación, no el estado

menopáusico (Pariyaeksut, 2022). Djusad et al. (2025) informó que 81.3 % de su muestra era posmenopáusica, aunque el análisis de severidad se centró en edad y paridad. En consecuencia, la menopausia debe distinguirse de la edad y no puede considerarse un factor independiente confirmado de mayor estadio a partir de esta síntesis.

Estreñimiento, tos crónica y presión intraabdominal

La evidencia sobre presión intraabdominal crónica fue heterogénea. Yune et al. (2021) encontró una puntuación de estreñimiento de Wexner mayor en el grupo POP-Q III–IV (12.95 ± 5.28 frente a 8.24 ± 6.66 ; $p = 0.022$), pero esta medida describe carga sintomática y no demuestra que el estreñimiento sea una exposición causal previa. En Li et al. (2024), el estreñimiento no mostró asociación significativa con mayor grado en varios análisis compartimentales; la tos crónica apareció en análisis univariado del prolapso uterino, pero el modelo multivariable presentado no la retuvo como factor principal. Por su parte, Gillor et al. (2021) encontró una posible asociación entre levantamiento de cargas y presencia sonográfica de POP, sin demostrar una relación clínica independiente consistente con severidad anatómica. Por ello, estreñimiento, tos y esfuerzo físico no pueden situarse al mismo nivel de consistencia que edad o exposición obstétrica acumulada.

Histerectomía y cirugías pélvicas previas

Los estudios elegibles ofrecieron datos descriptivos sobre histerectomía, pero no evidencia consistente de que una cirugía pélvica previa determinara por sí misma un mayor estadio anatómico. En el estudio ecográfico de Yune et al. (2021) la proporción de histerectomía previa fue numéricamente mayor en el grupo severo, sin alcanzar significación estadística en la comparación reportada. Serrano et al. (2022) describió antecedentes de histerectomía en su cohorte, pero el hallazgo central de severidad se relacionó con avulsión del elevador y número de compartimentos. Debe recordarse, además, que la histerectomía modifica la anatomía apical: después de ella puede presentarse prolapso de cúpula vaginal, que no es equivalente al prolapso uterino. La evidencia revisada no permite asignar una magnitud independiente de riesgo de mayor severidad a la histerectomía.

Comorbilidades y otros factores clínicos

Entre otros factores clínicos, Gava et al. (2019) relacionó componentes metabólicos específicos con POP-Q $\geq$ III, mientras Li et al. (2024) encontró que el trabajo manual se asoció con grados II–

IV del compartimento posterior (OR = 1.997; IC 95 %: 1.510–2.642; $p = 0.0004$), aunque la codificación de la variable ocupacional debe interpretarse según la tabla del artículo. Diabetes, hipertensión, tabaquismo y estreñimiento no mostraron asociaciones uniformes en esa misma cohorte. Li et al. (2023) añadió evidencia de interacción gen-ambiente: la magnitud de la severidad asociada con edad o máximo peso neonatal varió según determinadas variantes genéticas, un resultado que apoya la heterogeneidad biológica sin convertir esos polimorfismos en marcadores clínicos de uso rutinario.

No se identificó evidencia suficiente para establecer una jerarquía independiente de antecedentes familiares, enfermedad respiratoria o comorbilidades generales respecto de estadio III–IV. La literatura de apoyo sobre presencia de POP muestra asociaciones potenciales con algunos de estos factores (Gillor et al., 2021; Schulten et al., 2022), pero esa evidencia no fue trasladada automáticamente al desenlace de severidad.

Factores asociados de manera independiente con mayor severidad

El número de estudios con estimaciones multivariantes explícitamente orientadas a mayor grado anatómico fue menor que el número de estudios con asociaciones crudas. Li et al. (2024) proporcionó los resultados ajustados más detallados por compartimento: para pared anterior permanecieron asociados edad ≥ 35 años, IMC ≥ 25 kg/m², paridad ≥ 2 y parto vaginal; para pared posterior, edad ≥ 35 años, IMC ≥ 25 kg/m², ocupación manual y parto vaginal; y para prolapso uterino, edad ≥ 35 años. La fila de paridad del modelo posterior no se utilizó porque el OR publicado (0.550) no es compatible con el IC 95 % informado (1.218–2.165), de modo que reproducirla habría perpetuado una inconsistencia del artículo fuente.

