

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN
CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL II RAMÓN CASTILLA DE LIMA
EN EL PERIODO 2012 - 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Pável César Gutierrez Gutiérrez

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA
EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMÓN CASTILLA
DE LIMA EN EL PERIODO 2012-2015**

TESIS





Presentada por:

BACH. PÁVEL CÉSAR GUTIERREZ GUTIÉRREZ

Para optar el Título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado

 Mgr. Alberto Fior Chavez Miembro	 Med. Cristina Llosa Rodriguez Presidenta	 Dr. Jaime Miranda Benavente Miembro
	 Mgr. Jaime Vargas Zeballos Asesor	

DEDICATORIA

Dedicado a todas aquellas personas que tienen deseo de superación, que se esfuerzan sin jamás darse por vencidos. Y los optimistas que siempre encuentran una solución o ven lo mejor de las cosas.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, con su guía y ejemplo me enseñó a esforzarme por lo que quería, a tener valores a tomar decisiones y a sonreír siempre.

A mi asesor de tesis que sin su gran guía y apoyo no hubiera podido culminar este trabajo.

A Dios, por sobre todo, gracias a EL, conoce las personas antes mencionadas, y porque siempre ha sido la luz en mi camino.

CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
CONTENIDO	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	9
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	9
1.5. HIPÓTESIS	10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES	11
2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	20
• Definición	20
• Epidemiología	21
• Bases anatómicas	23
• Factores de riesgo	24
• Clasificación	31
• Cuadro clínico	38
• Diagnóstico	43
• Tratamiento	45

**CAPÍTULO III:
MATERIAL Y MÉTODOS**

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	53
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	53
3.3. INSTRUMENTO DE ESTUDIO	55
3.4. RECOLECCIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	56
3.6. VARIABLES DE ESTUDIO	57
3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	59

**CAPÍTULO IV:
RESULTADOS**

4.1 RESULTADOS	62
4.2 DISCUSIÓN	80

CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	92
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
ANEXOS	100

RESUMEN

El prolapso genital es el desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén. El objetivo del estudio fue determinar las características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital. Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles con 322 casos y 966 controles. Los resultados hallados fueron: La mayoría de pacientes con prolapso genital tenían una edad entre 41-50 años (31,7%), nivel instrucción secundaria (39,4%) y eran multigestas (96,8%). Los síntomas más frecuentes fueron sensación de masa en genitales (74,2%) e incontinencia urinaria (71%). El tipo más frecuente fue el Cistocele (61%) y el grado II (80,8%). Los factores de riesgo son: edad entre 61-70 años (OR=2,23), instrucción primaria (OR=2,64), gestaciones de 4 o más (OR=4,56), paridad de 4 o más (OR=3,71), partos vaginales de 4 o más (OR=3,84), menopausia (OR=2,29), asma (OR=2,19) y obesidad (OR=1,63). Se concluye que los factores que demostraron ser de riesgo fueron: edad entre 61-70 años, instrucción primaria, gestaciones de 4 o más, paridad de 4 o más, partos vaginales de 4 o más, menopausia, asma y obesidad.

Palabras clave: prolapso genital, característica clínica, factor de riesgo.

ABSTRACT

Genital prolapse is the displacement of the pelvic organs, as a result of the failure of the support structures and support. The aim of the study was to determine the clinical characteristics and risk factors associated with genital prolapse. A retrospective case-control study with 322 cases and 966 controls was performed. The results found were: Most patients with genital prolapse were aged between 41-50 years (31.7%), secondary (39.4%) were multiparous instruction and (96.8%). The most common symptoms were feeling mass genitals (74.2%) and urinary incontinence (71%). The most common type was Cystocele (61%) and grade II (80.8%). Risk factors include age between 61-70 years (OR = 2.23), primary education (OR = 2.64), gestations of 4 or more (OR = 4.56), parity of 4 or more (OR = 3.71), vaginal deliveries of 4 or more (OR = 3.84), menopause (OR = 2.29), asthma (OR = 2.19) and obesity (OR = 1.63). It is concluded that the factors that proved to be risk were age 61-70 years, primary education, 4 or more gestations, parity 4 or more, 4 or more vaginal deliveries, menopause, asthma and obesity.

Keywords: genital prolapse, clinical feature, risk factor.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es un defecto del soporte anatómico o el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos. Se clasifican según sus síntomas en alteraciones del compartimiento anterior, donde están implicadas las funciones sexuales y urinarias: incontinencia y protrusión de vejiga, vagina y útero y del compartimiento posterior relacionado con la función colorrectal incontinencia fecal y desordenes evacuatorios (1).

Representa un problema importante en ginecología ya que su prevalencia en mujeres de 50 a 70 años llega a un 40 % y de cada dos mujeres mayores de 50 años que acuden a la consulta una de ellas tendrá algún tipo de prolapso genital, altera la calidad de vida y cada día aparecen nuevas tecnologías para su tratamiento (1).

La frecuencia del prolapso reportada es muy variable dependiendo de la población estudiada, así como de los criterios utilizados para su diagnóstico. La patogénesis del prolapso genital no está totalmente aclarada, aunque se ha comprobado que es de etiología multifactorial (1).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El prolapso genital femenino se ha observado durante mucho tiempo en los seres humanos. Los primeros informes datan del año 1500 a.C., siendo famosos los registros en el Papiro Ebers. El prolapso genital es la exteriorización de los órganos pélvicos por la vagina, siendo una patología que afecta la calidad de vida de toda mujer, provocando, per sé, muy rara vez morbilidad o mortalidad. El prolapso genital se diagnostica en el 50% de las mujeres multíparas y del 10 al 20% requiere tratamiento por su sintomatología (2, 3).

Representa un problema importante en ginecología ya que su prevalencia en mujeres de 50 a 70 años llega a un 40 % y de cada dos mujeres mayores de 50 años que acuden a la consulta una de ellas tendrá algún tipo de prolapso genital, altera la calidad de vida y cada día aparecen nuevas tecnologías para su tratamiento (4).

Existen pocos estudios que describan la prevalencia del prolapso genital femenino, debido a la inconsistencia de la sintomatología y a los problemas de la normalización del examen vaginal. Los estudios de incidencia que se han realizado se limitan a los destinados a la investigación de nuevos tratamientos quirúrgicos o terminan analizando subpoblaciones específicas o con problemas metodológicos. Otra situación que quizás haga que la incidencia real esté infravalorada es que muchas mujeres no consultan hasta que el prolapso ha superado el plano de la vulva, cuando comienza a ser sintomático (2, 5).

La etiología del prolapso genital total es multifactorial. Se han descrito en la literatura múltiples factores de riesgo. Se ha demostrado que cada uno de los factores de riesgo actúa de manera individual y sinérgica en la aparición de prolapso genital total. Los factores predisponentes comprenden edad avanzada, estado nutricional y control de esfínteres. Los factores incitantes que se expresan durante el embarazo son: forma y tamaño del piso pélvico, macrosomía fetal, variedad de posición al momento del parto – occipito posterior persistente, segundo periodo del parto prolongado, uso de fórceps, avulsión muscular, ruptura de tejido conectivo y nervioso. Los factores intervencionistas abarcan; edad, estrés sobre

el piso pélvico (ocupación, tos crónica, obesidad), factores que debilitan tejidos de soporte como uso de corticoesteroides y atrofia muscular, por último un estilo de vida sedentario (6).

La frecuencia del prolapso reportada es muy variable dependiendo de la población estudiada, así como de los criterios utilizados para su diagnóstico, en estudios de grandes poblaciones como el de WHI el 40 % reportó algún grado de prolapso y se evidenció un 14 % de histerocele. Estudios norteamericanos y australianos, señalan prevalencia entre 30 % a 40 % con un riesgo quirúrgico por prolapso o incontinencia urinaria de 11,1 % a los 80 años y un 29,2 % requirió una segunda cirugía más frecuente en nulíparas que en hombres, por ello es una patología de género (4).

En Latinoamérica utilizando el método de las encuestas, en Buenos Aires en 483 mujeres de 24 a 85 años, el 49 % reportó pérdida de orina, de ellas el 90.% no consultó ni realizó algún tratamiento y sólo el 52.% reportó alteración de su calidad de vida. En otra encuesta aplicada en una población rural de El Salvador se encontró una alta incidencia de incontinencia urinaria (71 %) y fecal (41 %) (4).

En Perú, el prolapso genital femenino constituye una de las primeras 20 causas de hospitalización en los niveles II y III de atención;

constituye una de las primeras 10 causas de egreso en hospital San Juan de Lurigancho (1,1%) así como el 7,64% de egresos del Servicio de Hospitalización de Ginecología del Instituto materno perinatal. Durante el año 2014 en el hospital II Ramon Castilla, se operaron 52 pacientes con diagnóstico de prolapso genital que constituyen el 41% de cirugías en el servicio de Ginecología (7, 8).

Franklin J. Espitia de la Hoz en Colombia, realizó un estudio titulado “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON PROLAPSO GENITAL FEMENINO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES”, concluye que la frecuencia de la consulta por prolapso genital es creciente, siendo el prolapso anterior sintomático el más frecuente en mujeres de edad avanzada, multíparas y obesas, y los factores relacionados fueron EPOC, diabetes, raza blanca, menopaúsicas, tabaquismo e histerectomía previa (2).

Cedillo A., Cedillo C. y Coronel D., realizaron un estudio en Ecuador titulado “FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON DISTOPÍA DEL PISO PÉLVICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES VICENTE CORRAL Y JOSÉ CARRASCO” donde se identificaron como factores asociados al prolapso genital los siguientes: edad mayor a 35 años, gestas múltiples, multiparidad, parto eutócico, parto domiciliario, climaterio factores que aumentan

la presión intraabdominal como EPOC, como factores que no se asocian con prolapso genital encontramos al estreñimiento, factores protectores fueron Cirugía abdomino-pélvica y sobrepeso (9).

Luisa E Obregón Y, Arturo F Saunero O en su estudio de “DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO: EPIDEMIOLOGÍA” halló como factores de riesgo a multiparidad, mayor índice de masa corporal, estreñimiento, fibromatosis uterinas e intervenciones pélvicas previas (4).

Díaz V. y Muñoz C. en su trabajo titulado “PROLAPSO GENITAL: ETIOPATOGENIA Y CLÍNICA” en el hospital Arzobispo Loayza, concluyen que la frecuencia de prolapso genital en el departamento de obstetricia y ginecología fue de 37.9%; la edad promedio fue 53 años, la multiparidad tiene un rol importante en el desarrollo de la enfermedad (10).

Dionicio RB en su trabajo titulado “FACTORES DE RIESGO DE DISTOPÍA GENITAL”, concluye que los factores de riesgo para distopia genital fueron la edad de la mujer (mayor de 50 años), multiparidad vaginal, patología pulmonar, y como factor protector, se encontró el antecedente de cirugía pélvica (11).

