



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

Factores de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2016-2017

**AUTOR:**

**CAVEZAS COBO ADRIANA ELIZABETH**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de**

**MÉDICO**

**TUTOR:**

**DR. AYÓN GENKUONG ANDRÉS MAURICIO**

**Guayaquil, Ecuador**

**04 de Septiembre del 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **CAVEZAS COBO ADRIANA ELIZABETH**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. AYÓN GENKUONG ANDRÉS MAURICIO**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS, Mgs.**

**Guayaquil, 04 de septiembre del 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **CAVEZAS COBO ADRIANA ELIZABETH**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO 2016-2017**, previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 04 de septiembre del 2018**

**AUTOR:**

f. \_\_\_\_\_  
**CAVEZAS COBO ADRIANA ELIZABETH**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **CAVEZAS COBO ADRIANA ELIZABETH**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO 2016-2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 04 de septiembre del 2018**

**AUTOR:**

f. \_\_\_\_\_  
**CAVEZAS COBO ADRIANA ELIZABETH**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**(Dr. Roberto Briones)**

OPONENTE

f. \_\_\_\_\_

**(Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.)**

DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño)**

COORDINADOR DEL ÁREA

# URKUND

ADRIANA ELIZABETH CAVEZAS COBO



## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** MARCO TEORICO- CAVEZAS ADRIANA corregido.docx  
(D41089980)  
**Submitted:** 9/2/2018 6:29:00 AM  
**Submitted By:** adriana\_cavezasc@hotmail.com  
**Significance:** 1 %

Sources included in the report:

<https://www.slideshare.net/jorgeantonioguerrero9/tratamiento-del-prolapso-genital>

Instances where selected sources appear:

1

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco inmensamente a Dios, por guiarme siempre en el sentido correcto de la vida, por iluminarme en todo lo que hago a lo largo de cada uno de mis días.

A mis padres, por ser el mejor ejemplo a seguir adelante en todo lo que me proponga y por inculcarme valores que me han servido en la vida, y en especial a mi mami ya que es un pilar fundamental en mi vida, la siempre ha estado a mi lado apoyándome y guiándome en cada paso que doy.

A mi familia en general, por estar a mi lado en cada momento y por brindarme siempre apoyo en los momentos que más los he necesitado.

A mi tutor de tesis el Dr. Andrés Ayón, por ser paciente conmigo y por brindarme sus conocimientos y ayuda en cada paso al realizar esta tesis.

Al personal de estadísticas del Hospital por brindarme la base de datos y obtener la información necesaria para este trabajo de titulación. .

## DEDICATORIA

Le dedico este proyecto a Dios por ser el inspirador de todas nuestras obras y darme siempre la sabiduría y conocimiento para poder tomar siempre buenas decisiones; a mis padres por ser siempre el mejor ejemplo a seguir, mi pilar fundamental en la vida, y por ser mis guías en este camino largo y difícil que es la vida; y a mis hermanos, por ser los que siempre me apoyan en todo y están a mi lado para dándome consejos para poder seguir adelante.

Les dedico este trabajo a las dos mujeres más importantes en mi vida, se lo dedicó principalmente a mi mami ya que ella desde el inicio ha sido la persona que me impulso a seguir la carrera que escogí, me ha apoyado en cada paso tanto y en cada caída me ha ayudado a ponerme de pie y avanzar con más fuerzas. Es mi inspiración ver como ella ha llegado tan lejos y quiero seguir su ejemplo para mi futuro, ser una excelente profesional. Dedicarle este trabajo ya que sé que estará orgullosa de mí de que su conchito sea Doctora.

También dedicárselo a mi Abuelita Canito, aunque ya no esté presente, siempre está en mi mente y corazón, siempre recordándola con alegría por sus ocurrencias y locuras. Ella fue como una segunda madre para mí y sé que ella estaría muy orgullosa de mí por este logro.



## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN .....                                     | 2  |
| MARCO TEÓRICO .....                                    | 3  |
| I. ANATOMIA DEL PISO PELVICO .....                     | 3  |
| II. FISIOPATOLOGIA .....                               | 4  |
| III. FACTORES DE RIESGO PARA EL PROLAPSO GENITAL ..... | 6  |
| IV. TIPOS DE PROLAPSO GENITAL FEMENINO .....           | 9  |
| V. CLASIFICACION DEL PROLAPSO GENITAL .....            | 9  |
| VI. CLINICA DEL PROLAPSO GENITAL.- SINTOMAS .....      | 10 |
| VII. DIAGNOSTICO .....                                 | 12 |
| VIII. TRATAMIENTO .....                                | 14 |
| MATERIALES Y MÉTODOS .....                             | 19 |
| RESULTADOS .....                                       | 21 |
| DISCUSIÓN .....  | 25 |
| CONCLUSIONES .....                                     | 27 |
| RECOMENDACIONES .....                                  | 28 |
| ANEXOS .....   | 29 |
| BIBLIOGRAFIA .....                                     | 57 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                 |    |
|-----------------|----|
| Figura. 1 ..... | 30 |
| Figura. 2 ..... | 31 |
| Figura. 3 ..... | 31 |
| Figura. 4 ..... | 32 |
| Figura. 5 ..... | 32 |
| Figura. 6 ..... | 32 |
| Figura 7 .....  | 33 |
| Figura.8.....   | 33 |
| Figura. 9 ..... | 34 |
| Figura. 10..... | 34 |
| Figura. 11..... | 35 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                  |    |
|------------------|----|
| Gráfico.1 .....  | 36 |
| Gráfico.2.....   | 37 |
| Gráfico.3.....   | 37 |
| Gráfico. 4 ..... | 38 |
| Gráfico. 5 ..... | 38 |
| Gráfico. 6 ..... | 39 |
| Gráfico. 7 ..... | 39 |
| Gráfico. 8 ..... | 40 |

|                  |    |
|------------------|----|
| Gráfico. 9 ..... | 41 |
| Gráfico. 10..... | 41 |
| Gráfico. 11..... | 42 |
| Gráfico. 12..... | 43 |
| Gráfico. 13..... | 44 |
| Gráfico. 14..... | 44 |
| Gráfico. 15..... | 45 |
| Gráfico. 16..... | 45 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                |    |
|----------------|----|
| Tabla. 1 ..... | 46 |
| Tabla. 2.....  | 46 |
| Tabla 3.....   | 47 |
| Tabla.4.....   | 47 |
| Tabla.5.....   | 48 |
| Tabla.6.....   | 48 |
| Tabla.7.....   | 48 |
| Tabla.8.....   | 49 |
| Tabla. 9.....  | 49 |
| Tabla. 10..... | 50 |
| Tabla 11.....  | 50 |
| Tabla. 12..... | 50 |
| Tabla. 13..... | 51 |
| Tabla. 14..... | 51 |

|                |    |
|----------------|----|
| Tabla. 15..... | 52 |
| Tabla. 16..... | 52 |
| Tabla. 17..... | 52 |
| Tabla. 18..... | 53 |
| Tabla. 19..... | 53 |
| Tabla. 20..... | 54 |
| Tabla. 21..... | 54 |
| Tabla. 22..... | 55 |
| Tabla. 23..... | 55 |
| Tabla. 24..... | 56 |