Otros estudios emplearon correlaciones, pruebas de chi-cuadrado, comparación de grupos, modelos logit o análisis de interacción, pero no todos documentaron un ajuste multivariable comparable. Por ello, la síntesis no denomina “independientes” a asociaciones cuando el método disponible no permite confirmarlo. Esta separación entre resultados crudos y ajustados evita sobredimensionar la certeza de la evidencia.

Síntesis tabular de los estudios incluidos

La Tabla 1 resume las características metodológicas de los 10 estudios incluidos y conserva la definición de severidad utilizada por cada investigación. Esta matriz permite observar por qué las

comparaciones directas deben hacerse con cautela: el mismo término “severo” puede referirse a POP-Q III–IV, a POP-Q II–IV frente a 0–I o a grado II–IV de un compartimento específico.

Tabla 1.
Características generales de los estudios incluidos.

Estudio	País	Diseño	Muestra	Población/edad	Severidad	Foco analítico
Gava et al. (2019)	Italia	Transversal comparativo	199 (122 POP; 77 POP-Q 0)	Mujeres posmenopáusicas	POP-Q I–IV; análisis de $\geq$ III	Síndrome metabólico/componentes y severidad
Pang et al. (2021)	China	Transversal poblacional nacional	55 477	$\geq$ 20 años; media 45.1	POP-Q; POP sintomático por estadio	Edad y partos vaginales por tipo/estadio
Abrar et al. (2021)	Pakistán	Retrospectivo transversal	135	POP + vejiga hiperactiva	I–II vs III–IV	Edad, IMC, paridad; síntomas OAB
Yune et al. (2021)	Corea del Sur	Revisión retrospectiva de historias	78	POP sintomático	I–II vs III–IV	Paridad/parto; elevador; hiato; síntomas defecatorios
Pariyaeksut (2022)	Tailandia	Retrospectivo descriptivo-analítico	139	73.4% >60 años	Estadios; III–IV = severo	Edad, partos vaginales, IMC, menopausia, síntomas
Serrano et al. (2022)	Portugal	Cohorte retrospectiva	848	Disfunción del piso pélvico	POP-Q; leve vs severo	Avulsión del elevador; compartimentos
Li et al. (2023)	China	Estudio gen-ambiente, dos fases	707 con POP-Q completo	POP III–IV	POP-Q continuo dentro de III–IV	Interacción genética con edad y peso máximo al nacer
Li et al. (2024)	China	Retrospectivo de gran muestra	Hasta 9569; compartimentos superpuestos	20–76 años; media 44.02	Grado I vs II–IV por compartimento	Edad, IMC, paridad, vía, ocupación, comorbilidades
Ozcivit Erkan & Gulcicek (2025)	Turquía	Transversal	192	Edad reproductiva; media 38.0	0–I vs II–IV	Partos vaginales, intervalo, peso neonatal, hiato
Djusad et al. (2025)	Indonesia	Retrospectivo	353	Hospital nacional de referencia	POP-Q ordenado	Correlación de edad y paridad con severidad

Nota. POP = prolapso de órganos pélvicos; POP-Q = Pelvic Organ Prolapse Quantification; OAB = vejiga hiperactiva. En Li et al. (2024), los denominadores por compartimento se superponen y no representan muestras independientes.

En conjunto, la Tabla 1 muestra una evidencia dominada por diseños observacionales y por POP-Q, pero con poblaciones muy diferentes. La presencia de una encuesta comunitaria de gran escala junto a cohortes hospitalarias de referencia explica parte de la variabilidad observada en edad, distribución de estadios y frecuencia de factores clínicos.

La Tabla 2 organiza exclusivamente los factores obstétricos cuya relación con mayor severidad fue evaluada directamente. Los resultados negativos se mantienen para evitar una síntesis selectiva y para distinguir factores repetidos de hallazgos dependientes del contexto.

Tabla 2.

Factores obstétricos evaluados en relación con la severidad anatómica del POP.