Se desconoce el número de mujeres con prolapso de órganos pélvicos y factores de riesgo relacionados, que se atienden sin hospitalización y cirugía, y el número de las que nunca buscan atención médica; por lo tanto, se cree que hay una subestimación de la incidencia y prevalencia del prolapso genital.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo anterior se nos da por plantearnos el siguiente problema:

¿Cuáles son las características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de ginecología del Hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012 – 2015?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de Ginecología del Hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012 – 2015

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características clínicas del prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de Ginecología del Hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012 – 2015
2. Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de Ginecología del Hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012 – 2015
3. Determinar los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de Ginecología del Hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012 – 2015
4. Determinar los factores de riesgo que incrementan la presión intraabdominal asociados a prolapso genital en

pacientes atendidas en consulta externa de Ginecología
del Hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012
– 2015

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El prolapso genital es cada vez un problema con mayor prevalencia en nuestro medio, que un gran número de pacientes de múltiples formas y que afecta a las esferas social, sexual, familiar y laboral en las que se desenvuelven las mujeres perjudicando su calidad de vida.

Se considera que el riesgo de desarrollo de prolapso genital se duplica en cada década de la vida, por lo que esta patología empieza a tomar relevancia al tomar en cuenta que la esperanza de vida se ha incrementado en nuestro país.

Es difícil establecer qué mujeres tienen un riesgo elevado de desarrollar un prolapso, pero el intentar determinarlo podría ser útil para elaborar medidas preventivas que pudieran, si no evitarlo, al menos reducir su severidad, eliminando o minimizando aquellos

fenómenos promotores críticos, como pueden ser el parto vaginal o determinadas intervenciones quirúrgicas.

En nuestro medio son pocos los reportes referentes al tema, razón por la cual considero de importancia la realización del presente trabajo de investigación.

1.5. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo sociodemográficos, gineco-obstétricos y que incrementan la presión intraabdominal se asocian a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de Ginecología del Hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012 – 2015

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.2.1. NACIONALES

Diaz Victor et al. “Prolapso genital: etiopatogenia y clínica”. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú. 1975

Se realizó un estudio con 547 pacientes con diagnóstico de prolapso genital del Servicio de ginecología Del Hospital Arzobispo Loayza, encontrando que la frecuencia del prolapso genital durante los años 1971 a 1973 fue de 37.9%; la edad de los pacientes fluctuó entre 26 y 81 años con un promedio de 53 años; la multiparidad tiene un rol importante en el desarrollo de esta enfermedad (promedio 6.27) (10).

Dionicio Rosa. “Factores de riesgo de distopia genital”.
Tesis de segunda especialidad-Universidad San Martín de
Porres. Perú. 2014

Dionicio (11) buscó determinar los factores de riesgo de distopia genital en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período comprendido entre el 01 enero de 2012 al 30 de mayo de 2013. Realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal y responde a un diseño de casos y controles que se basó en revisión de 400 historias clínicas por muestreo aleatorio simple, de los cuales 200 correspondían a pacientes con diagnóstico de distopia genital y las otras 200 a otras patologías ginecológicas, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión en el período correspondiente del estudio. Entre los factores de riesgo para distopia genital se encontraron la edad ($p=0,000$ y $OR=6,1$), multíparas vía vaginal ($p=0,000$ y $OR=28,3$) y antecedente de patología pulmonar ($p=0,000$ y $OR=8,6$). Resultó como factor protector el antecedente de cirugía pélvica ($p=0,005$ y $OR=0,4$).

2.2.2. INTERNACIONALES

Mathlouthi Nabil et al. “Prolapso genital en mujeres jóvenes: estudio de factores de riesgo”. La tunisie Medicales. Francia. 2011

Estudio realizado en Tunez, con 33 pacientes menores de 45 años, concluye que la multiparidad, peso del recién nacido y factores congénitos son responsables de la alta tasa de prolapso genital en mujeres jóvenes (12).

Benites Carlos. “Factores de riesgo asociados a prolapso genital total en pacientes atendidas en el Hospital Abel Gilbert Pontón entre enero del 2012 a marzo 2014”. Tesis de Grado-Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2014

Benites (13), buscó determinar los factores de riesgo asociados al prolapso genital total en mujeres del Hospital

Abel Gilbert Pontón durante el periodo Enero 2012 a Marzo 2014. Realizó un estudio de casos y controles con 232 pacientes. Encontró para la macrosomía fetal un odds ratio de 1,75, p de 0.003, partos vaginales OR 1,35 p de 0,04, cesáreas OR 0,87, p de 0,035 y multiparidad OR 1,21, p de 0,043. Llegando a la conclusión que la macrosomía fetal, partos vaginales y multiparidad fueron un factor de riesgo y la cesárea fue un factor protector para el prolapso genital total.

Espitia de la Hoz Franklin. “Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles”. Revista Urología Colombiana. Colombia. 2015

Espitia (1), con el objetivo de evaluar los factores de riesgo relacionados con el prolapso genital y la prevalencia del mismo; realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, epidemiológico. Se incluyó a todo el grupo poblacional femenino mayores de edad, no obstétrico, que acudió al servicio de consulta externa/ambulatoria del Departamento de Ginecología de la Clínica La Sagrada Familia desde el 1 de enero de 2009 hasta el 30 de junio de 2012. De las 13.824

mujeres que participaron en el estudio, 3.681 (26,6%) estaban hysterectomizadas y se diagnosticó prolapso genital en 2.193 (68,38%). Entre las 10.143 (73,4%) no hysterectomizadas se diagnosticó prolapso genital en 1.014 (31,62%). Del total de las pacientes con prolapso ($n = 3.207/13.824$), 1.662 (57,7%) tenían prolapso de grado i, 978 (56,5%) prolapso de grado ii, 459 (14,3%) prolapso de grado iii y 108 (3,37%) prolapso de grado iv. De las 3.207 pacientes con prolapso genital, el 57% fue sintomático ($n = 1.828$) y en el 43% asintomático ($n = 1.379$). El promedio de edad en los casos fue de $57,6 \pm 11,4$ años, y de $54,9 \text{ años} \pm 13$ en los controles. El 84% de las pacientes sintomáticas consultaron por síntomas de disfunción del piso pélvico: sensación de peso vaginal (42%), masa vaginal (27%), IUE (18%) y 9% por menometrorragia e infección urinaria, y el otro 4% por otras condiciones ginecológicas. El número de embarazos osciló entre 0 y 15, con un promedio de $6,3 \pm 4,2$; el 38% con ≥ 6 gestaciones. El número de partos estuvo entre 1 y 12, con un promedio de $4,8 \pm 3,9$; la mayoría (45%) entre 1 y 3, el 39% de 4 a 6, y el 16% restante tenían más de 7 partos. La frecuencia de la consulta por prolapso genital es creciente, siendo el prolapso anterior

sintomático el más frecuente en mujeres de edad avanzada, multíparas y obesas, y los factores relacionados fueron EPOC, diabetes, raza blanca, menopaúsicas, tabaquismo e hysterectomía previa.

Obregón Luisa et al. “Disfunción del piso pélvico: epidemiología”. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Venezuela. 2009

Obregón (4) buscó determinar la prevalencia de la disfunción del piso pélvico, factores relacionados, tratamientos y evolución en pacientes gineco-obstétricas de un hospital privado. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico. Se revisaron 4 555 historias desde 1998 a 2008 y se seleccionaron 430 con alteraciones del piso pélvico. Se evaluaron los factores asociados: edad, embarazos, partos, distocias, episiotomías, peso máximo fetal, masa corporal, incontinencia urinaria de esfuerzo, infecciones urinarias bajas recurrentes, alteraciones tiroideas, diabetes, fibromatosis uterina, menopausia, intervenciones

ginecológicas previas, estreñimiento, trabajos forzados, tos crónica y uso de fajas. Se clasificaron los tipos y grados de prolapso, tratamientos y complicaciones. Concluyen que la incidencia de disfunciones es baja, el cistocele grado II es el más frecuente y está relacionados con incontinencia urinaria de esfuerzo, infecciones urinarias bajas recurrentes, grupo etario entre 40 y 50 años, multiparidad, mayor índice de masa corporal, estreñimiento, fibromatosis uterinas e intervenciones pélvicas previas.

Cedillo Andrea et al. “Factores de riesgo relacionados con distopía del piso pélvico en mujeres atendidas en los Hospitales Vicente Corral y José Carrasco”. Tesis de grado-Universidad de Cuenca. Ecuador. 2008

Cedillo (9) pretendió identificar los principales factores de riesgo vinculados con prolapso genital. Para ello realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles en 220 pacientes mujeres adultas de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga en el servicio de

Ginecología durante el periodo de enero a junio del 2008. Identificó como factores asociados al prolapso genital los siguientes: edad mayor a 35 años, gestas múltiples, multiparidad, parto eutócico, parto domiciliario, climaterio, factores que aumentan la presión intraabdominal como EPOC; como factores que no se asocian con prolapso genital encontró al estreñimiento, factores protectores fueron Cirugía abdomino-pélvica y sobrepeso. Existe un riesgo 6.3 veces mayor en mujeres mayores a 35 años. El hecho de haber tenido dos o más embarazos representó un factor de riesgo mayor 1.5 veces en relación con haber tenido un solo embarazo. La multiparidad es un factor de riesgo 2 veces superior a la primiparidad. El parto eutócico resultó un factor de riesgo 2 veces superior para prolapso genital con respecto a la cesárea quien resultó un factor protector en comparación con el parto eutócico. Los partos domiciliarios incrementan el riesgo de distopías en 4.7 veces en relación con partos hospitalarios. El climaterio incrementa el riesgo en 5.7 veces a las mujeres que no han empezado o superado esta etapa.

Rodrigues Andrea. “Factores de riesgo para prolapso genital en población de Brasil”. Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia. Brasil. 2009

Rodrigues (14) buscó evaluar los factores de riesgo para el desarrollo de prolapso genital en población brasileña. Realizó un estudio de casos y controles que involucró 316 pacientes, que dividió en dos grupo, el Grupo de Casos de 107 pacientes que fueron los casos incluía a pacientes con prolapso estadio III o IV, y el grupo Control de 209 pacientes, pacientes con estadio 0 o I. Estudió las siguientes variables: edad, índice de masa corporal, paridad, número de partos vaginales, cesáreas, partos con fórceps, peso de recién nacido, historia familiar de prolapso. Luego de la regresión logística, sólo tres variables resultaron ser factores de riesgo independiente: presencia de al menos un parto vaginal (OR 7,22; IC: 1,84-28,27), macrosomía fetal (OR 2,9; IC 1,24-6,79) e historia familiar de prolapso (OR 2,27; IC 1,04-4,9); la cesárea resultó ser un factor protector (OR 0,43; IC 1,26-6,79).

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.2.1. DEFINICIÓN DE PROLAPSO GENITAL

De acuerdo con el reporte del “Sub-comité de Estandarización de la Sociedad Internacional de Continencia” (ICS), es el descenso de uno o más de: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, el ápex de la vagina (cérvix/útero) o la cúpula vaginal posterior a histerectomía (9).