## RESUMEN

**Introducción:** El prolapso genital es el descenso o herniación de uno o más órganos pélvicos a través de la pared vaginal y los genitales externos. De causa multifactorial, y a medida que progresa deteriora la calidad de vida de la mujer. **Objetivo:** Determinar cuáles son los factores de riesgo que padecen las pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo que presentan prolapso genital. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Donde se incluyó a todo el grupo poblacional femenino en un rango de edad de 40 a 60 años, que acudió al servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. La recolección de datos se hizo en Microsoft Excel mediante la revisión de las evoluciones en el sistema AS400 y el análisis estadístico en el programa SPSS. **Resultados:** Para el estudio se analizaron 138 pacientes, el rango de edad fue de 40 años a 60 años con una media de edad fue de 49,74 años con una mediana de 50 y una moda de 41 años. Se destacó mayor incidencia en el estadio II con 54 paciente con un 39,13% y el estadio III con 53 pacientes con 38,41%. Se observó que en el grupo de mayor edad (56-60 años) el estadio del prolapso III es el que presentó mayor frecuencia con un 39.62%. Las pacientes que tuvieron el mayor porcentaje (63.77%) de prolapso fueron las mujeres que tuvieron parto vía vaginal. Se observó que las mujeres que tuvieron un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 30 presentaron prolapso de mayor estadio ya sea II y III en la misma frecuencia (30 pacientes). **Conclusiones:** Su incidencia es mayor a medida que avanza la edad. Que el parto vía vaginal es un factor predisponente, ya que a mayor número parto mayor estadio de prolapso puede se puede presentar. Otro factor promotor es la obesidad y quedo demostrado que a mayor índice de masa corporal mayor estadio de prolapso presenta la mujer. **Palabras claves:** prolapso genital, estadios de prolapso, parto, índice de masa corporal

## ABSTRACT

**Introduction:** Genital prolapse is the descent or herniation of one or more pelvic organs through the vaginal wall and external genitalia. Of multifactorial cause, and as it progresses it deteriorates the quality of life of the woman.

**Objective:** To determine the risk factors of patients treated at the Hospital of Specialties Teodoro Maldonado Carbo who present with genital prolapse.

**Materials and methods:** A retrospective, descriptive and observational study was carried out. Female population was included in an age range of 40 to 60 years, which went to the outpatient service of the Hospital. The data collection was done in Microsoft Excel by reviewing the evolutions in the AS400 system and the statistical analysis in the SPSS program.

**Results:** For the study, 138 patients were analyzed; the age range was from 40 years to 60 years with an average age of 49.74 years with a median of 50 and a mode of 41 years. The highest incidence was observed in stage II with 54 patients with 39.13% and stage III with 53 patients with 38.41%. It was observed that in the group of greater age (56-60 years) the stage of prolapse III is the one that presented the highest frequency with 39.62%. The patients who had the highest percentage (63.77%) of prolapse were women who delivered vaginally. It was observed that women who had a body mass index (BMI) equal to or greater than 30 had prolapse of higher stage either II and III on the same frequency (30 patients).

**Conclusions:** Its incidence is greater as age advances. That delivery via the vagina is a predisposing factor, since the greater the number of births, the greater the prolapse stage may be. Obesity is another promoting factor and it has been demonstrated that the higher the body mass index, the greater the stage of prolapse the woman presents.

**Keywords:** genital prolapse, stages of prolapse, childbirth, body mass index

## INTRODUCCIÓN

La epidemiología del prolapso genital tiene una prevalencia entre un 43 a 76% en las mujeres en general. Observando un 3 a 6% de pacientes con estadios de prolapso que descienden por debajo del himen. Al ser un estadio más avanzado tienen como opción la reparación quirúrgica y las pacientes que tienen riesgo a ser sometidas es de un 10 a 20%.<sup>25</sup>

En la actualidad con la aparición de la cesárea como técnica para disminuir la mortalidad materno-fetal y con el cambio de cultura en los números de gestas que las pacientes desean tener, es necesario actualizar los datos para conocer la nueva epidemiología modificada por estos factores.

Esta investigación se realizó por el interés de ver una alta cantidad de pacientes con esta patología que consultan al servicio de ginecología, urología o coloproctología en búsqueda de tratamiento. Además, evaluar que muchas pacientes después de haber obtenido un tratamiento para la patología hay una recurrencia en su aparición.

A pesar de la dificultad de la obtención de los datos, se pudo recabar la información necesaria para realizar este estudio, en el cual se trató de demostrar la prevalencia de los conceptos básicos.

Esta investigación servirá para incentivar y dar pie al comienzo de muchas otras investigaciones ya que el prolapso genital como tema es un tema amplio y se puede realizar un sin número de estudios no solo enfocándose en los factores de riesgo sino también la comparación de tratamientos, si hay recurrencias después de la reparación del prolapso, entre otros.