Estudio	Factor obstétrico	Comparación	Hallazgo	Medida reportada
Pang et al. (2021)	Múltiples partos vaginales	POP sintomático II o superior por tipo	Mayores odds con ≥ 3 partos vaginales frente a nuliparidad	OR por tipos/estadios: 1.91 (1.71–2.13) a 2.78 (2.13–3.64)
Abrar et al. (2021)	Paridad	I–II vs III–IV	Sin diferencia significativa entre grupos	p no significativo
Yune et al. (2021)	Paridad/parto vaginal	I–II vs III–IV	Mayor exposición obstétrica en grupo severo; hallazgo bivariado	Comparación de grupos; no OR ajustado
Pariyaeksut (2022)	Número de partos vaginales	Estadio 1–2 vs 3–4	Asociación significativa con estadio	Chi-cuadrado; $p < 0.05$
Li et al. (2024)	Paridad ≥ 2	Grado I vs II–IV anterior	Asociación ajustada con mayor grado anterior	OR 1.335; IC95% 1.127–1.581; $p=0.0008$
Li et al. (2024)	Parto vaginal	Grado I vs II–IV anterior/posterior	Asociación ajustada en ambos compartimentos	Anterior OR 4.791 (4.045–5.675); posterior OR 3.852 (2.901–5.116)
Ozcivit Erkan & Gulcicek (2025)	Número de partos vaginales	0–I vs II–IV	Mayor media en grupo II–IV	4.4 ± 1.5 vs 4.0 ± 1.5 ; $p=0.042$
Ozcivit Erkan & Gulcicek (2025)	Intervalo mínimo entre nacimientos	0–I vs II–IV	Intervalo más corto en mayor estadio	18.5 ± 7.9 vs 25 ± 29.5 meses; $p=0.004$
Ozcivit Erkan & Gulcicek (2025)	Peso del hijo de mayor peso	0–I vs II–IV	Mayor peso en grupo II–IV	3667.5 ± 540.6 vs 3468.1 ± 523.3 g; $p=0.008$
Djusad et al. (2025)	Paridad	POP-Q ordenado	Correlación positiva débil con severidad	$\rho=0.215$; $p<0.001$

Nota. Las medidas se reproducen como fueron reportadas. No se recalcularon estimaciones. Los resultados de Pang et al. (2021) corresponden a POP sintomático por estadio y no son equivalentes a una comparación exclusiva III–IV vs I–II.

La lectura conjunta de la Tabla 2 sitúa la exposición obstétrica acumulada como el patrón más repetido, pero también muestra que la señal no es universal: la paridad fue nula en alguna comparación y los puntos de corte variaron. El peso neonatal y el intervalo entre nacimientos proceden de evidencia más acotada y requieren confirmación antes de convertirse en umbrales clínicos generales.

La Tabla 3 presenta los factores clínicos, personales y estructurales. Se distingue deliberadamente entre asociaciones con anatomía y variables que expresan síntomas, como la puntuación de estreñimiento, porque ambas dimensiones no son intercambiables.

Tabla 3.

Factores clínicos y estructurales asociados —o contrastados— con la severidad del POP.

Estudio	Factor	Desenlace anatómico	Hallazgo	Medida reportada
Gava et al. (2019)	Triglicéridos elevados	POP-Q $\geq$ III	Asociación con mayor severidad	OR 4.6; IC95% 1.5–9.3; $p=0.004$
Gava et al. (2019)	HDL-C reducido	POP-Q $\geq$ III	Asociación con mayor severidad	OR 2.0; IC95% 1.1–3.7; $p=0.0241$
Abrar et al. (2021)	Edad	I–II vs III–IV	Mayor edad en grupo III–IV	62.108 $\pm$ 10.54 vs 59.08 $\pm$ 9.82; $p=0.001$
Abrar et al. (2021)	IMC	I–II vs III–IV	Sin diferencia significativa	No significativo
Yune et al. (2021)	Deficiencia del elevador	I–II vs III–IV	Puntuación y deficiencia severa mayores en III–IV	LAD 13.33 $\pm$ 2.49 vs 8.19 $\pm$ 2.92; $p<0.001$
Yune et al. (2021)	Área mínima del hiato	I–II vs III–IV	Hiato mayor en III–IV	17.91 $\pm$ 2.74 vs 14.95 $\pm$ 2.60 cm ² ; $p<0.001$
Yune et al. (2021)	Puntuación de estreñimiento	I–II vs III–IV	Mayor carga sintomática en III–IV	Wexner 12.95 $\pm$ 5.28 vs 8.24 $\pm$ 6.66; $p=0.022$
Serrano et al. (2022)	Avulsión bilateral completa	Leve vs severo	Mayor probabilidad de avulsión en POP severo	OR 3.13; IC95% 1.90–5.16
Li et al. (2024)	IMC ≥ 25 kg/m ²	Grado I vs II–IV	Asociación ajustada anterior y posterior	Anterior OR 1.372; posterior OR 1.624
Li et al. (2024)	Trabajo manual	Grado I vs II–IV posterior	Asociación ajustada con mayor grado posterior	OR 1.997; IC95% 1.510–2.642; $p=0.0004$
Djusad et al. (2025)	Edad	POP-Q ordenado	Correlación positiva débil	$\rho=0.208$; $p<0.001$

Nota. LAD = levator ani deficiency; HDL-C = colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; IMC = índice de masa corporal. La puntuación de Wexner es una medida de síntomas de estreñimiento y no una prueba de causalidad sobre la severidad anatómica.