Deben ser considerados como unas hernias muy particulares, dado que, independientemente de la incomodidad de la situación, suelen por lo general llevar añadidos condicionamientos del sistema urológico (micción) y digestivo (incontinencia anal) (9).

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

El prolapso de órganos pélvicos es un problema de salud que aflige a millones de mujeres en todo el mundo. En Estados Unidos es la tercera indicación más frecuente para histerectomía. Además, una mujer tiene un riesgo estimado

en toda la vida de 11% para someterse a una operación por prolapso o incontinencia. A pesar de la prevalencia aparente de problemas de soporte pélvico, hay pocos estudios de buena calidad epidemiológica que hagan una estimación precisa de la prevalencia de la enfermedad. Esto se debe en parte a la falta de definiciones clínicas consistentes y válidas (15).

Aunque los datos son limitados, los estudios muestran que la prevalencia de prolapso de órganos pélvicos aumenta de manera constante con la edad. Por el vínculo entre el trastorno, la edad, y por la demografía cambiante en Estados Unidos, no hay duda que aumentará la prevalencia de los trastornos del piso pélvico (15).

La prevalencia exacta del prolapso del suelo pélvico es difícil de determinar por varias razones: se utilizan diferentes sistemas de clasificación para el diagnóstico, los estudios varían en función de si el prolapso es sintomático o asintomáticos y porque el porcentaje de mujeres que no consultan es desconocido. Hasta el 50% de las mujeres mayores de 50 años tendrán algún grado de prolapso genital, pero menos del 20% buscan tratamiento. El 11,8 % de las

mujeres es intervenida por prolapso genital a lo largo de su vida. Supone hasta el 30 % de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno (16).

En otro estudio se encontró una prevalencia de cualquier grado de prolapso uterino del 5% en mujeres entre 20 y 59 años. Considerando sólo las mujeres perimenopáusicas (es decir, de edades comprendidas entre 50 y 59 años), la prevalencia de prolapso uterino fue del 8% (11).

En Perú, los datos epidemiológicos son muy escasos, al igual que los trabajos publicados, así sea se encontró que 37,9% de 1440 pacientes hospitalizadas en un Servicio de Ginecología sufría de prolapso genital (17).

2.2.3. BASES ANATÓMICAS EN EL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

La cirugía pélvica requiere un conocimiento exhaustivo de la anatomía de la pelvis para alcanzar con seguridad el acceso, maximizar la exposición, asegurar la hemostasia, y evitar lesiones en las vísceras, vasos sanguíneos y nervios (16).

El sostén del suelo pélvico en las mujeres, es proporcionado por una interacción entre los músculos de la pelvis (Anexo 2), principalmente el músculo elevador del ano y el tejido conectivo de la pelvis ósea (viene dado por la fascia endopélvica que lo envuelve y su condensación en el vértice vaginal, que forma el complejo de los ligamentos uterosacros/cardinales). El tejido conjuntivo endopélvico es la primera línea de sostén apuntalado íntimamente con el diafragma pélvico, formado éste por los músculos elevador del ano y los coccígeos. Estos músculos proporcionan un diafragma de soporte a través del cual salen la uretra, la vagina y el recto. El soporte muscular proporciona el tono y sostén basales de las estructuras pélvicas, y cuando se contrae, como en las situaciones de aumento de la presión intraabdominal, el recto, la vagina y la uretra son empujados hacia delante en dirección al pubis (16).

El complejo del músculo elevador del ano, que consta de los músculos pubococcígeo, puborrectal e iliococcígeo, juega un papel fundamental como soporte primario de los órganos de la pelvis aportando una base firme pero elástica sobre la que se apoyan los órganos pélvicos. Los elevadores mantienen un

estado constante de contracción, lo que proporciona un suelo activo que soporta el peso del contenido abdominopélvico contra la fuerza de la presión intraabdominal. Esta acción evita la tensión constante o excesiva en los ligamentos y fascias pélvicas (16).

2.2.4. FACTORES DE RIESGO

a. Multiparidad

El parto vaginal es el factor de riesgo citado con más frecuencia. No existe acuerdo sobre si es el embarazo o el parto mismo el que predispone a la disfunción del piso pélvico. No obstante, muchos estudios han mostrado con claridad que el parto aumenta la propensión de una mujer al desarrollo de POP. Por ejemplo, en el Pelvic Organ Support Study (POSST), el aumento en la paridad se vinculó con el avance del prolapso. Además, el riesgo de POP aumentó 1.2 veces con cada parto vaginal. El estudio de cohorte sobre planificación familiar de Oxford con 17

000 mujeres mostró que comparadas con las nulíparas, las mujeres con dos partos tenían un aumento de ocho veces en la hospitalización por POP (15).

b. Otros riesgos obstétricos

Aunque el parto vaginal está implicado en el riesgo de POP en algún momento de la vida de una mujer, los factores obstétricos de riesgo específicos aún son tema de controversia. Éstos incluyen macrosomía, segunda etapa del trabajo de parto prolongada, episiotomía, laceración del esfínter anal, analgesia epidural, uso de fórceps y estimulación del trabajo de parto con oxitocina. Cada uno es un factor de riesgo propuesto, aunque no hay demostración definitiva. Mientras se esperan más estudios, puede anticiparse que aunque es factible que cada uno tenga un impacto importante, es la suma de todos los fenómenos que ocurren durante el paso del feto por el canal del parto lo que predispone al prolapso de órganos pélvicos (15).

Hoy en día no se sugieren dos intervenciones obstétricas: parto programado con fórceps para acortar la segunda etapa del trabajo de parto y episiotomía programada, por la falta de evidencia de beneficio y el daño potencial, materno y fetal. Primero, el parto con fórceps tiene una relación directa con la lesión del piso pélvico por su relación conocida con la laceración del esfínter anal. Segundo, no hay evidencia de beneficios para el piso pélvico con el acortamiento de la segunda etapa del trabajo de parto. Por estas razones, no se recomienda el parto programado con fórceps. De igual manera, al menos seis estudios controlados con asignación al azar que comparan la episiotomía programada y selectiva no muestran beneficios, sino una relación con la laceración del esfínter anal, incontinencia anal posparto y dolor posparto (15).

c. Cesárea programada

Existe controversia sobre el tema de la cesárea programada para prevenir la disfunción del piso pélvico. En teoría, si todas las pacientes se sometieran a operación cesárea, habría menos mujeres con disfunción del piso pélvico, incluida incontinencia urinaria y POP. Si se tiene en cuenta que la mayoría de las mujeres no desarrolla disfunción del piso pélvico, la cesárea sometería a muchas mujeres a una intervención potencialmente peligrosa que de otra manera no desarrollarían el problema. En particular, dado el riesgo de 11% en toda la vida de someterse a una operación por incontinencia o prolapso, por cada mujer en la que se evitaría la intervención quirúrgica del piso pélvico a lo largo de su vida al someterse a cesárea programada, nueve mujeres no obtendrían beneficio alguno, pero asumirían los riesgos potenciales de la cesárea. La mayor parte de los investigadores concuerda en que para hacer recomendaciones definitivas se requieren más estudios clínicos a fin de definir los riesgos y beneficios potenciales de la cesárea programada como prevención primaria de la disfunción del piso pélvico. En este momento deben

individualizarse las recomendaciones para la cesárea programada que tiene como objetivo prevenir la disfunción del piso pélvico (15).

d. Edad

Como se describió antes, la edad avanzada también está implicada en el desarrollo del POP. En el estudio POSST hubo un aumento de 100% en el riesgo de prolapso por cada decenio de vida. En las mujeres de 20 a 59 años, la incidencia de POP casi se duplica con cada decenio. Al igual que con otros factores de riesgo para POP, el envejecimiento es un proceso complejo. El aumento de incidencia podría derivar del envejecimiento fisiológico y procesos degenerativos, así como del hipoestrogenismo. Es problemático separar los efectos de la falta de estrógenos de aquellos del proceso de envejecimiento (15).

e. Enfermedad del tejido conjuntivo

Las mujeres con trastornos del tejido conjuntivo tienen mayor probabilidad de desarrollar POP. En un pequeño estudio con serie de casos, casi 33% de las mujeres con síndrome de Marfan y 75% de aquellas con síndrome de Ehlers-Danlos reportaron antecedente de POP (15).

f. Raza

Ya se demostraron las diferencias raciales en la prevalencia de POP en varios estudios. Las mujeres de raza negra y asiáticas tienen el menor riesgo, mientras que parece que las hispanoamericanas tienen el mayor riesgo. Aunque hay diferencias demostradas en el contenido de colágena en distintas razas, también es posible que participen las variaciones en la pelvis ósea. Por ejemplo, es más frecuente que las mujeres negras tengan arco púbico estrecho con pelvis androide o antropoide. Estas

formas brindan protección contra el POP en comparación con la pelvis ginecoide típica en la mayor parte de las mujeres caucásicas (15).

g. Aumento de presión abdominal

Se cree que el aumento crónico de la presión intraabdominal participa en la patogenia del POP. Esta condición se encuentra en la obesidad, estreñimiento crónico, tos crónica y levantamiento repetido de objetos pesados. Muchos estudios identifican la obesidad como factor de riesgo independiente para incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin embargo, es menos clara la relación con el desarrollo de POP. Con respecto a cargar objetos pesados, un estudio danés demostró que las asistentes de enfermería que cargaban cuerpos pesados en forma repetida tenían mayor riesgo de someterse a una intervención quirúrgica por prolapso, con razón de probabilidades de 1.6. Además, el tabaquismo y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica también se

implicaron en el desarrollo del POP, aunque pocos datos respaldan esta relación. De igual manera, aunque la tos crónica produce aumentos repetidos en la presión intraabdominal, no se ha demostrado un mecanismo claro. Algunos creen que los compuestos inhalados del tabaco pueden inducir cambios que conducen al POP, en lugar de la tos crónica por sí misma (15).

2.2.5. CLASIFICACIÓN

Todas las formas clínicas descritas a continuación pueden existir de forma aislada, o más frecuentemente, asociadas entre sí, traduciendo un déficit global del sistema ligamentario y de sostén que forman el suelo pélvico (18).

a. Prolapso uterino o histeroceles: descenso del útero respecto a su posición anatómica, que de forma casi constante se asocia a distintos grados de descenso de vejiga y/o recto. Es debido a un fallo de los ligamentos de

sostén uterinos. Puede existir además elongación del cérvix aislada o junto al prolapso uterino (18).

b. Colpocele: hernia vaginal o protrusión de las paredes vaginales a través de la vulva. Puede ser anterior o posterior, aunque rara vez se presenta de forma aislada (18).

❖ **Anterior:** descenso de la pared anterior vaginal sola (colpocele anterior) o asociada a:

• **Cistocele:** colpocele anterior, sobre todo en su mitad superior, que asocia el descenso de la vejiga, por alteración de los ligamentos pubovesicouterinos (18).