## MARCO TEÓRICO

### I. ANATOMIA DEL PISO PELVICO

La pelvis es la región que se encuentra a continuación de la cavidad abdominal, la cual contiene varios órganos de distintos sistemas de nuestro organismo. Tenemos al sistema urinario en donde encontramos órganos como la vejiga y uretra; sistema genital o reproductor como útero, anexos y vagina hablando únicamente del sexo femenino y el sistema digestivo su porción más distal el recto y el ano.<sup>1 2</sup>

Estas estructuras mencionadas se encuentran sobre una red de músculos y tejido conectivo (fascia, ligamentos, etc.), los cuales le dan el soporte necesario para mantenerlos en su sitio correspondiente. Los músculos del piso pélvico, los cuales poseen un control voluntario forman una estructura de soporte similar a una “hamaca” para dar soporte a los órganos de la pelvis. El músculo que destaca es el elevador del ano, es el músculo más extenso de la pelvis y se constituye por medio de tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcigeo e iliococcigeo.<sup>1 2</sup> (Figura. 1)

Esta disposición de “hamaca” del piso pélvico crean soporte el cual se divide en 3 niveles: El primer nivel (I) es el soporte superior, el segundo nivel (II) soporte medio o vaginal y el tercer soporte es el vaginal distal o de fusión. Estos niveles están conectados entre sí y se encuentran uno a continuación del otro.<sup>2 3</sup> (Figura. 2)

**Nivel I:** se compone por el conjunto de ligamentos como el uterosacro, cardinal y el anillo pericervical. Si hubiese un prolapso a este nivel sería un prolapso uterino, de la cúpula vaginal post histerectomía o enterocele por ejemplo.<sup>3</sup>

**Nivel II:** está conformado por el tabique rectovaginal y la fascia pubocervical. (Tercio medio de la vagina). Y los prolapsos que habría a este nivel serían el cistocele y el rectocele.<sup>3</sup>



**Nivel III:** está compuesto por las estructuras que conforman el cuerpo del periné: músculos superficiales del periné, la membrana perineal y el esfínter anal externo. Si hubiese un daño se manifestaría como cuerpos perineales deficientes o desgarros. <sup>3</sup>

El conjunto de estructuras que componen el piso pélvico crean un soporte a los órganos abdomino-pélvicos durante la bipedestación y cambios en la presión intraabdominal, además las estructuras del tejido conectivo sirven como ancla para fijar los órganos a la pelvis permitiendo una posición anatómica de los órganos para un adecuado funcionamiento.

## **II. FISIOPATOLOGIA**

La fisiopatología del prolapso de los órganos pélvicos (POP) se basa principalmente en la disfunción de los órganos elevadores del ano. Esto ocurre a causa de diversas circunstancias, como ejemplo ponemos al parto, durante su segunda fase, existe una distensión y una compresión nerviosa del músculo provocando así una denervación parcial. Como consecuencia a lo antes mencionado el músculo sin la inervación adecuada va a perder su tono y el hiato genital se expandiera, lo que contribuirá a la producción del prolapso de la visceral; aunque en la actualidad no hay suficiente evidencia para demostrar que las lesiones por denervación sean causa de su fisiopatología. <sup>4</sup>

Por otro lado, es importante mencionar que a medida que pasa el tiempo el músculo esquelético envejece, pierde su tono, su volumen y su función. Y eso podría contribuir en la falla del soporte de los órganos pélvicos. Ya que el músculo perdió su tono, los ligamentos serían los responsables de cumplir la función de sostén de los órganos, soportar una mayor fuerza, y cuando el tejido conectivo soporta este peso de manera crónica comienzan a modificarse se distienden, y al final llega el prolapso. Se lo puede evidenciar con las afectaciones a ciertas estructuras como el arco tendinoso de la fascia pelviana y los ligamentos uterosacros. <sup>4</sup>

El arco tendinoso de la fascia pelviana es la estructura encargada de soportar las caras anterior y posterior de la vagina, por lo tanto el arco tendinoso debe soportar el prolapso de la pared vaginal anterior, cúpula vaginal y tercio próximas de la uretra. Por lo que ciertas investigaciones describen que por la pérdida del tejido conectivo de la cúpula vaginal, es decir su distinción o laceración del arco tendinoso es uno de los factores por los que se produce el prolapso de la pared vaginal apical y anterior. En cambio los ligamentos uterosacros ayudan en el soporte de la porción apical del útero y el tercio superior de la vagina. Y como lo describen ciertos estudios ciertas anomalías en los ligamentos contribuirán en el prolapso.<sup>4</sup>

La afectación a estas estructuras de tejido conectivo no es el único factor que contribuye a la aparición del prolapso de los órganos pélvicos sino también mujeres que padecen trastornos del tejido conjuntivo como los síndromes de Ehlers-Danlos o Marfan.

Al igual que los músculos, las fascias y los tejidos conectivos del piso pélvico pierden su fuerza y las señales neuroendocrinas a medida envejecen las pacientes. La menopausia en las pacientes se traduce como una deficiencia de estrógenos que altera la composición biomédica del colágeno tanto en su calidad como en su cantidad. Las hormonas como el estrógeno está involucrado en el contenido del colágeno, al aumentar su producción o reducir su degradación. Por esa razón se planteó el tratamiento con estrógenos exógenos para aumentar el contenido de colágeno, lo cual se recomendaba emplear antes y después de las intervenciones quirúrgicas de prolapso, aunque parece una idea razonable no existe evidencia que favorezca lo anteriormente dicho.<sup>4</sup>

Otro defecto son las distintas laceraciones en la fascia endopélvica la cual rodea la pared vaginal y es posible el descenso de los órganos pélvicos. Esto se explica por la relación que se encuentra entre el POP y el parto vaginal.

### **III. FACTORES DE RIESGO PARA EL PROLAPSO GENITAL**

No hay un factor determinante para que pueda producirse el prolapso genital. Se ha llegado a la conclusión de que el POP es multifactorial (el conjunto de factores de riesgo) lo que ocasionan que el piso pélvico de las pacientes se debilite y predispongan a esta patología, la tiende a desarrollarse gradualmente.