La Tabla 3 refuerza dos ideas. Primero, edad y características estructurales del elevador aparecen de forma consistente en más de un contexto. Segundo, los factores clínicos modificables no muestran una señal homogénea: el IMC fue significativo en un gran estudio por compartimentos, pero no en otro estudio que comparó I–II frente a III–IV, y los componentes metabólicos no pueden reducirse a una única categoría de ‘obesidad’.

Finalmente, la Tabla 4 concentra únicamente estimaciones multivariantes cuyo desenlace fue un mayor grado anatómico y cuya información pudo verificarse de forma consistente. Esta tabla no pretende jerarquizar factores entre estudios, porque provienen de una misma cohorte por compartimentos, sino mostrar cuáles asociaciones persistieron tras el ajuste reportado.

Tabla 4.
Asociaciones multivariantes verificadas con mayor grado anatómico de POP.

Estudio	Factor/modelo	Comparación	OR ajustado (IC 95 %)	p
Li et al. (2024)	Anterior: edad ≥35 años	II–IV vs I	1.278 (1.077–1.517)	p=0.0049
Li et al. (2024)	Anterior: IMC ≥25 kg/m ²	II–IV vs I	1.372 (1.131–1.665)	p=0.0013
Li et al. (2024)	Anterior: paridad ≥2	II–IV vs I	1.335 (1.127–1.581)	p=0.0008
Li et al. (2024)	Anterior: parto vaginal	II–IV vs I	4.791 (4.045–5.675)	p<0.0001
Li et al. (2024)	Posterior: edad ≥35 años	II–IV vs I	2.028 (1.532–2.684)	p<0.0001
Li et al. (2024)	Posterior: IMC ≥25 kg/m ²	II–IV vs I	1.624 (1.218–2.165)	p=0.001
Li et al. (2024)	Posterior: trabajo manual*	II–IV vs I	1.997 (1.510–2.642)	p=0.0004
Li et al. (2024)	Posterior: parto vaginal	II–IV vs I	3.852 (2.901–5.116)	p<0.0001
Li et al. (2024)	Uterino: edad ≥35 años	II–IV vs I	2.171 (1.078–4.371)	p=0.0299

Nota. *El artículo reporta la variable ocupacional con una rotulación que debe interpretarse según su codificación original. Se omitió la fila de paridad del modelo posterior porque el OR publicado (0.550) es incompatible con el IC 95 % publicado (1.218–2.165). No se corrigió ni estimó ese dato.

La Tabla 4 evidencia que el único estudio con una batería amplia de estimaciones ajustadas y directamente comparables por compartimento fue Li et al. (2024). Por ello, la conclusión de la revisión se apoya en la convergencia de varios diseños, no en convertir estas OR de una sola cohorte en una clasificación universal de riesgo.

Discusión

La lectura conjunta de los 10 estudios permite identificar un núcleo de asociaciones repetidas, pero también obliga a moderar cualquier explicación simplista. Edad y exposición obstétrica acumulada —expresada como mayor paridad o mayor número de partos vaginales— reaparecen en poblaciones muy distintas, desde la encuesta nacional china hasta hospitales de Asia y estudios europeos (Pang et al., 2021; Pariyaeksut, 2022; Li et al., 2024; Djusad et al., 2025). Esa

convergencia es clínicamente relevante porque se mantiene pese a diferencias de edad, diseño y contexto asistencial. Al mismo tiempo, una asociación repetida no equivale a una cadena causal lineal: Abrar et al. (2021) no encontró diferencia de paridad entre estadios I–II y III–IV, y los tamaños de efecto ajustados no están disponibles en todos los trabajos. La conclusión más prudente es que la historia obstétrica aporta información sobre la probabilidad de encontrar un POP más avanzado, pero su valor debe integrarse con la edad, la anatomía del piso pélvico y otros factores individuales.