• **Uretrocele:** colpocele anterior, sobre todo de su mitad inferior, que incluye la uretra, por alteración del ligamento triangular (18)

❖ **Posterior:** descenso de la pared vaginal posterior sola (colpocele posterior) o asociada con mayor frecuencia a rectocele, enterocele, o ambos (18)

- **Rectocele:** colpocele posterior, que incluye recto en su descenso, por alteración del tabique recto-vaginal (18).

c. Enterocele, douglascele o elitrocele: prolapso de la porción superior de la pared vaginal, con hernia del fondo de saco de Douglas, que suele contener intestino delgado o epiplón, por lesión de los ligamentos uterosacros (18).

d. Prolapso de cúpula vaginal o cérvix restante: caída o descenso de la cúpula vaginal o cérvix en pacientes con histerectomía abdominal o vaginal previas (18).

2.2.6. GRADO DE PROLAPSO

De acuerdo a la importancia del descenso, pueden distinguirse cuatro grados en las formas clínicas de presentación (18).

- **Grado I** Descenso entre posición normal e introito
- **Grado II** Descenso a nivel del introito
- **Grado III** Descenso por fuera del nivel del introito
- **Grado IV** Prolapso total, fuera del plano vulvar

2.2.7. ESTANDARIZACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA DE GRADACIÓN DEL PROLAPSO

A fin de dar mayor objetividad a la cuantificación del prolapso de los órganos pélvicos, la Sociedad Internacional de Continencia adoptó un sistema de clasificación conocido como POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) en Octubre de 1995 (Anexo 3). Este sistema utiliza como referencia 9 medidas: la distancia en centímetros con respecto al Himen a cada uno de 6 puntos fijos en la pared vaginal (2 en la pared vaginal anterior, 2 en la posterior y 2 en el fondo vaginal) y tres mediciones perineales también en centímetros. Se utiliza como punto fijo el plano del himen, de

manera que cualquier medición proximal al himen se registra con números negativos y con números positivos cuando están distales a él. Se asignan estadios ordinales al grado de prolapso, desde grado 0 (ausencia de prolapso) a grado V (prolapso completo). A su vez, cada etapa se subagrupa dependiendo de cuál es la porción genital que más protruye. El POP-Q (Anexo 3) ha demostrado ser útil y altamente reproducible (18).

a. Puntos de referencia utilizados en el Sistema POP-Q

❖ **Puntos anteriores**

- **Punto Aa:** situado a 3cm por encima del meato uretral. Su rango de posición es de -3 (normal) a +3 (18).

- **Punto Ba:** punto más alto del tabique vaginal anterior (18).

❖ **Puntos superiores**

- **Punto C:** extremo distal del cervix o cicatriz de la cúpula en la histerectomizada (18).
- **Punto D:** fondo de saco de Douglas (18).

❖ **Puntos posteriores**

- **Punto Ap:** similar a Aa en la pared posterior de la vagina (18).
- **Punto Bp:** similar a Ba en la pared vaginal posterior (18).
- **Hiato genital (gh):** desde el meato uretral hasta la línea media posterior del himen (18).
- **Cuerpo perineal (pb):** desde el margen posterior del hiato genital hasta la abertura anal media (18).
- **Longitud total de la vagina (tvl):** profundidad máxima en cm de la vagina (18).

b. Gradación ordinal del grado de prolapso

- **Grado 0** Sin prolapso. Aa, Ba, Ap y Bp están a – 3cm y el punto C está entre la longitud total de la vagina (Tvl) y – (Tvl-2cm) (18).
- **Grado I** La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm sobre el himen (18).
- **Grado II** La porción más distal del prolapso está entre - 1 y + 1 cm con respecto al himen (18).
- **Grado III** La porción más distal del prolapso está a menos de 2 cm sobre el largo vaginal total (Tvl-2) (18).
- **Grado IV** Procidencia genital. La porción más distal está a más de 2 cm sobre el largo vaginal total (Tvl-2) (18).

2.2.8. CUADRO CLÍNICO

Los síntomas del prolapso de órganos pélvicos con frecuencia se relacionan con la protrusión de tejidos, pero más a menudo con la disfunción de los aparatos y sistemas orgánicos afectados. Estos van desde dolor vago dorsal bajo hasta la incontinencia urinaria y fecal importantes. El médico debe realizar un interrogatorio amplio que incluya todos los temas pertinentes (19).

a. Incontinencia urinaria

Es uno de los síntomas más comunes cuya prevalencia es de 17 a 45 % en la población. La incontinencia urinaria de esfuerzo suele relacionarse con pérdida de sostén de la porción anterior de la vagina con hipermovilidad uretral resultante. Los síntomas suelen presentarse al realizar esfuerzos físicos como levantar objetos pesados, toser, reír, estornudar o hacer ejercicio. A medida que empeora el prolapso de órganos pélvicos la incontinencia urinaria de esfuerzo mejora. La reducción del prolapso durante el examen físico evidencia la incontinencia urinaria. Este fenómeno se ha denominado incontinencia urinaria de esfuerzo genuina oculta o potencial (19).

b. Síntomas miccionales irritativos

Polaquiuria, urgencia y nicturia son síntomas asociados al prolapso de órganos pélvicos. Etapas avanzadas del prolapso genital tienen incontinencia de urgencia por inestabilidad del detrusor, aunque se desconoce la causa por la cual se produce dicha inestabilidad; esta inestabilidad se resuelve con la corrección quirúrgica en 17 a 85 % de las pacientes (19).

c. Retención urinaria

Los grados intensos del prolapso de órganos pélvicos cursan con arrugamiento y obstrucción de la uretra conforme la vejiga se hernia progresivamente. La obstrucción se acentúa durante el pujo. Se presenta disminución del flujo máximo de orina y aumento de la orina residual. Se ha encontrado que no hay relación entre el grado del prolapso y el grado de obstrucción uretral. La micción incompleta puede predisponer a la infección de vías urinarias, hiperactividad del detrusor y disminución de la elasticidad vesical lo que conlleva el riesgo de reflujo ureteral y daño renal. La retención urinaria aguda es

extremadamente rara y se informa de sólo unos cuantos casos en las publicaciones (19).

d. Incontinencia fecal

Es un síntoma raro, la mayoría de las veces subcomunicado por las pacientes y poco estudiado por los médicos. Se acompaña además de prolapso y de incontinencia urinaria. Los grados mayores del prolapso predisponen, con una mayor probabilidad, a la incontinencia fecal. Este trastorno es causado por un mecanismo incompetente del esfínter anal o un defecto en el reservorio rectal, con exceso de heces (19).

e. Dificultad defecatoria y desimpactación

El vaciamiento difícil del recto, el tenesmo, la necesidad de desimpactación y la estimulación digital rectal son a menudo los síntomas más notables del rectocele. La

desimpactación a través de la vagina o del periné se realiza para reducir manualmente el reservorio rectal y se hace colocando los dedos en contra de la pared vaginal posterior y empujando el rectocele en sentido ascendente a través del introito o mediante presión ascendente del periné (19).

f. Disfunción sexual

Los problemas de la función sexual son frecuentes en mujeres con prolapso de órganos pélvicos pero ésta debe diferenciarse claramente de la disfunción sexual producida por la edad. El rechazo de los médicos a discutir la sexualidad de una manera indulgente sólo refuerza la incomodidad de la paciente. Es vital hablar con la paciente de la función sexual cuando se consideran opciones terapéuticas que pueden obstruir la vagina o reducir su capacidad (19)

g. Molestias pélvicas

Sensación de que algo sale por la vagina o compresión pélvica con dolor dorsal o inguinal acompañantes en la bipedestación o con la actividad física son los síntomas más frecuentes en el prolapso de órganos pélvicos. La distensión del peritoneo produce dolor o compresión pélvicos, y la distensión de los ligamentos uterosacros provoca dolor dorsal bajo (19).

2.2.9. Diagnóstico

Se inicia con la inspección de la vulva. Dermatitis, ardor o dolor originados por alguno de los diversos trastornos pueden producir síntomas urinarios o contribuir a ellos. Ardor y sensación quemante alrededor de la uretra pueden relacionarse con vulvovaginitis crónica. La uretritis infecciosa o atrófica, la vaginitis y la trigonitis pueden producir irritación suficiente para dar por resultado necesidad urgente de orinar,

micción frecuente, incontinencia o una combinación de estas manifestaciones. Las tumoraciones suburetrales dolorosas sugieren divertículos (19).

Se coloca un espéculo de Graves en la vagina hasta llegar a la cúpula de ésta, y se retira mientras la paciente efectúa un esfuerzo. Esto ofrece una impresión general de los defectos presentes como histerocele y prolapso de cúpula en pacientes histerectomizadas. Se retira el tornillo de ajuste del espéculo y se emplea nada más la hoja posterior de este instrumento para rechazar la pared vaginal posterior, de modo que se pueda examinar la pared vaginal anterior y ver la presencia de uretrocele o cistocele; algunos autores utilizan la prueba del hisopo (Q-tip) para ver la etapa del uretrocele o la hipermovilidad uretral mediante la medición del ángulo de desplazamiento dado por el hisopo, colocado en la uretra, luego que la paciente realiza maniobras de valsalva; éste ángulo se considera normal cuando es de 30 grados o menos, y puede ser medido con un transportador o simplemente calculado cuando el examinador tiene mucha experiencia. Una vez examinada ésta, se gira la hoja para que rechace la pared anterior y se pueda examinar la pared posterior y

diagnosticar la presencia de enterocele y rectocele. Para lo anterior, al examinador pide a la paciente que realice la maniobra de valsalva y observa si descienden las porciones cefálica o caudal de la pared posterior. El aspecto de doble protuberancia de la pared sugiere la presencia de enterocele. Otra forma de distinguir entre el enterocele y el rectocele consiste en que el examinador coloca el dedo medio en el recto y el dedo índice en la vagina y pide a la paciente que realice la maniobra de valsalva; de ésta manera puede percibir como se desliza el saco de enterocele entre los dedos. Si el defecto se limita a la pared rectal, no podrá percibirse la sensación de deslizamiento (19).

Por último se observa el periné para realizar el diagnóstico del desgarró perineal crónico de acuerdo a su grado de presentación (19).

2.2.10. Tratamiento

a. No quirúrgico

Para los buenos resultados de cualquier programa de rehabilitación de la disfunción del piso pélvico es indispensable un esquema multidisciplinario con alto grado de participación y motivación de las pacientes (19).