Los factores de riesgo relacionados al prolapso son:

#### **Embarazo**

El parto consta con el descenso del feto por la zona pélvica, lo cual puede provocar lesiones perineales como una desinserción muscular o una neuropatía por el estiramiento al que se somete. No obstante, es probable que el embarazo en sí sea un factor de riesgo. Debido a la impregnación hormonal, las cargas sobre el periné y el piso pélvico por el peso del feto. También hay relación con el peso del bebé, si es mas de 4000grs hablaríamos de un mayor riesgo. Sumado de la edad de la madre al tener su primer parto, entre más avanzada es la edad mayor debilidad de los tejidos posee. <sup>5</sup>

#### **Parto vaginal**

Sobre todo está la relación entre el parto vía vaginal y la denervación parcial de los músculos del piso pélvico como consecuencia su debilitamiento. El riesgo de prolapso de los órganos pélvicos aumenta 1.2 veces con cada parto vaginal. Es ahí donde la multiparidad se vincula como un factor de riesgo (El riesgo aumenta con el número de partos). <sup>5</sup> (Figura. 3)

Durante el parto por vía vaginal se puede utilizar realizar el parto programado con fórceps aunque esta técnica no se recomienda emplearla debido a las consecuencias que conllevaba y para prevenir lesiones; ya que los fórceps ocasionan lesiones en el piso pélvico específicamente la laceración del esfínter anal. Anteriormente se consideraba utilizarlos para poder acortar la segunda etapa el trabajo del parto.

La episiotomía se la suele llevar a cabo pero no revelan importantes beneficios. Pero al realizarla se lesionan estructuras del piso pélvico lo tiene como consecuencia laceración del esfínter anal, incontinencia anal postparto y el más común dolor postparto.

Otros riesgos obstétricos que también pueden ser nombrados son la macrosomía, segunda etapa del trabajo de parto prolongado, laceración del esfínter anal, episiotomía, analgesia epidural, el uso de fórceps y estimulación del trabajo de parto con oxitocina. Estos factores no están demostrados que son los que provocan el prolapso para eso faltan más estudios; pero lo que sí se conoce es que la suma de todos ellos en el trabajo de parto predisponen a que sucede esta patología POP. <sup>4</sup>

La cesárea se la considera un factor protector vs parto por vía vaginal. <sup>5</sup>

### **Edad**

La edad avanzada ha sido estudiada como un factor de riesgo para el desarrollo del POP. Se habla del envejecimiento de los tejidos del piso pélvico al ser sometidos a cargas mecánicas repetidas toda su vida. Además, no solo podría ser el envejecimiento propio del cuerpo los cuales causarían esta patología sino que va a la par con los procesos degenerativos un ejemplo de eso es el hipoestrogenismo. Es decir, la menopausia la cual desempeña un gran papel al modificar la impregnación hormonal de los tejidos. Sin embargo, no hay suficientes estudios que lo demuestren. <sup>5</sup>

### **Trastornos de tejido conectivo**

Las pacientes que padecen de alguna conjuntivopatía tienen más probabilidades de desarrollar POP. Se encontró un descenso de la colagenasa II y IV. Y es probable que esta reducción provoque el debilitamiento de la fuerza tensil de los músculos y ligamentos del piso pélvico. Ejemplos de conjuntivopatías síndrome de Marfan y síndrome de Ehlers-Danlos. <sup>4</sup>

## **Raza**

Se han realizado varios estudios en donde han comparado la prevalencia del POP entre grupos raciales, llegando a la conclusión de las pacientes caucásicas tienen mayor frecuencia de presentar prolapso que en pacientes afroamericanas. Mayor prevalencia en asiáticas que en blancas o negras.

Puede ser por el tipo de colágenos que posee las distintas razas y también por la estructura de la pelvis ósea. El tipo de pelvis androide o antropoide protege contra el POP más que el tipo de pelvis ginecoide. Un investigador encontró un estrecho superior e inferior de la pelvis más ancho en las pacientes blancas que en las pacientes negras.<sup>5 6 7</sup>

## **Elevación crónica de la presión intraabdominal**

Los factores como la obesidad, estreñimiento, las enfermedades pulmonares crónicas y el levantamiento repetitivo de peso de forma crónica contribuyen al aumento de la presión intraabdominal y eso interviene en la patogenia del POP.

La obesidad como un factor de riesgo de prolapso se emplea la circunferencia abdominal, y el índice de masa corporal como unidad de medida. (Tabla. 1) Un investigador observó el riesgo de prolapso sintomático en pacientes que aumentaba 3% por cada unidad de aumento de IMC.<sup>5 9</sup>

## **Factores iatrogénicos**

La histerectomía puede ser considerada como un factor de riesgo para el POP. Ya que al realizarla hubo sección de los ligamentos cardinales y uterosacros provocando el debilitamiento del resto de los tejidos.<sup>5 10 11</sup>

## **Factores genéticos**

Se podría considerar la predisposición familiar para el desarrollo del prolapso. Se lo relaciona con la probable modificación de la expresión genética varios componentes tisulares.<sup>5 12</sup>

#### **IV. TIPOS DE PROLAPSO GENITAL FEMENINO**

Hay 5 tipos de prolapso genital femenino: <sup>13</sup>

- Cistocele: cuando la vejiga desciende al interior de la vagina
- Enterocele: cuando el intestino empuja la parte superior de la vagina
- Rectocele: cuando el recto empuja la vagina o sale de esta.
- Prolapso uterino: cuando el útero desciende al interior de la vagina
- Prolapso de la cúpula vaginal (después de la histerectomía): cuando la parte superior de la vagina desciende de su lugar normal.

#### **V. CLASIFICACION DEL PROLAPSO GENITAL**

Se han utilizado distintas clasificación para referirse a los tipos de prolapso genital y sus diferentes estadios <sup>16</sup> (Figura. 4). The international continence society definió un sistema para poder realizar la cuantificación del prolapso de los órganos pélvicos (POP-Q) y se ha demostrado que es una gran ventaja para el estudio de la patología. Permite a los investigadores proyectar datos de la exploración física de una forma estandarizada y simple para poder transmitirla y fácil de aprender. <sup>4</sup>

La clasificación POP-Q consiste en una serie de mediciones que sitios de soporte de los órganos pélvicos femeninos. El himen es la referencia anatómica fija se la denomina una constante para poder medir cada segmento del prolapso. Existen seis puntos de referencia al llano del himen: <sup>4</sup> (Figura. 5) (Figura. 6)

- Dos en la pared vaginal anterior (Aa y Ba)
- Dos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp)
- Un punto relacionado al cérvix (C)
- Un punto en relación al fórnix posterior (D)

Significado de los puntos:

- Aa: la unión uretrovesical (-3 cm) <sup>2</sup>
- Ba: el vértice del colpocele anterior <sup>2</sup>
- C: el labio anterior del cuello uterino <sup>2</sup>
- D: el fondo de saco vaginal posterior <sup>2</sup>

- Bp: el vértice del colpocele posterior <sup>2</sup>
- Ap. la unión anorrectal (-3 cm) <sup>2</sup>

Las tres distancias, medidas en reposo en centímetros, son:

- Gh: altura del hiato urogenital (meato urinariohorquillavulvar)
- Pb: distancia anovulvar (horquilla vulvar-margen anal)
- LVT: longitud vaginal total (horquilla vulvar-fondo de saco vaginal posterior).