Esta distinción adquiere especial importancia al hablar del parto. El parto vaginal es un proceso fisiológico y no debería presentarse como un episodio patológico por el hecho de que varias investigaciones lo relacionen con POP. Lo que la evidencia sugiere es que ciertas exposiciones obstétricas pueden dejar huellas estructurales que, acumuladas a lo largo del tiempo, se vuelven clínicamente visibles en una parte de las mujeres. En Li et al. (2024), el parto vaginal mostró asociaciones ajustadas marcadas con mayor grado anterior y posterior, y Pang et al. (2021) observó mayores odds por estadio con múltiples partos vaginales. Estos datos son epidemiológicos: no incorporan por sí solos todos los beneficios, riesgos e indicaciones que determinan la vía de parto. Por ello, no ofrecen fundamento para recomendar cesárea como prevención universal del POP; una decisión obstétrica debe responder al escenario materno-fetal completo, no a un desenlace de piso pélvico aislado.

Más allá de la vía del parto, la evidencia estructural ayuda a comprender por qué la historia obstétrica puede conservar significado décadas después. Yune et al. (2021) encontró avulsión del elevador mucho más frecuente y un hiato mayor en mujeres con POP-Q III–IV, mientras Serrano et al. (2022) relacionó el POP severo con avulsión bilateral completa. La cohorte de Handa et al. (2019), aunque se orientó a presencia de POP y no a estadio, ofrece una explicación complementaria: el efecto de la avulsión se relaciona estrechamente con ampliación del hiato y menor fuerza muscular. Desde nuestra interpretación de la evidencia, estos hallazgos invitan a considerar el parto no como una etiqueta de riesgo, sino como uno de varios momentos del curso de vida en los que pueden modificarse las estructuras de soporte. La relevancia clínica aparece después, al interactuar esas modificaciones con envejecimiento, características tisulares y nuevas exposiciones.

La edad fue el factor clínico más estable. Apareció asociada con mayor estadio en Pang et al. (2021), Abrar et al. (2021), Pariyaeksut (2022), Li et al. (2024) y Djusad et al. (2025), aun cuando la magnitud y el método estadístico variaron. Esta consistencia resulta coherente con una visión de curso de vida: la severidad observada en la consulta no suele ser la consecuencia de un único evento reciente, sino la expresión de procesos acumulativos. El envejecimiento puede coincidir con cambios del tejido conectivo, modificaciones hormonales, reducción de reserva muscular y mayor tiempo transcurrido desde exposiciones obstétricas. Sin embargo, la presente revisión no permite separar completamente cada componente, y por eso la menopausia no debe usarse como sinónimo de edad. La alta proporción de mujeres posmenopáusicas en algunas cohortes puede reflejar quién llega a atención especializada tanto como un efecto hormonal independiente.

El IMC ilustra bien la heterogeneidad de la evidencia. Li et al. (2024) mostró asociaciones ajustadas con mayor grado anterior y posterior, pero Abrar et al. (2021) no observó una diferencia significativa entre grupos de severidad. Schulten et al. (2022) confirmó el IMC como factor de POP primario, lo que refuerza la necesidad de distinguir aparición de severidad. Gava et al. (2019), por su parte, encontró asociación de triglicéridos elevados y HDL-C reducido con POP-Q $\geq$ III en mujeres posmenopáusicas, sin que ello permita reducir el fenómeno a “obesidad”. Estos resultados sugieren que el entorno metabólico puede formar parte del perfil clínico de algunas pacientes, pero no justifican responsabilizar a la mujer por su peso ni presentar el control ponderal como una garantía de evitar progresión anatómica. La consejería debe centrarse en salud integral y decisiones realistas, no en culpabilización.

Algo semejante ocurre con estreñimiento, tos crónica y esfuerzo físico. El sentido fisiopatológico de la presión intraabdominal hace plausibles estas variables, pero la revisión no encontró una señal uniforme de mayor estadio. Yune et al. (2021) observó mayor puntuación de estreñimiento en el grupo III–IV; ese resultado informa sobre síntomas coexistentes, no demuestra que el estreñimiento haya causado el descenso. Li et al. (2024) no encontró una asociación consistente para estreñimiento y la tos crónica perdió protagonismo al pasar de análisis univariados a modelos ajustados. Gillor et al. (2021), en una población distinta, vinculó levantamiento de cargas con prolapso sonográfico, pero no con una asociación clínica independiente robusta. La lección metodológica es importante: una exposición plausible necesita demostrar relación con el desenlace

exacto que se afirma, y esa exigencia protege la interpretación clínica de generalizaciones excesivas.