- **Ejercicios de Kegel**

Los ejercicios de músculos pélvicos (kegel) tienen buen éxito en el tratamiento de la incontinencia urinaria, el prolapso de órganos pélvicos, trastornos de la defecación y dolor pélvico crónico. La mejor manera de comprobar la correcta realización de dichos ejercicios es pedirle a la paciente que trate de comprimir los músculos del piso pélvico como si tratara de no orinar o de evitar la expulsión de gas cuando va al baño. El cumplimiento de la paciente es un elemento clave en el programa de rehabilitación. Las contracciones o ejercicios de kegel deben convertirse en un hábito que se realiza durante toda la vida. Se le pide a la paciente que efectúe una sesión de 10 contracciones

musculares y cada una de ellas las sostenga durante 3 a 5 segundos y luego en reposo durante 10 segundos. Cada serie debe repetirse 5 a 6 veces al día distribuidas en forma equitativa. El aumento de fuerza de cada grupo muscular requiere de tiempo y puede no haber cambios notorios antes de seis semanas de rehabilitación. Se anima a la paciente a practicar las contracciones de músculos pélvicos en circunstancias funcionales, como por ejemplo, cuando se pone a tensión el piso pélvico por la tos, estornudos, o cuando se levanta algo pesado. La edad, la fortaleza de los músculos del piso pélvico y el grado leve de la incontinencia urinaria de esfuerzo son de buen pronóstico para obtener un buen resultado con los ejercicios de Kegel. Predecir qué mujeres se beneficiarán de un programa de ejercicios de Kegel es difícil, por lo tanto, parece razonable ofrecer tal rehabilitación no quirúrgica a casi todas las pacientes antes de intentar tratamientos más invasivos (19).

Sus principales indicaciones son para los períodos preparto y posparto, incontinencia urinaria tanto de

esfuerzo como de urgencia, dolor pélvico crónico en las pacientes con tensión muscular del piso pélvico y en pacientes con prolapso de órganos pélvicos (19).

- **Biorretroalimentación**

Técnica cuya información acerca del proceso fisiológico inconsciente, se le presenta al paciente como una señal visual, auditiva o táctil. No hay distinción con los ejercicios de Kegel, excepto que, con la biorretroalimentación, se verifica el uso de la fuerza de los músculos mediante palpación o con un perineómetro (19).

El perineómetro vaginal puede constituir un método objetivo de valoración de la función muscular. Insertado en la vagina capta cambios de presión que suceden durante la contracción de los músculos pélvicos. El promedio de la presión vaginal en reposo es de 5 mm Hg, que aumenta a 15 mm Hg con la contracción voluntaria de los músculos del piso pélvico (19).

La electromiografía computadorizada de superficie provee valoración y entrenamiento musculares. Son un recurso diagnóstico y terapéutico valioso para el clínico y al mismo tiempo proporcionan retroalimentación visual y auditiva a la paciente (19).

- **Dispositivos mecánicos**

Se dispone de conos vaginales con pesos progresivos en grupos de cinco a nueve, idénticos en forma y volumen, pero con incremento en su peso de 20 a 100 gramos cada vez. La paciente debe contraer los músculos del peso pélvico para conservar los conos en su lugar. Una vez adquiere la capacidad de retener un cono particular, avanza al del siguiente peso. La posición también puede progresar de la bipedestación inmóvil hasta el caminar o realizar una actividad funcional, como levantar algún peso o toser. Los conos se utilizan dos veces al día, cada una de 15 minutos. La mejoría se nota luego de 6 semanas (19).

Los pesarios son aditamentos utilizados para sostener la pared vaginal e impedir el prolapso del útero. Se limita su uso para aquellas pacientes con protrusión de la vagina que no pueden ser operadas quirúrgicamente por enfermedad grave. Muchas de estas mujeres, empero, se benefician del tratamiento con estrógenos y cuando es necesario, se hará cirugía, sea cual sea la edad (19).

El tipo y tamaño del pesario dependerá del grado de laxitud de las paredes vaginales y del prolapso uterino, la extensión del cistocele y la suficiencia del orificio vaginal para conservar un pesario. La técnica de colocación del pesario es sencilla. Luego de colocado debe revisarse la paciente a los 10 días para determinar que haya quedado bien colocado y que la paciente no tiene molestias. Si ha quedado bien colocado y la paciente no tiene síntomas, debe regresar cada dos meses para extraer el pesario, limpiarlo y volverlo a colocar. Las principales consecuencias de la utilización del pesario son las zonas de presión, necrosis, sangrado y flujo vaginal

fétido. Se aconseja retirar el pesario cada seis meses y reimplantarlo de nuevo luego de 4 semanas de descanso. Si se comprueba alguna de las complicaciones anteriores debe realizarse igual procedimiento (19).

b. Quirúrgico

El tratamiento para las pacientes con prolapso de órganos pélvicos depende de la sintomatología y del trastorno que pueda causar a la vida social de las pacientes. No debe operarse una paciente, que aun teniendo un prolapso de órganos pélvicos al examen físico, no consulta por ello. Las pacientes en etapas I y II y que no son sintomáticas no requieren ningún tratamiento, a excepción de los ejercicios de kegel; las pacientes en etapa II y que son sintomáticas y las pacientes en etapa III y IV requieren tratamiento quirúrgico adecuado (19).

Las pacientes con desgarró perineal crónico grado 2 rara vez consultan por alguna sintomatología, pero en algunas

ocasiones lo hacen por presentar cierto grado de disfunción sexual. Las pacientes con desgarros 3 y 4 comprometen el esfínter anal y la mucosa rectal respectivamente, y presentan incontinencia para fecales y gases, además de presentar una pérdida total de la anatomía del periné. Los desgarros grado 2 sintomáticos, y los III y IV deben corregirse quirúrgicamente mediante técnicas apropiadas (19).

La técnica quirúrgica para el prolapso de órganos pélvicos no será tratada en ésta revisión, por lo tanto, se remite al lector interesado en ellas, a los textos específicos de técnica quirúrgica (19).

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo de tipo casos y controles.

Se comparó mujeres con diagnóstico de prolapso genital (casos) con mujeres sin diagnóstico de prolapso (controles) atendidas en consulta externa de ginecología del Hospital II Ramón Castilla en el periodo 2012 – 2015.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población está constituida por las pacientes con diagnóstico de prolapso genital atendidas en Consulta Externa de Ginecología del Hospital II Ramón Castilla De Lima, el cual pertenece a EsSalud-Red Asistencial Almenara, durante el período 2012-2015.

Durante el periodo 2012-2015 se atendieron 437 pacientes con diagnóstico de prolapso genital, de los cuales se seleccionaron los casos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación.

3.2.2. MUESTRA

En el presente estudio no se realizó muestreo, debido a que hemos trabajado con la totalidad de pacientes con diagnóstico de prolapso genital y que cumplían criterios de estudio.

3.2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS GRUPOS

- **Criterios de inclusión (casos)**
 - ✓ Mujeres mayores 30 años
 - ✓ Con signos y síntomas de prolapso genital
- **Criterios de inclusión (controles)**
 - ✓ Pacientes mayores de 30 años

- ✓ Pacientes sin evidencia de prolapso genital
- **Criterios de exclusión (casos y controles)**
 - ✓ Historia clínica no disponible y / o con información requerida incompleta.

Para los casos, cumplieron los criterios mencionados sólo 322 pacientes. Para mejorar la potencia estadística y tomando en cuenta la viabilidad del estudio se escogió una relación 1:3 respecto a los controles, seleccionándose 966 controles.

3.3. INSTRUMENTO DE ESTUDIO

Se elaboró un instrumento de recolección de datos (Anexo 1) donde se detallan datos de los pacientes tales como edad, grado de instrucción, gestas, paridad, entre otros factores de riesgo para prolapso genital y así como las características clínicas.

3.4. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar el presente estudio se coordinó con el Director y Jefe de Servicios y áreas involucradas del Hospital Ramón Castilla, para la autorización en el acceso a las historias clínicas seleccionadas de las pacientes.

La población en estudio fue obtenida del Departamento de Estadísticas previa solicitud. El diagnóstico buscado en la base de datos para el grupo de casos fue CIE N81 que abarca al prolapso genital en general.

La recolección de los datos se obtuvo de las Historias Clínicas de todas las pacientes incluidas en el estudio y tras su revisión, se llenaron las fichas de recolección de datos (Anexo 1).

3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con la información obtenida se elaboró una base de datos, transfiriendo dicha información al software estadístico donde las diferentes variables fueron tabuladas, resumidas y representadas en

cuadros de distribución de frecuencia, siendo sometidas al análisis estadístico. Se comparó pacientes con diagnóstico de prolapso genital (322 casos) con pacientes sin diagnóstico de prolapso genital (966 controles), utilizando Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza al 95%, siendo significativo cuando el intervalo es mayor a 1. Para una mejor comprensión y detalle de los resultados se realizaron cuadros empleando el software Excel.

3.6. VARIABLES DE ESTUDIO

3.6.1. Variable dependiente: Prolapso genital

.

3.6.2. Variables independientes

a. Factores de riesgo

- **Factores sociodemográficos:** Edad, grado de instrucción:

- **Factores gineco-obstétricos:** Gestas, paridad, partos vaginales, cesáreas, menopausia, antecedente de cirugía abdomino-pélvica
- **Factores que incrementan la presión intraabdominal:** Índice de masa corporal, estreñimiento, EPOC, asma

b. Características clínicas

- Incontinencia urinaria
- Síntomas miccionales
- Sensación de masa en vagina
- Incontinencia fecal
- Dolor pélvico, flujo vaginal
- Tipo de prolapso
- Grado de prolapso

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Categorías	Escala de medición
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS				
Edad	Tiempo en años que ha vivido la persona	Cuantitativa	31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años >70 años	De intervalo
Grado de instrucción	Nivel de educación alcanzados	Cualitativa politómica	Primaria Secundaria Superior	Ordinal
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS				
Gestas	número de embarazos que ha tenido	Cuantitativa discreta	0 1 2 3 4 o más	Razón
Paridad	Número de productos obtenidos por vía vaginal mayor a 20 semanas de gestación	Cuantitativa discreta	0 1 2 3 4 o más	Razón
Menopausia	Biológica del ciclo reproductivo	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
Parto vaginal	Culminación de una gestación por vía vaginal	Cuantitativa politómica	0 1 2 3 4 o más	Razón
Cesárea	Culminación de una gestación a través de una incisión en pared abdominal	Cuantitativa politómica	0 1 2 3 o más	Razón

Antecedente cirugía abdomino-pélvica	Histerectomía Esterilización quirúrgica Laparotomía, entre otras	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
FACTORES DE RIESGO QUE INCREMENTAN LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL				
Índice de masa corporal	Medida de asociación entre peso y talla	Cuantitativa continua	18,5-24,9 25-29,9 30 o más	De intervalo
Estreñimiento	M. Valsalva	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
EPOC	Obstrucción persistente de vías respiratorias	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
Asma	Enfermedad respiratoria crónica caracterizada por tos, sensación de ahogo y sibilancias	Cualitativa dicotómica	Sí No	Nominal
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS				
Incontinencia urinaria	Pérdida de control vesical	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
Síntomas miccionales irritativos	polaquiuria, urgencia y nicturia	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
Sensación de masa en vagina	Sensación que algo sale por vagina	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
Infección del tracto urinario	Infección de vías urinarias	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
Incontinencia fecal	Pérdida de control fecal	Cualitativa dicotómica	Si No	Nominal
Dolor pélvico	Presión o malestar crónico en pelvis	Cualitativa dicotómica	Sí No	Nominal
Flujo vaginal	Salida de secreción por canal vaginal	Cualitativa dicotómica	Sí No	Nominal

Grado de prolapso	Cuantificación del prolapso	Frecuencia Porcentaje	I II III IV	Nominal
Tipo de prolapso	Organo que protruye por canal vaginal	Cualitativa politómica	Cistocele Rectocele Cisto-rectocele Histerocele Cisto-histerocele Cisto-histero-rectocele Prolapso de cúpula	Nominal

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

A continuación los resultados obtenidos de 322 pacientes con Prolapso genital (casos) y 966 pacientes sin prolapso genital (controles) encontrados a partir de las historias clínicas de los pacientes, respetando los criterios de inclusión y exclusión.