Se asignó una medición de la longitud vaginal total (LVT), también se miden otras estructuras como hiato genital (Gh), el cuerpo perineal (Pb). Todas las estructuras se miden durante la maniobra de al valsalva, menos la LVT, para que se refleje la protrusión máxima. <sup>4</sup>

A los puntos de referencia mencionados anteriormente se les asigna números negativos cuando el prolapso se encuentra sobre el himen y números positivos cuando sobrepasan el himen (por fuera). La LVT, Gh y Pb siempre tendrán números positivos.

Podemos clasificar el estadio del descenso por compartimientos tanto anterior, posterior como apical una vez de que se definan estos valores:

0: sin descenso. <sup>4</sup>

I: no cumplen los criterios de la etapa 0, el descenso sea 1 cm sobre el himen. <sup>4</sup>

II: el descenso sea +/- 1 cm del himen. <sup>4</sup>

III: cuando el descenso es + 1 cm del himen y no sea mayor a 2 cm de la longitud vaginal total. <sup>4</sup>

IV: se demuestra la eversión completa de toda la longitud del aparato genital inferior. <sup>4</sup>

## **VI. CLINICA DEL PROLAPSO GENITAL.- SINTOMAS**

En la consulta ginecología las pacientes refieren ciertas molestias que genera el prolapso genital ya que afecta a diferentes sistemas funcionales y anatómicos en las mujeres. Por lo general se relacionan con síntomas

genitourinarios, gastrointestinales y musculoesqueléticas, dependiendo de donde está localizado el prolapso. A parte de los síntomas que ocasiona esta patología se observa en gran medida la reducción de la calidad de vida en las pacientes. Por esta razón es muy importante tener una valoración metódica que debe incluir no solo los síntomas que las pacientes experimentan sino también el efecto que tiene en sus actividades cotidianas. Con tal información clave podremos establecer si los síntomas son secundarios al prolapso o a otras causas. <sup>4</sup>

Las mujeres con prolapso en su gran mayoría expresan los síntomas de “abultamiento”, refieren sensación de presión / pesadez o tracción pélvica, sensación de cuerpo extraño debido a la protrusión de tejidos desde la vagina. Otros síntomas que se manifiestan son malestar inguinal, lumbago, estreñimiento y molestias abdominales que coexisten con el prolapso pero no son producto de él. <sup>4</sup>

Hablando de los síntomas de abultamiento se basa en si a las molestias que las pacientes refieren como una sensación o percepción de un cuerpo extraño o abultamiento vaginal o perineal y la sensación de presión en la pelvis. Mencionan también una sensación de fricción del “bulto” con la ropa. A medida que el prolapso avanza, es decir, sobrepasa el himen los síntomas anteriormente mencionados se acentúan y pueden padecer más síntomas. <sup>4</sup>

17

Con frecuencia las pacientes con POP tienen síntomas urinarios concurrentes, entre ellos la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), así como otros tipos de incontinencia urinaria, polaquiuria, urgencia, retención urinaria, infección urinaria recurrente o micción disfuncional (chorro débil). Cuando el grado del prolapso es avanzado y hay exposición del epitelio cervical puede haber dolor en esa área, sangrados o descargas. <sup>4</sup>

De los síntomas gastrointestinales que se pueden presentar con frecuencia es el estreñimiento, pero hay que recordar que es un síntoma secundario al prolapso. Por consiguiente, si existe la reparación del prolapso habría la resolución de estreñimiento por defecto, pero es un problema que debe ser



estudiado por separado por su especialidad. Otro síntoma se produce en el momento de la defecación en pacientes con prolapso de la pared vaginal posterior en donde la paciente debe utilizar su dedo para poder descomprimir la pared vaginal posterior, el cuerpo perineal o la porción distal de recto para por evacuar. El POP se puede acompañar en ocasiones con incontinencia anal de flatos y evacuaciones líquidas o sólidas. <sup>4 18</sup>

La disfunción sexual femenina que pueden padecer las mujeres con POP se puede mencionar la dispareunia, libido reducida, problemas con la excitación e incapacidad de llegar al orgasmo, aunque la causa de estos síntomas es multifactorial según los estudios. <sup>4</sup>

Los síntomas que presentan las paciente con esta patología suele aliviarse al acostarse, hay menos molestias por la mañana pero empeoran en el transcurso del día. No obstante, el tratamiento es sintomático, al momento de la resolución del prolapso los síntomas suelen desaparecer, a pesar de que existen prolapsos asintomáticos. <sup>4 19</sup>

## **VII. DIAGNOSTICO**

Para el diagnóstico del prolapso genital femenino se debe iniciar con una buena historia clínica donde tengamos todos los antecedentes que puedan contribuir a desarrollar esta patología. El objetivo es también tener una idea del impacto del prolapso en la calidad de vida de la paciente. El siguiente paso es la exploración física, realizando diversas maniobras confirmaremos el diagnóstico. Durante la exploración física es importante evaluar el estado general del paciente y su deambulación.

La exploración pélvica se debe realizar con la paciente en posición de litotomía, si en dicha posición no se reproduce la protrusión o demás síntomas se deberá reexaminar a la paciente de pie o en el momento de esfuerzo físico donde se evidencia en prolapso.

Se continua con la exploración de la zona perineal, se examina la región de la vulva y del perineo buscando algún tipo de atrofia vulvar o vaginal u otras

lesiones. El screening neurológico básico de los reflejos sacros se realiza con un aplicador con punta de algodón o con el dedo para medir la fuerza de contracción de los músculos pélvicos.<sup>3</sup> (Tabla. 2) Lo que se está buscando es el reflejo bulbo cavernoso en primera estancia al frotar la porción lateral del clítoris se observara la contracción bilateral del músculo. Luego se evalúa el reflejo anal o reflejo del guiño anal, al frotar la parte lateral al ano. Si existe la presencia de estos dos reflejos sugiere a las vías sacras están normales. Además se evalúa la sensibilidad de la piel en toda la región genital.<sup>4</sup>

En primera estancia se realiza la inspección genital con el fin de observar lesiones en la piel, presencia cicatrices relacionadas a la atención de partos o de cirugías reconstructivas previas.