El peso neonatal y el intervalo entre partos son campos particularmente interesantes porque podrían capturar dimensiones de la carga obstétrica que la simple paridad no recoge. Ozcivit Erkan y Gulcicek (2025) encontró mayor peso del hijo de mayor tamaño y menor intervalo mínimo entre nacimientos en mujeres con POP-Q II–IV; Li et al. (2023) mostró, además, que la relación entre máximo peso al nacer y severidad puede variar según variantes genéticas. Estos datos no permiten establecer un umbral universal de macrosomía ni recomendar un intervalo específico como medida preventiva del POP. Sí abren una línea de investigación más matizada: dos mujeres con igual número de partos pueden haber tenido exposiciones obstétricas muy diferentes, y la susceptibilidad del tejido puede modificar el efecto de esas exposiciones.

Las diferencias entre estudios no deben verse como fallos sino como una representación de la complejidad del POP. Un hospital terciario que recibe mujeres con bulto vaginal avanzado no observa la misma distribución que una encuesta poblacional; un estudio que agrupa estadio II con III–IV no responde exactamente la misma pregunta que otro que compara I–II frente a III–IV. También cambia el significado de una variable después del ajuste. Li et al. (2024) es ilustrativo: edad, IMC, paridad y parto vaginal persistieron para pared anterior, pero el patrón no fue idéntico en pared posterior o prolapso uterino. Incluso una misma publicación mostró una inconsistencia interna en una fila de paridad, razón por la que ese valor fue excluido de la tabla cuantitativa. La síntesis sistemática no consiste en forzar uniformidad, sino en identificar qué señales sobreviven a estas diferencias y cuáles permanecen dependientes del contexto.

Otro punto esencial es la distancia entre anatomía y experiencia. El POP-Q ofrece un lenguaje objetivo indispensable, pero no resume lo que significa vivir con prolapso. Dietz et al. (2021) mostró que la relación entre signos y síntomas no se explica simplemente por la paridad vaginal, mientras Carlin et al. (2021) encontró que estadios más avanzados se relacionaban con mayor carga de síntomas y peor función sexual en su cohorte. Estudios de calidad de vida en Etiopía también han asociado estadio III–IV con mayor probabilidad de deterioro del bienestar, pero dentro de esas asociaciones existe una experiencia individual amplia (Tefera et al., 2023; Tega et al., 2024). Dos mujeres con el mismo punto C o Ba pueden diferir en molestia, actividad física,

función sexual, percepción corporal y prioridad terapéutica. Desde una perspectiva centrada en la paciente, el estadio orienta la evaluación; no reemplaza la conversación clínica.

Reconocer factores asociados con mayor severidad tampoco debe convertirse en un juicio retrospectivo sobre la historia reproductiva de la mujer. Una mujer no “elige” su edad, muchas circunstancias obstétricas dependen de contextos clínicos y sociales, y el peso corporal o la actividad laboral están influidos por entornos complejos. El valor de identificar edad, paridad, partos vaginales, lesión del elevador o características metabólicas es anticipatorio: ayuda a decidir cuándo preguntar por síntomas, examinar el soporte pélvico, documentar POP-Q, ofrecer educación y considerar derivación uro-ginecológica. La historia obstétrica conserva valor clínico incluso décadas después del último parto, no porque deba atribuirse responsabilidad a la paciente, sino porque aporta información sobre exposiciones acumuladas que pueden interactuar con el envejecimiento.

En la práctica, estos hallazgos respaldan una anamnesis gineco-obstétrica que vaya más allá de registrar “G-P-A-C”. Conviene conocer número y vía de partos, antecedentes de recién nacidos de alto peso cuando estén disponibles, síntomas posteriores al parto, cirugías pélvicas y evolución de la sensación de bulto; al examen, el POP-Q permite describir qué compartimento desciende y hasta dónde. Las guías clínicas recomiendan que la evaluación incorpore síntomas y preferencias además de la anatomía (American College of Obstetricians and Gynecologists & American Urogynecologic Society, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2019). La prevención, en este contexto, debe entenderse como cuidado longitudinal: educación sobre salud pélvica, valoración posparto cuando esté indicada, abordaje de síntomas, hábitos de salud y seguimiento según necesidades, sin afirmar que una intervención no estudiada en esta revisión impida por sí sola la progresión.