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO
GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA
EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II
RAMON CASTILLA DE LIMA EN
EL PERIODO 2012 – 2015

EDAD	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
31-40	34	10,6%	155	16,0%	0,62	0,42	0,92
41-50	102	31,7%	398	41,2%	0,66	0,51	0,86
51-60	92	28,6%	250	25,9%	1,15	0,86	1,52
61-70	70	21,7%	107	11,1%	2,23	1,60	3,11
>70	24	7,5%	56	5,8%	1,31	0,80	2,15
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla - Lima

Interpretación: En la tabla N° 01, según la información obtenida se halla un mayor número de pacientes en ambos grupos con edades entre 41 y 50 años, representando 31,7% para los casos y 41,2% para los controles. Además se observa que el grupo de pacientes con en edades entre 61-70 años es más frecuente entre los casos (21,7%) que en los controles (11,1%).

Tras el análisis estadístico se determinó asociación estadística en el grupo de 61 a 70 años, con un OR: 2,23; IC (1,60-3,11).

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
Primaria	84	26,1%	114	11,8%	2,64	1,92	3,62
Secundaria	127	39,4%	432	44,7%	0,81	0,62	1,04
Superior	111	34,5%	420	43,5%	0,68	0,53	0,89
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 02 se observa mayor frecuencia de pacientes con nivel de instrucción secundaria para ambos grupos, con un porcentaje de 39,4% para los casos y 44,7% para los controles. Además se observa que el grupo de pacientes con nivel de instrucción Primaria es más frecuente entre los casos (26,1%) que en los controles (11,8%)

Tras el análisis estadístico se evidencia que el grado de instrucción primaria tiene asociación significativa con prolapso genital con un OR: 2,64; IC (1,92 – 3,92).

TABLA N° 03

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE GESTACIONES Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

GESTACIONES	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
0	3	0,9%	34	3,5%	0,26	0,08	0,85
1	7	2,2%	202	20,9%	0,08	0,04	0,18
2	67	20,8%	316	32,7%	0,54	0,40	0,73
3	89	27,6%	249	25,8%	1,10	0,83	1,46
4 o más	156	48,4%	165	17,1%	4,56	3,46	6,01
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 03 se observa la distribución según número de gestaciones, se evidencia que el grupo de pacientes con 4 o más gestaciones es más frecuente entre los casos (48,4%) que en los controles (17,1%).

Tras el análisis estadístico se evidencia que el número de 4 o más gestaciones tiene asociación significativa con prolapso genital con un OR: 4,56; IC (3,46-6,01).

TABLA N° 04

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARIDAD Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

PARIDAD	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
0	5	1,6%	37	3,8%	0,40	0,15	1,02
1	14	4,3%	183	18,9%	0,19	0,11	0,34
2	111	34,5%	386	40,0%	0,79	0,61	1,03
3	79	24,5%	237	24,6%	1,00	0,75	1,34
4 o más	113	35,1%	123	12,7%	3,71	2,75	4,99
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 04 se observa la distribución según paridad, se evidencia que la mayoría de pacientes tuvo 2 o más partos para ambos grupos, representan el 94,1% para los casos y 77,3% para los controles. Además se observa que el grupo de pacientes con 4 o más partos es más frecuente entre los casos (35,1%) que en los controles (12,7%).

Luego del análisis estadístico se evidencia que el número de partos de 4 o más tiene asociación significativa con prolapso genital con un OR: 3,71; IC (2,75-4,99).

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE PARTOS VAGINALES Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

PARTOS VAGINALES	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
0	8	2,5%	45	4,7%	0,52	0,24	1,12
1	25	7,8%	201	20,8%	0,32	0,21	0,50
2	112	34,7%	404	41,8%	0,74	0,57	0,96
3	72	22,4%	208	21,5%	1,05	0,77	1,42
4 o más	105	32,6%	108	11,2%	3,84	2,83	5,23
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 05 se observa la distribución según número de partos vaginales, se evidencia que el grupo de pacientes con 4 o más partos vaginales es más frecuente entre los casos (32,6%) que en los controles (11,2%).

Luego del análisis estadístico se observa que el número de partos vaginales de 4 o más tiene asociación significativa con prolapso genital con un OR: 3,84; IC (2,83-5,23).

TABLA N° 06

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE CESÁREAS Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

CESÁREAS	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
0	288	89,4%	847	87,7%	1,19	0,79	1,78
1	27	8,4%	82	8,5%	0,99	0,63	1,55
2	7	2,2%	37	3,8%	0,56	0,25	1,26
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 06 se presenta la distribución según número de cesáreas. Se observa que los porcentajes de cesáreas en ambos grupos son similares. Luego del análisis estadístico, se evidencia que la cesárea no incrementa significativamente el riesgo de prolapso genital.

TABLA N° 07

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE MENOPAUSIA Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

MENOPAUSIA	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
Sí	204	63,4%	416	43,1%	2,29	1,76	2,96
No	118	36,6%	550	56,9%			
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 07, se observa que la mayoría de pacientes con prolapso genital se encuentran en edad menopáusica (63,4%) a diferencia de los controles (43,1%).

Luego del análisis estadístico se evidencia que la presencia de menopausia, se asocia significativamente con prolapso genital con OR: 2,29; IC (1,76-2,96).

TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE EPOC Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

EPOC	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
Sí	2	0,6%	3	0,3%	2,01	0,33	12,06
No	320	99,4%	963	99,7%			
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 08 se observa la distribución según antecedente de EPOC, se evidencia que en ambos grupos la presencia de EPOC es poco frecuente teniendo porcentajes de 0,6% en los casos y 0,3% en los controles. Luego del análisis estadístico no se encontró asociación significativa entre EPOC y prolapso genital.

TABLA N° 09

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE ASMA Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

ASMA	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
Sí	17	5,3%	24	2,5%	2,19	1,16	4,13
No	305	94,7%	942	97,5%			
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 09, se observa la distribución según antecedente de asma. Se evidencia que la presencia de asma es significativamente más frecuente en los casos (5,3%) que en los controles (2,5%).

Luego del análisis estadístico se evidencia que la presencia de asma se asocia significativamente con prolapso genital con OR: 2,19; IC (1,16-4,13).

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE ESTREÑIMIENTO Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

ESTREÑIMIENTO	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
Sí	34	10,6%	72	7,5%	1,32	0,95	2,25
No	288	89,4%	894	92,5%			
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 10 se observa la distribución según antecedente de estreñimiento. Se evidencia que el antecedente de estreñimiento se presentó en un 10,6% en los casos y 7,5% en los controles.

Luego del análisis estadístico no se encontró asociación significativa entre estreñimiento y prolapso genital.

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ABDOMINO-PÉLVICA Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ABDOMINO- PÉLVICA	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%
	N	%	N	%		
	Sí	87	27,0%	293		
No	235	73,0%	673	69,7%		
TOTAL	322	100%	966	100%		

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 11 se observa la distribución según antecedente de cirugía abdomino-pélvica, vemos que los porcentajes entre los casos (27,0%) y controles (30,3%) son casi similares.

Luego del análisis estadístico, no se encontró asociación significativa entre antecedente de cirugía abdomino-pélvica y prolapso genital (OR: 0,85; IC 0,64-1,13).

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y SU ASOCIACIÓN A PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
18,5-24,9	95	29,5%	291	30,1%	0,97	0,74	1,28
25-29,9	179	55,6%	581	60,1%	0,83	0,64	1,07
>30	48	14,9%	94	9,7%	1,63	1,12	2,36
TOTAL	322	100%	966	100%			

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 12 se presenta la distribución según índice de masa corporal. Se observa que la mayoría de pacientes presenta sobrepeso tanto en los casos (55,6%) como en los controles (60,1%). Además se observa que la presencia de obesidad fue más frecuente en el grupo de los casos (14,9%) que en los controles (9,7%).

Luego del análisis estadístico se evidencia que la presencia de obesidad tiene asociación significativa con prolapso genital con OR: 1,63; IC (1,12-2,36).

TABLA N° 13

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

SÍNTOMA	N	%
Sensación de masa	239	74,2%
Incontinencia urinaria	229	71,1%
Síntomas miccionales	39	12,1%
ITU	19	5,9%
Dolor pélvico	6	1,9%
Otros	6	1,9%

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N°13 se presenta la distribución según sintomatología. Se observa que el síntoma más frecuente fue sensación de masa (74,2%), seguido de incontinencia urinaria (71,1%) y síntomas miccionales (12,1%). La presencia de ITU, dolor pélvico y otros fueron menos frecuentes.

TABLA N° 14

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE PROLAPSO EN PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

Tipo de prolapso	N	%
Cistocele	173	53,7%
Cisto-rectocele	75	23,3%
Cisto-histerocele	48	14,9%
Rectocele	10	3,1%
Histerocele	10	3,1%
Cisto-histero-rectocele	5	1,6%
Cúpula	1	0,3%
TOTAL	322	100%

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la tabla N° 14, se presenta la distribución según tipo de prolapso. Se observa que el cistocele fue el más frecuente (53,7%), seguido de cisto-rectocele (23,3%) y cisto-histerocele (14,9%). El rectocele, histerocele y otros fueron menos frecuentes.

TABLA N° 15

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE PROLAPSO EN PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMON CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO 2012 – 2015

Grado de prolapso	N	%
I	10	3,1%
II	176	54,7%
III	109	33,8%
IV	27	8,4%
TOTAL	322	100%

Fuente: Historias Clínicas de Archivo del Hospital II Ramón Castilla – Lima

Interpretación: En la Tabla N° 15, se presenta la distribución según grado de prolapso. Se observa que el prolapso genital de grado II fue el más frecuente (54,7%), seguido de grado III (33,8%) y grado IV (8,4%).

4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar las características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital, es decir buscar factores protectores y principalmente de riesgo, que podrían estar implicados en el desarrollo de prolapso genital.