La exploración del prolapso de órganos del piso pélvico inicia cuando se le pide a la paciente que realice la maniobra de Valsalva antes de introducir un espéculo o espejo vaginal. Las pacientes que no logren realizar esta maniobra se les pide que tosan. De este modo el médico tiene a observar con más exactitud la anatomía real y una idea de las características del soporte pélvico de la paciente. Durante la exanimación, el profesional debe verificar la extensión completa del prolapso. También deberá pedir a la paciente que describa el efecto que ocasiona el prolapso en sus actividades cotidianas.<sup>4 5</sup>

Antes de evaluar el grado de prolapso de los órganos pélvicos, se debe realizar una inspección ginecológica habitual. Revisar paredes vaginales, cuello uterino y tomar un papanicolau de estar apta para realizarlo, para llevar control de la paciente.

El tacto vaginal bimanual permitirá ver la presencia de patologías en los órganos pélvicos. Además, se valorara la musculatura del piso pélvico. Lo que logramos con esta exploración es considerar como posibilidad de tratamiento a la rehabilitación. El tono de la musculatura siempre se evaluara en reposo y realizando fuerza con la escala de graduación de Oxford.

También se valora la simetría de la musculatura y si hay evidencia alguna asimetría en la musculatura es lógico pensar en antecedentes de episiotomía, laceraciones u otras lesiones durante el parto. Finalmente se realiza la inspección tanto del ano como del recto para descartar la protrusión de alguna masa rectal.<sup>3 4 5</sup>

En conclusión decimos que el diagnóstico del prolapso genital es enteramente clínico. Sin embargo hay la posibilidad de utilizar métodos imagenológicos como la resonancia nuclear magnética normal o dinámica, la ecografía pélvica, cistouretroscopia, ecografía renal, manometría del esfínter anal incluso la defecografía; aunque no sean utilizados con tanta frecuencia en la actualidad para el diagnóstico puede servir como estudio complementario.<sup>5</sup>

## **VIII. TRATAMIENTO**

El tratamiento del prolapso genital va de la mano con la sintomatología que la paciente padezca. Si la paciente es asintomática o tiene un prolapso leve podemos tomar una conducta expectante y ciertas indicaciones para mejorar su calidad de vida. No obstante, si tenemos a una mujer con un prolapso sintomático, avanzado, con molestias en sus actividades cotidianas podemos elegir un tratamiento quirúrgico como no quirúrgico. El tratamiento que se vaya a escoger siempre va a depender de la edad de la paciente, sus comorbilidades asociadas, el deseo de procrear, los síntomas que acompañan el prolapso y el riesgo a recurrencia. La meta con la búsqueda del tratamiento será el alivio de los síntomas, el beneficio y bienestar de la paciente encontrando una mejoría en su calidad de vida.

Se suele crear una combinación de métodos quirúrgicos y no quirúrgicos para los diferentes tipos de prolapso corrigiendo siempre tratando de ordenar los síntomas según su intensidad e importancia de resolución para corregirlo en primera instancia.<sup>20</sup>

## **a. TRATAMIENTO NO QUIRURGICO**

### **ESTROGENOTERAPIA TÓPICA**

Es un tratamiento muy poco mencionado y estudiado, pero se prescribe a veces en el pre y postoperatorio para mejorar la calidad de los tejidos vaginales.<sup>5</sup>

### **PESARIOS**

Son el tratamiento no quirúrgico estándar para el prolapso genital. Los pesarios en la actualidad están elaborados de silicona o plástico, sencillos y seguros de utilizar.<sup>4</sup> (Figura. 7)

Este método terapéutico se lo reserva a pacientes que no necesitan de una intervención quirúrgica o no seas someterse a una. Algunos profesionales utilizan los pesarios como primera línea en el tratamiento del POP antes de mencionar la alternativa quirúrgica. También se los emplea en mujeres que han sido intervenidas quirúrgicamente sin alivio de los síntomas para no tener otra cirugía posteriormente. En algunos casos los pesarios ayudan a las pacientes que cursan su prolapso con incontinencia urinaria. Además, pueden usarse como método de diagnóstico; empleándolo por un determinado tiempo para saber si su molestia logro resolverse o no.<sup>4 5</sup>

Podemos clasificar a los pesarios en dos tipos: los de soporte y los que llenan espacios. Los pesarios de soporte son ideales para el grado I o II del prolapso genital. En cambio los pesarios que llenan espacios se utilizan más en pacientes con prolapso de moderado a grave.<sup>4</sup>

### **EJERCICIOS PARA LOS MUSCULOS PELVICOS (rehabilitación pelvipereineal)**

Se recomienda a las pacientes este tipo de ejercicios, también conocidos como ejercicios de Kegel, con el objetivo de mejorar la fuerza y la duración de la contracción de los músculos de piso pélvico para tener como resultado un mejor soporte de los órganos de la pelvis. Estos ejercicios también puede limitar la progresión del prolapso en estadios tempranos y aliviar

algunos de sus síntomas. Por desgracia, no hay el suficiente respaldo científico que apoye esta alternativa como prevención y tratamiento del prolapso, pero puede ser útil en paciente que rechacen otro tipo de tratamiento.<sup>4 5</sup>

## **b. TRATAMIENTO QUIRURGICO**

No existe una única solución quirúrgica para todas las pacientes con prolapso. Siempre el tipo de intervención dependerá de los múltiples factores que tengan como la edad, la actividad sexual, comorbilidades, deseo de procrear, los compartimientos afectados, los síntomas y el grado del prolapso.