La investigación futura puede avanzar si adopta el mismo enfoque de curso de vida que sugieren estos resultados. Son especialmente valiosos los seguimientos longitudinales desde embarazo y posparto hasta menopausia, con POP-Q repetido, imagen del elevador, variables obstétricas detalladas y medidas de síntomas/calidad de vida en paralelo. También resulta necesario estudiar interacción entre exposiciones obstétricas, envejecimiento, composición corporal, características del tejido conectivo y susceptibilidad genética, en poblaciones diversas. Más allá de la asociación

estadística, el objetivo clínico debería ser comprender qué combinación de factores predice realmente progresión anatómica y qué factores explican la experiencia sintomática. Esa distinción permitiría construir modelos de atención más anticipatorios y menos centrados únicamente en tratar el prolapso cuando ya es avanzado.

Conclusiones

La evidencia de 2019–2025 muestra que los factores más repetidamente asociados con una mayor severidad anatómica del prolapso de órganos pélvicos son la edad y la exposición obstétrica acumulada, especialmente mayor número de partos y partos vaginales. Los estudios de imagen añaden una asociación consistente entre POP avanzado y alteraciones estructurales del elevador del ano —avulsión, mayor deficiencia y ampliación hiatal—. El IMC presentó asociaciones ajustadas en compartimentos anterior y posterior en una gran cohorte, pero no fue uniforme entre estudios; peso neonatal elevado e intervalos más cortos entre nacimientos surgieron en evidencia más limitada. Menopausia, estreñimiento, tos crónica e histerectomía no demostraron una relación independiente suficientemente consistente con mayor estadio para ser considerados factores confirmados de severidad.

En respuesta a la pregunta de investigación, los factores obstétricos con respaldo más consistente fueron mayor paridad/número de partos vaginales y antecedente de parto vaginal, mientras que los factores clínicos más sólidos fueron mayor edad y determinadas características estructurales del piso pélvico. Las asociaciones con IMC fueron dependientes del compartimento; los componentes metabólicos mostraron señales en una población posmenopáusica específica; y variables como menopausia, estreñimiento, tos o cirugía pélvica previa presentaron resultados heterogéneos o insuficientes. Estas relaciones deben interpretarse como asociaciones observacionales y no como causalidad. Tampoco todos los factores asociados con presencia de POP pueden trasladarse automáticamente a progresión o severidad anatómica.

Los hallazgos invitan a comprender el POP severo desde una perspectiva de curso de vida en la que historia obstétrica, envejecimiento y características clínicas o estructurales interactúan durante años. Una valoración integral debería conservar la historia obstétrica como información relevante, documentar la anatomía con un sistema estandarizado y, al mismo tiempo, escuchar los síntomas, prioridades y calidad de vida de cada mujer. Prevenir, detectar y seguir el deterioro del soporte

pélvico exige una atención individualizada y no culpabilizante. Detrás de cada estadio POP-Q existe una mujer con una trayectoria reproductiva, clínica y vital particular; reconocerla no resta rigor a la medición anatómica, sino que permite que esa medición se convierta en una decisión clínica verdaderamente centrada en la paciente.

Referencias

- Abrar, S., Rizvi, R. M., & Zahid, N. (2021). The association of symptoms of overactive bladder with pelvic organ prolapse and its improvement after pelvic reconstructive surgery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(3), 897–902. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.3.3312>
- American College of Obstetricians and Gynecologists, & American Urogynecologic Society. (2019). Pelvic organ prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. *Obstetrics & Gynecology*, 134(5), e126–e142. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003519>
- Bump, R. C., Mattiasson, A., Bø, K., Brubaker, L. P., DeLancey, J. O. L., Klarskov, P., Shull, B. L., & Smith, A. R. B. (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(1), 10–17. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70243-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70243-0)
- Carlin, G. L., Morgenbesser, R., Kimberger, O., Umek, W., Bodner, K., & Bodner-Adler, B. (2021). Does the choice of pelvic organ prolapse treatment influence subjective pelvic-floor related quality of life? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 259, 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.02.018>
- Dietz, H. P., & Mann, K. P. (2014). What is clinically relevant prolapse? An attempt at defining cutoffs for the clinical assessment of pelvic organ descent. *International Urogynecology Journal*, 25(4), 451–455. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2307-4>
- Dietz, H. P., Rozsa, D., Subramaniam, N., & Friedman, T. (2021). Does vaginal parity alter the association between symptoms and signs of pelvic organ prolapse? *Journal of Ultrasound in Medicine*, 40(4), 675–679. <https://doi.org/10.1002/jum.15437>
- Djusad, S., Hakim, S., Meutia, A. P., Priyatini, T., Moegni, F., Hidayah, G. N., & Azzahra, K. R. (2025). Clinical characteristics of pelvic organ prolapse at a nationally referred general hospital: A retrospective study (2023–2024). *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 13(4), 285–289. <https://doi.org/10.32771/inajog.v13i4.3021>
- Gava, G., Alvisi, S., Mancini, I., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2019). Prevalence of metabolic syndrome and its components in women with and without pelvic organ prolapse and its association with prolapse severity according to the Pelvic Organ Prolapse Quantification system. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1911–1917. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3840-y>
- Gillor, M., Saens, P., & Dietz, H. P. (2021). Demographic risk factors for pelvic organ prolapse: Do smoking, asthma, heavy lifting or family history matter? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 261, 25–28. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.006>