En nuestro estudio observamos que en la variable edad (Tabla N° 01), se halló que la frecuencia de prolapso genital aumenta con la edad, siendo más frecuente en mujeres mayores de 40 años; esto coincide con lo que se menciona en la literatura, que el prolapso genital aumenta con la edad, debido envejecimiento fisiológico, procesos degenerativos e hipoestrogenismo; lo cual coincide con el trabajo de Cedillo y col (9), quienes hallaron que la edad mayor a 35 años representó un riesgo 6,3 veces a la edad inferior a 35 años o el trabajo del Grupo de Estudio Proyecto Menopausia de Italia (20) que determinó que la frecuencia de prolapso uterino aumenta con la edad en comparación a mujeres menores a 51 años (OR 1,3; IC 1,1-1,5); asimismo en el trabajo de Espitia (2) señala que la frecuencia del prolapso genital aumenta con la edad, ya que fue determinante y significativamente mayor en los casos que en el grupo control (OR: 5,77 IC: 1,48-22,53). Además, en nuestro estudio podemos

evidenciar que las pacientes con edades entre 61 y 70 años tienen un riesgo 2,23 veces de prolapso genital.

Respecto al nivel de instrucción, Nygaard y col (21) señala que es un factor de riesgo independiente para prolapso genital, de tal manera que un nivel de educación bajo se asocia significativamente a prolapso genital lo cual concuerda con el trabajo de Espitia (2) quien señala que la escolaridad se constituye en un riesgo de presentar un prolapso genital en las mujeres analfabetas (OR: 2,93; IC 1,02-8,44) y no hay diferencias estadísticamente significativas entre los casos y controles en relación con un nivel de educación o instrucción mayor a 9 años de estudio. Sin embargo el Grupo de Estudio Proyecto Menopausia Italia (20) no encontró asociación significativa entre nivel de instrucción y prolapso genital. En nuestro estudio se halló que la mayoría de pacientes tenían nivel de instrucción secundaria o superior tanto para los casos y controles (Tabla N° 02). Además 26,1% de los casos tenía nivel de instrucción primaria vs 11,8% de los controles, de manera que se constituye en un factor de riesgo con un OR 2,64 IC (1,92-3,62). En este caso se puede explicar este hallazgo importante afirmando que generalmente un bajo nivel de instrucción puede estar asociado a la necesidad de realizar actividades laborales de alto impacto, además

puede ir asociado a otros factores como el nivel socioeconómico o el estado nutricional.

Se sabe que el embarazo por sí solo puede causar cambios mecánicos, cambios hormonales, y pueden generar trastornos del piso pélvico. Por lo general, estas regresan a su estado anterior al embarazo después del parto, salvo alguna excepción a nivel de la pelvis y del tracto urinario inferior donde lo normal es que no regresen por completo a su estado de nuliparidad. Cedillo y col (9) señalan que el hecho de haber tenido dos o más embarazos representó un riesgo mayor de 1,5 veces en relación con haber tenido un solo embarazo (OR 1,5 IC 0,76-2,9), sin embargo esta asociación no es estadísticamente significativa, lo cual difiere de nuestro estudio (Tabla N° 03), donde se halló que la mayoría de pacientes tuvieron 2 a más gestaciones, además se evidencia que las pacientes que tuvieron 4 o más gestaciones presentaron mayor riesgo de prolapso genital (OR 4,56; IC 3,46-6,01).

Muchos estudios han demostrado con claridad que el parto aumenta la propensión de una mujer al desarrollo de prolapso genital. Por ejemplo, en el estudio de la Asociación de planificación Familiar de Oxford (22), el riesgo de prolapso uterino fue mayor en mujeres multíparas que en nulíparas. Chiaffarino y col (23) hallaron que

comparada con la nulípara, las pacientes multíparas tiene mayor riesgo de prolapso genital (OR 2,6; IC 0,9-7,8); resultados similares presentaron Cedillo y col (9) (OR 2,02 IC 1,09-3,73), Benites (13) (OR 1,21, p: 0,043) o el Grupo de Estudio Proyecto Menopausia Italia (20) (OR 3,0 IC 2,1-4,3). Dichos resultados son similares al obtenido en nuestro estudio (Tabla N° 04) donde se evidencia que la multiparidad aumenta incrementa el riesgo de prolapso genital, en especial en las que tienen una paridad de 4 o más (OR 3,71; IC 2,75-4,99), lo cual tiene asociación significativa.

En relación al número de partos vaginales (Tabla N° 05) se observa que el OR aumenta conforme aumenta el número de partos vaginales, de manera que las pacientes que tuvieron 3 partos vaginales presentaron OR 1,05 (IC 0,77-1,42) que no tiene asociación significativa, sin embargo las pacientes que tuvieron 4 o más partos vaginales presentaron un riesgo 3,84 veces para prolapso genital (IC 2,83-5,23), lo cual sí tiene asociación significativa. Resultados similares presentaron el estudio de Nygaard y col (21) donde halló que un número elevado de partos vaginales se asocian con prolapso genital (OR 1,61; IC 1,03-2,50) así como el estudio de Benites (13) (OR 1,35; IC 0,98-9,87; p 0,04) o el estudio de Espitia (2) quien halló que existe mayor riesgo de presentar

prolapso genital en las mujeres que tienen antecedentes de más de 3 partos vaginales (OR: 16,22; IC 1,93-136,09). Asimismo Chiaffarino y col (23) señala que a diferencia de las mujeres que no tuvieron partos vaginales, el OR para mujeres que tuvieron un parto vaginal fue 3,0 (IC 1,0-9,5) y para las que tuvieron 2 o más partos vaginales el OR fue de 4,5 (IC 1,6-13,1). Se sabe que el parto vaginal puede contribuir al prolapso de órganos pélvicos por el daño directo al sistema de sostén dado por la aponeurosis endopélvica y a las paredes de la vagina, y además de esto por el daño indirecto a los músculos y nervios del piso pélvico. Numerosos estudios han demostrado la relación entre el parto vaginal y la aparición de neuropatías pélvicas dado por la compresión directa entre las superficies fetales y maternas, así como por la distensión. Smith y colaboradores han demostrado que la desnervación del piso de la pelvis con lesión del nervio pudendo, los pélvicos, o ambos, por el parto, puede ser causa de incontinencia anorrectal. También se ha demostrado el daño de los músculos del plano de salida de la pelvis; hay disminución de la fuerza de los músculos del piso pélvico después de la episiotomía y el parto vaginal y no hay efecto protector de estos músculos después de ella (19).

En relación a la relación entre cesárea y prolapso genital (Tabla N° 06), diversos estudios señalan que la cesárea es un factor protector como el realizado por Cedillo y col (9) quienes hallaron que la cesárea disminuye a la mitad el riesgo de prolapso genital (OR: 0,48 IC 0,26-0,88) o el estudio de Benites (13) quien demostró una disminución del riesgo de prolapso genital (OR 0,87 IC 0,65-0,97). Según los resultados de nuestro estudio no se demostró que la cesárea aumente el riesgo de prolapso genital para pacientes que tengan 1 o 2 cesáreas; resultados similares a los hallados por Rortveit y col (24) quien señala que las pacientes sometidas a cesáreas no incrementan el riesgo de prolapso genital (OR 1,6 IC 0,4-6,4).

Respecto a la variable menopausia (Tabla N° 07), diversos estudios señalan su asociación con prolapso genital: Espitia (2) considera al prolapso genital un problema de la mujer menopáusica debido a la mayor frecuencia en que la padece este grupo de mujeres (OR 2,91; IC 1,28-6,61) así como Cedillo y col (9) quien halló en su estudio asociación significativa entre menopausia y prolapso genital (OR: 5,7 IC 3,1-10,2). Resultados similares fueron los hallados en nuestro estudio (Tabla N° 07) donde la mayoría de pacientes se encontraban en edad menopáusica (63,4%), además se encontró asociación

significativa a prolapso genital (OR 2,29 IC 1,76-2,96). Esto se explica debido a que con la menopausia va a haber una disminución marcada de los estrógenos que posteriormente va a contribuir a la aceleración de la atrofia muscular que llevará a la relajación del suelo pelviano o pared vaginal con el consecuente prolapso genital.

Otro factor a considerar es el aumento de la presión intraabdominal que se da en pacientes con alguna neumopatía crónica tales como el asma o EPOC debido a la tos crónica. En relación al EPOC (Tabla N° 08), sólo un 0,6% de pacientes de los casos y 0,3% de los controles tenía EPOC, hallándose un OR 2,01 (IC 0,33-12,06), lo cual no tiene asociación significativa, sin embargo estos datos son muy cuestionables debido al muy bajo porcentaje de pacientes con esta patología. Resultados similares al estudio de Cedillo y col (9) quien halló un riesgo de 1,4 veces mayor para pacientes con EPOC (IC 0,53-4,01), pero el porcentaje de pacientes con dicha patología era muy poco. Estos hallazgos difieren del estudio realizado por Bodner y col (25) quien realizó un estudio en Nepal con 96 pacientes donde el 35% tenía EPOC constituyéndose en un factor de riesgo importante. En relación al asma (Tabla N° 09), en nuestro estudio se halló que sí es un factor de riesgo (OR 2,19; IC 1,16-4,13), dichos resultados difieren del estudio de Miedel y col (26) quien halló ligera

asociación entre asma y prolapso genital, sin embargo no era estadísticamente significativo (OR 1,29; IC 0,79-2,18).

En relación a la variable estreñimiento, Rortveit y col (24) señala que el estreñimiento incrementa el riesgo de prolapso genital en forma significativa (OR 2,5 IC 1,7-3,7), que difiere al resultado hallado en nuestro estudio (Tabla N° 10), donde el estreñimiento representó un 10,6% de los casos y 7,5% de los controles con un OR: 1,32 (IC 0,95-2,25), el cual carece de asociación significativa; similares resultados obtuvo Cedillo y col (9) quien según su investigación señala que el estreñimiento resultó ser un factor no concluyente o neutro (OR 1,04 IC 0,45-2,3) sin significancia estadística. Probablemente los resultados de nuestro estudio se deban a la baja frecuencia del estreñimiento (10,6%) a diferencia del estudio de Rortveit (24) donde el estreñimiento se presentó hasta en un 25% de pacientes con prolapso genital.

Otro factor a tomar en cuenta, es el antecedente de cirugía abdomino-pélvica (Tabla N° 11), Cedillo y col (9), señala que el antecedente de cirugía abdomino-pélvica resultó ser un factor protector (OR 0,24 IC 95% 0,13-0,43), lo cual difiere a nuestro estudio, donde no hubo gran diferencia entre los porcentajes de los

casos (27,0%) y controles (30,3%), no hallándose asociación entre esta variable y prolapso genital (OR 0,85 IC 0,64-1,13).