Existen dos procedimientos quirúrgicos como alternativa de tratamiento del prolapso que son los procedimientos oclusivos o los reconstructivos. De los procedimientos oclusivos hablamos de la colpocleisis de Lefort y la colpocleisis completa (Figura. 8). Estos procedimientos se basan en la eliminación amplia del epitelio de la vagina, suturar y unir las paredes vaginales anterior y posterior, cierre de la cúpula vaginal y cierre de la vagina. Este tipo de método quirúrgico es recomendado para las pacientes de edad avanzada, sin deseos de actividad sexual o con antecedentes de enfermedades. Esta técnica quirúrgica es mucho más sencilla, requiere menos tiempo u ofrece mayores índices de éxitos.<sup>4</sup>

Por otro lado, los procedimientos reconstructivos tienen la finalidad de restablecer la anatomía pélvica y se realizan con mayor frecuencia vs. a los oclusivos. Se utilizan diferentes técnicas como la vaginal, abdominal y laparoscópica, pero para ser utilizadas cada una dependerá de los factores de la paciente y la experiencia del cirujano. Los procedimientos que se puede realizar vía laparoscópica son:

- Sacrocolpopexia abdominal o laparoscópica: consiste en la suspensión de la cúpula vaginal del sacro mediante una malla sintética. (Gold estándar)<sup>4 21</sup> (Figura. 9)

- Suspensión de la cúpula vaginal con ligamiento uterosacro: el vértice vaginal se une con los remanentes del ligamento uterosacro a nivel de las espinas ciáticas o más alto. (vía vaginal o abdominal) <sup>4 21</sup> (Figura. 10)
- Fijación del ligamento sacroespinoso: el vértice vaginal se suspende del ligamento sacroespinoso de uno o ambos lados a través de un acceso vaginal extraperitoneal. <sup>4 21</sup> (Figura. 11)
- Reparación paravaginal. <sup>4</sup>
- Reparación del rectocele. <sup>4</sup>

En si los procedimientos reconstructivos son una combinación para poder reparar los distintos compartimientos afectados por el prolapso genital.

- Compartimiento anterior: la cirugía más frecuentemente utilizada es la colporrafia anterior, aunque sus índices de éxito son bajos. A pesar de sus limitaciones, se puede realizar también si se presenta un defecto central o medial de la pared vaginal. También puede utilizarse en conjunto con mallas o material biológico. Cuando se utiliza la colporrafia en combinación con la malla es para el refuerzo de la pared vaginal. El prolapso de la pared vaginal anterior se debe a defectos fibromusculares en el segmento apical anterior o el desprendimiento transversal entre dicho segmento y el vértice vaginal. En estas circunstancias se debe recurrir a una suspensión apical como el procedimiento de sacrocolpopexia abdominal o la suspensión de la cúpula vaginal con el ligamento uterosacro lo cual ayuda a suspender la pared vertical anterior y así reducir el prolapso de la pared anterior. <sup>4 21</sup>
- Vértice vaginal: al realizar el soporte del vértice vaginal se garantiza una reparación exitosa del prolapso. Si se realiza la corrección de los compartimientos anterior y posterior sin reparación del vértice hay un gran porcentaje de fracaso y de recidiva. <sup>4 21</sup>
- Compartimiento posterior: se basa en la reparación de la pared vaginal posterior que termina en enterocele o rectocele. La técnica comúnmente utilizada es la colporrafia posterior, que reconstruye la capa fibromuscular entre el recto y la vagina a través de un

plegamiento fibromuscular medial. (pliegan los músculos elevadores del ano).<sup>4 21</sup>

#### NECESIDAD DE HISTERECTOMIA

La histerectomía es una alternativa de tratamiento quirúrgico pero dependerá mucho de la decisión de la paciente en la realización de la intervención. Ya que la conservación del útero se lo considera si hay deseos de procrear a futuro. Además, hay otras razones por las que desean la conservación del útero, por ejemplo: cuestiones de la sexualidad o el inicio temprano de la menopausia después de la histerectomía.<sup>5 21</sup>

El procedimiento para conservar el útero no es apropiado para las pacientes con patologías uterinas asociadas. Como son los antecedentes de displasia cervical, sangrado uterino anormal, sangrado postmenopáusico o para quienes tengan un riesgo de malignidad uterina. En estas circunstancias es recomendado la histerectomía sea subtotal o total.<sup>5 21 23</sup>

# **MATERIALES Y MÉTODOS**

## **Objetivo General**

1. Determinar los factores de riesgo influyentes en las pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo que presentan prolapso genital.

## **Objetivos específicos**

1. Identificar qué tipo de parto tiene mayor frecuencia en el desarrollo de prolapso genital.
2. Determinar si el número de gestas aumentan la ocurrencia del desarrollo de prolapso genital.
3. Establecer si existe relación entre índice de masa corporal con el desarrollo de prolapso genital.
4. Demostrar la relación entre los síntomas asociados con el desarrollo de prolapso genital en las pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

## **Diseño del estudio**

Estudio de prevalencia o de corte transversal (observacional, descriptivo y retrospectivo)

## **Consideraciones ético legales**

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación de la Carrera de Medicina, de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, con el permiso de la Coordinación General de Investigación del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo con la colaboración del servicio de Ginecología.

## **Población objeto de estudio y sujetos de estudio**

Mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo que presentaron cualquier estadio de prolapso genital.



***Criterios de inclusión:***

Paciente que presenten prolapso genital femenino

Grupo de edad de 40 a 60 años

Pacientes codificados con CIE 10: N81, N811, N816

**Criterios de exclusión**

Pacientes con prolapso recidivante

Pacientes atendidas fuera del periodo de estudio 2016 -2017

**Método de recogida de datos**

Revisión de historias clínicas en el sistema AS400/MIS (Medical Information System)

**Análisis estadístico**

Se tabuló los datos mediante el programa Microsoft Excel 2016 y se analizó mediante el programa SPSS Estadistics para la presentación de los resultados en tablas y gráficos, se utilizaron análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes; media, mediana y moda; relación de variables mediante tablas cruzadas.