- Handa, V. L., Roem, J., Blomquist, J. L., Dietz, H. P., & Muñoz, A. (2019). Pelvic organ prolapse as a function of levator ani avulsion, hiatus size, and strength. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(1), 41.e1–41.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.03.004>
- Haylen, B. T., Maher, C. F., Barber, M. D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., Goldman, H. B., Huser, M., Milani, A. L., Moran, P. A., Schaer, G. N., & Withagen, M. I. J. (2016). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *International Urogynecology Journal*, 27(2), 165–194. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2932-1>
- Li, L., Zhao, G., Wu, J., Pang, H., Zhang, T., Chen, J., Zhang, K., & Zhu, L. (2023). Interactions between genetic variants and environmental risk factors are associated with the severity of pelvic organ prolapse. *Menopause*, 30(6), 621–628. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002182>
- Li, Q., Niu, X., Chen, Y., Luo, C., Zhang, Y., Meng, J., & Wei, D. (2024). Risk factors and severity indicators of female pelvic organ prolapse: Insights from a comprehensive retrospective study with a large sample size. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 51(12), 280. <https://doi.org/10.31083/j.ceog5112280>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management (NICE Guideline NG123).
- Ozcivit Erkan, I. B., & Gulcicek, A. (2025). Assessing the link between birth interval and pelvic organ prolapse severity in reproductive-age women in rural Turkey: A cross-sectional study on quality of life. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 170(3), 1117–1127. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70106>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pang, H., Zhang, L., Han, S., Li, Z., Gong, J., Liu, Q., Liu, X., Wang, J., Xia, Z., Lang, J., Xu, T., & Zhu, L. (2021). A nationwide population-based survey on the prevalence and risk factors of symptomatic pelvic organ prolapse in adult women in China—A pelvic organ prolapse quantification system-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128(8), 1313–1323. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16675>
- Pariyaeksut, P. (2022). Factors associated with pelvic organ prolapse severity in Ratchaburi Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 41(2), 145–155.
- Schulten, S. F. M., Claas-Quax, M. J., Weemhoff, M., van Eijndhoven, H. W. F., van Leijsen, S. A., Vergeldt, T. F., IntHout, J., & Kluivers, K. B. (2022). Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: An updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(2), 192–208. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.04.046>

- Serrano, S., Henriques, A., Valentim-Lourenço, A., & Pereira, I. (2022). Levator ani muscle avulsion in patients with pelvic floor dysfunction—Does it help in understanding pelvic organ prolapse? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 279, 140–145. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.09.033>
- Tega, A., Yenealem, F., Belay, G., Asmare, E., Getaneh, T., Desalegn, M., Dechasa, N., & Addis, Z. (2024). Quality of life and its associated factors among women with pelvic organ prolapse who attend gynecology clinics Southern Ethiopia 2022. *BMC Women's Health*, 24(1), 398. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03238-1>
- Tefera, Z., Temesgen, B., Arega, M., Getaneh, T., & Belay, A. (2023). Quality of life and its associated factors among women diagnosed with pelvic organ prolapse in gynecology outpatient department Southern Nations, Nationalities, and Peoples region public referral hospitals, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 23(1), 342. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02507-9>
- Yune, Y., Jeong, H. Y., Park, D. H., & Lee, J. K. (2021). Three-dimensional pelvic floor ultrasound assessment of pelvic organ prolapse: Minimal levator hiatus and levator ani deficiency score. *Annals of Coloproctology*, 37(5), 291–297. <https://doi.org/10.3393/ac.2020.01095.0156>