Respecto al índice de masa corporal (IMC), Obregón y col (27) en su estudio halló que más de la mitad de pacientes (54%) presentó sobrepeso y obesidad, similar a los resultados hallados por Rortveit (24) (65%), Espitia (2) (81%) y el Grupo de Estudio Proyecto Menopausia Italia (20) (58%), asimismo en nuestro estudio el 69,9% presentó un IMC elevado (Tabla N° 12). A pesar que en nuestro estudio el 55,6% presentó sobrepeso, no tiene asociación significativa (OR 0,83 IC 0,64-1,07), a diferencia de la obesidad (IMC>30) que sí tiene asociación significativa y vendría a ser un factor de riesgo (OR 1,63 IC 1,12-2,36), lo cual coincide con los estudios de Espitia (p 0,001) (2) y el Grupo de Estudio proyecto Menopausia Italia (20) (OR 1,6 IC 1,3-19). Dichos resultados coinciden con lo reportado en la literatura, que la obesidad es un factor de riesgo debido a que en estas pacientes la presión intraabdominal se encontraría crónicamente elevada.

Respecto a la sintomatología de las pacientes con prolapso genital (Tabla N° 13), los síntomas que predominaron fueron la sensación de masa en genitales (74,2%) e incontinencia urinaria (71,1%), seguidos de síntomas miccionales (12,1%) e ITU (5,9%); el dolor

pélvico y otros síntomas fueron poco frecuentes, resultados casi similares a los hallados por Espitia (2) en su estudio refiere que 42% de pacientes presentaron sensación de peso vaginal, masa vaginal (27%), incontinencia urinaria de esfuerzo (18%) y menometrorragia e infección urinaria (9%) y el otro 4% por otras condiciones ginecológicas; asimismo Rortveit (24) y manifiesta que las pacientes de su estudio presentaron sensación masa en vagina (54%), presión pélvica (53%), dolor pélvico o abdominal bajo (40%), dolor lumbar (35%) y otros. Ambos estudios coinciden con lo reportado en la literatura que el síntoma principal es generalmente la sensación de masa o peso en genitales externos, que suele incrementarse con la tos, bipedestación o maniobras de Valsalva; pero difieren en la frecuencia de los otros síntomas.

En relación al tipo y grado de prolapso (Tablas N° 14 y 15), en nuestro estudio hallamos que el tipo de prolapso más frecuente fue el cistocele (53,7%), seguido de cistorectocele (23,3%), cistohisterocele (14,9%), rectocele (3,1%), histerocele (3,1%), los otros tipos fueron menos frecuentes; además la mayoría de pacientes presentaron prolapso genital grado II (54,7%), seguido de grado III (33,8%), grado IV (8,4%) y grado I (3,1%). Dichos resultados se asemejan al de Obregon y col (27) quien en su estudio halló que el

tipo de prolapso más frecuente fue el cistocele (61%), cisto-rectocele (26,5%), histero-cisto-rectocele (8,8%) y el resto de tipos fue menos frecuente, y en relación al grado el tipo II fue el más frecuente (80,8%), seguido del grado I (13,3%); pero difieren del estudio de Espitia (2) quien halló que 57,7% tenían prolapso de grado I, 56,5% prolapso de grado II, 14,3% prolapso de grado III y 3,37% prolapso de grado IV. La baja frecuencia de prolapso tipo I en nuestro estudio puede deberse a que las pacientes acuden a consulta en forma tardía o cuando la sintomatología empeora, por lo que el diagnóstico se hace en forma tardía, hallándose prolapso genital de grado II o más.

CONCLUSIONES

1. Las características clínicas más frecuentes de las pacientes con diagnóstico de prolapso genital fueron: edad entre 41-50 años (31,7%), nivel de instrucción secundaria (39,4%), multigestas (96,8%). Los síntomas más frecuentes fueron sensación de masa en genitales (74,2%) e incontinencia urinaria (71%). El tipo de prolapso más frecuente fue el Cistocele (61%) y el grado II (80,8%).
2. Los factores de riesgo sociodemográficos asociados a prolapso genital fueron: nivel de instrucción primaria (OR=2,64) y edad entre 61 a 70 años (OR=2,23).
3. Los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a prolapso genital fueron: número de gestaciones de 4 o más (OR=4,56), número de partos vaginales de 4 o más (OR=3,84), paridad de 4 o más (OR=3,71) y la menopausia (OR=2,29).
4. Los factores de riesgo que incrementan la presión intraabdominal asociados a prolapso genital fueron: asma (OR=2,19) y obesidad (OR=1,63).

RECOMENDACIONES

- Promover la evaluación y fortalecimiento del Programa de Planificación Familiar, poniendo énfasis en sugerir a las pacientes en tener como máximo 3 hijos para disminuir la frecuencia de prolapso genital.
- Realizar controles periódicos en pacientes con asma e instruir en la importancia de tener una buena calidad de vida a fin de controlar adecuadamente el peso, evitando la obesidad.
- Actualizar al personal de los primeros niveles de atención sobre los factores de riesgo de esta enfermedad hallados en este estudio para posteriormente realizar un seguimiento adecuado de pacientes con mayor riesgo de prolapso genital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obregón L, Saunero A, Díaz S. Prolapso genital en la maternidad “Concepción Palacios”. Rev Fac Med. 2009; 32(2): 139-143.
2. Espitia de la Hoz FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Urol Colomb. 2015;24(1):12-18.
3. Palma P, Riccetto C, Hernández M, Olivares JM. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. Actas Urol Esp. 2008;32(6):618-623.
4. Obregón L, Saunero A. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. Rev Obstet Ginecol Venez 2009;69(3):172-178.
5. Swift S. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. Curr Opin Obstet Gynecol 2002; 14: 503-7.
6. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Lubner KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. Obstet Gynecol 2006;107:1253–60).

7. Veliz Silva MV, Suclupe Obregon S, Aquino Yaringaño NG. Análisis de la situación de salud Hospitalaria-2014: Hospital San Juan de Lurigancho [Internet]. Lima: HSJL; 2014 [citada 23 mar 2016]. 164p. Disponible en: <http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASISHO2014.pdf>.
8. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Instituto Nacional Materno Perinatal. Análisis de la situación de los servicios hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal-Maternidad de Lima. Lima: INMP; 2014 [citada 23 mar 2016]. 85p. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/2014/1451335171>.
9. Cedillo Villamagua AG, Cedillo Villamagua CK, Coronel Aguilar DE. Factores de riesgo relacionados con distopias del piso pélvico en mujeres atendidas en los Hospitales Vicente Corral y José Carrasco Cuenca-Ecuador 2008 [tesis de grado en Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2008 [citada 24 mar 2016]. 90 p. Disponible en: <http://cdjibv.ucuenca.edu.ec/ebooks/zdoi75.pdf>.
10. Diaz V, Muñoz C. Prolapso genital-etiotopatogenia y clínica. Ginecol. Obstet. 1975; 21:150-162.

11. Dionicio RB. Factores de riesgo de distopia genital [Tesis de segunda especialidad en Internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2014 [citada 28 mar 2016]. 52p. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1421/3/Dionicio_rb.pdf.
12. Mathlouthi N, Ayed B, Dhouib, et al. Genital prolapse in young women: a study of risk factors. *La tunisie Medicale*. 2011; 89(7): 627-631.
13. Benites Medina CE. Factores de riesgo asociados a prolapso genital total en pacientes atendidas en el Hospital Abel Gilbert Pontón entre enero del 2012 a marzo 2014 [tesis de grado en Internet]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2014. [Citada 24 mar 2016]. 14p. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/2183/1/T-UCSG-PRE-MED-174.pdf>.
14. Rodrigues AM, De Oliveira LM, De Falco K, et al. Factores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(1):17-21.

15. Hughes Diane. Prolapso de órganos pélvicos. En: Schorge JO, Halvorson LM, Bradshaw KD, et al, editors. Williams Ginecología. 2a ed. México: McGraw-Hill; 2008. p. 532-553.
16. Duarte Maldonado P, Carmona Salgado MA. Enfoques actuales en el prolapso genital [Internet]. Granada: HVN; 2014 [citada 24 mar 2016]. 18p. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/figheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2014/clase2014_enfoques_actuales_prolapso_genital.pdf.
17. Mercado MI, Medina P, Pacheco J. La técnica de Kelly modificada en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecol. obstet. 2004; 50(2): 86-96.
18. Lagarejos S, Varela B, Sobrino V. Prolapso genital. En: Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J, editores. Fundamentos De Ginecología. 1a ed. España: S.E.G.O.; 2009. p. 293-301.
19. García AJ. Prolapso de órganos pélvicos. IATREIA. 2002; 15(1): 56-67.

20. Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk factors for genital prolapse in non-hysterectomized women around menopause: Results from a large cross-sectional study in menopausal clinics in Italy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2000; 93: 135-140.
21. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2004; 104(3): 489-97.
22. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104:579.
23. Chiaffarino F, Chatenoud L, Dindelli M, et al. Reproductive factors, family history, occupation and risk of urogenital prolapse. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1999; 82: 63-67.
24. Rortveit G, Brown JS, Thom DH. Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: Prevalence and Risk Factors in a Population-Based, Racially Diverse Cohort. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(6): 1396-403.

25. Bodner-Adler B, Shrivastava C, Klaus B. Risk factors for uterine prolapse in Nepal. *Int Urogynecol J.* 2007; 18: 1343-1346.
26. Miedel A, Tegerstedt G, Mæhle-Schmidt M, et al. Nonobstetric risk factors for symptomatic pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2009; 113(5): 1089-97.
27. Obregón L, Saunero A. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009; 69(3):172-178.
28. Braun H, Rojas I, González F, et al. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004; 69(2): 149-156.

ANEXOS

ANEXO 1

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CARACTERÍSTICAS
CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO
GENITAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA
EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II
RAMÓN CASTILLA DE LIMA EN EL PERIODO
2012-2015**

1. **EDAD:**
2. **ESTADO CIVIL:**
3. **INSTRUCCIÓN:**
4. **OCUPACION:**
5. **DIAGNOSTICO:**
6. **ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:**
 - Gestas:** **Paras:**
 - Partos vaginales:**
 - Cesáreas:**
 - FUM:** **Climaterio:** Sí No
7. **OTROS FACTORES A ESTUDIARSE**
 - **EPOC:** Si No
 - **Asma:** Sí No

- ESTREÑIMIENTO: Si No
- CIRUGIA ABDOMINO-PELVICA: Si No
- PESO:
- TALLA:
- IMC:

8. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Incontinencia urinaria: Sí No
- Síntomas miccionales: Sí No
- Infección del tracto urinario: Sí No
- Incontinencia Fecal: Sí No
- Molestias pélvicas: Sí No
- Grado de prolapso: I II II IV
- Tipo de prolapso:

ANEXO 2

DIAFRAGMA PÉLVICO (28)



Diafragma pélvico: 1 Músculo coccígeo, 2 Músculo Ileococcígeo, 3 músculo Pubococcígeo. Los dos últimos en conjunto forman el músculo elevador del ano.

ANEXO 3

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN POP-Q (18)