## RESULTADOS

Se recibió una base de datos proporcionada por el hospital con 6911 pacientes registrados con los CIE 10 que se solicitó, de las cuales se filtró por el rango de edad que se realizó el estudio de 40 a 60 años, obteniendo 653 pacientes que se fueron atendidas en consulta externa en el periodo de estudio del año 2016 al 2017; se obtuvo una muestra arbitraria, aleatoria, no probabilística de 138 pacientes aptas para el estudio obteniendo la información mediante la revisión de su historia clínica en el sistema AS400. (Gráfico. 1)

Las pacientes fueron categorizadas en 4 grupos de edades: 40-45 años, 46-50 años, 51-55 años y 56-60 años. La media de edad fue de 49,74 años con una mediana de 50 y una moda de 41 años. (Tabla.3) El grupo de edad con mayores representantes con prolapso genital fue el de 40-45 años con 44 pacientes correspondiente al 31,88% de la población, seguido por el grupo de 56-60 años con 35 pacientes (25,36%). Con similar porcentaje de representación (21%) tuvieron los grupos de edades 46-50 años y 51-55 años. (Tabla.4)

En el gráfico pastel se observó la frecuencia de aparición de los estadios del prolapso genital. (Gráfico. 2) Destaca una similitud entre el Grado II y III ya que han sido los estadios más presentados. El grado I con 29 pacientes en un porcentaje de 21,01%. El grado II con 54 paciente con un 39,13%. El grado III con 53 pacientes con 38,41% y el estadio IV con 2 pacientes (1,45%). (Tabla.5)

Se realizó la relación entre los estadios del prolapso con los grupos de edades de las mujeres revisadas en este estudio, se observó que en el grupo de edad de 40-45 años el estadio I es el que se presentó con mayor frecuencia con un 21.01%. En general, los estadios II y III tienen mayor

frecuencia independiente del grupo de edad de las mujeres con un 39.13% y 38.41, respectivamente. Los estadios II y III presentan el mismo patrón en los grupos de edades de 40-45 años, 46-50 años y 51-55 años, siendo el estadio II el de mayor frecuencia. Sin embargo, en el grupo de mayor edad (56-60 años) el estadio del prolapso III es el que presentó mayor frecuencia con un 39.62%. (Gráfico. 2) (Gráfico. 3) (Tabla. 6). Según la tabla de pruebas de Chi- cuadro el valor es igual a 0,006 siendo significativa esta relación. (Tabla.7)

Los tipos de prolapso que se encontraron en las pacientes en este estudio fueron: una paciente presentó URETROCELE es decir el 0.7% de la población, 54 pacientes presentaron CISTOCELE representando un 39.1%. En el RECTOCELE encontramos a 17 pacientes con un 12.3% y 14 pacientes con HISTEROCELE un 10.1% de la población estudiada. Otras pacientes tuvieron combinaciones de prolapso CISTOCELE + RECTOCELE de las cuales 39 lo tuvieron siendo el 28.26 %; el CISTOCELE + HISTEROCELE en un 3.6% (5 pacientes) y los tres últimos tipos de prolapso juntos CISTOCELE+ RECTOCELE+ HISTEROCELE fue encontrado en 8 pacientes (5.8%). (Gráfico. 4)

Se relacionó los grupos de edades con el tipo de prolapso que presentaban las pacientes, sugiere que el tipo de prolapso con más alto índice de aparición en todos los grupos de edades fue el CISTOCELE con un rango de porcentaje del 36.36% a 43.33%. Con menor frecuencia se observa el CISTOCELE + RECTOCELE con un rango de porcentaje de 20.0% a 43.33%, aunque en el grupo de edad de 51 -55 años hay una igualdad de aparición (43.33%) que el CISTOCELE (Gráfico. 5) (Tabla. 8 y 9)

Se presentó la frecuencia del desarrollo del prolapso en las mujeres que previamente fueron sometidas a la histerectomía. Como se observó que en el grupo de paciente que no se había realizado histerectomía previa 82,6% desarrollaron de todas maneras prolapso genital. (Gráfico. 6) (Tabla.10)

Se presentó la relación entre los grupos de edades de las pacientes revisadas en este estudio con o sin intervención quirúrgica (histerectomía). Independientemente, de los grupos de edades de las pacientes se observó que no existe relación entre la ocurrencia de prolapso con o sin intervención quirúrgica. (Gráfico. 7) (Tabla 11 y 12)

En el estudio se observó que las pacientes que tuvieron 2, 3, 4 y 5 gestas fueron las que presentaron mayor presencia de prolapso genital, siendo la de mayor frecuencia las que tuvieron 3 gestas representadas con una mediana y moda de 3 gestas. (Gráfico. 8)(Tabla. 13)

Las pacientes que tuvieron el mayor porcentaje (63.77%) de prolapso fueron las mujeres que tuvieron partos. Con un 28,26% de las mujeres que tuvieron partos y cesáreas presentaron prolapso genital. (Gráfico. 9)(Tabla.14)

En la relación del estadio del prolapso con el tipo de parto, se observó que las mujeres que tuvieron parto presentaron la mayor presencia de prolapso, comparadas con las mujeres que tuvieron cesárea, y la combinación de parto y cesárea (Gráfico. 10). El estadio II y III se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que tuvieron parto y en las que tuvieron la combinación de parto y cesárea. Se obtuvieron porcentajes del 34,0% y el 45, 45% para los estadios II y III respectivamente para mujeres con parto; y con el 46,15% y 30,77% para los estadios II y III respectivamente para mujeres que tuvieron la combinación de parto y cesárea. Mientras que en las mujeres con cesárea se obtuvieron valores bajos e inclusive no hubo presencia de estadio IV. (Tabla.15 y 16)

Se demostró la relación del estadio del prolapso con el índice de masa corporal, en donde se observó que las mujeres que tuvieron un IMC igual o mayor a 30 presentaron prolapso de mayor estadio ya sea II y III en la misma frecuencia (30 pacientes). Las mujeres en el rango de IMC 25 a 29,9 presentaron estadio III. Las pacientes con un IMC normal de 18 a 24,4

presentaron en menor porcentaje el estadio III siendo más frecuente los primeros estadios. (Gráfico. 11) (Tabla. 18 y 19)

Además, se observó que no existe relación entre la presencia de menopausia con la ocurrencia de prolapso genital. Del total de la población, 73 pacientes (52,9%) estudiadas fueron menopaúsicas y 65 (47,1%) de ellas no lo fueron, sin embargo ambos grupos presentaron prolapso genital. (Gráfico. 12) (Tabla. 20)

Entre los síntomas asociados al prolapso genital se registraron el estreñimiento y la incontinencia urinaria (IU). El mayor porcentaje de las pacientes 90,6% no presentaron estreñimiento como síntoma asociado al prolapso genital (Gráfico. 13) (Tabla. 21). En cuanto a la relación entre los tipos de prolapso con el estreñimiento en las mujeres revisadas en este estudio, se observó que en el RECTOCELE y el prolapso de CISTOCELE + RECTOCELE si presentaron estreñimiento y en una baja frecuencia en el CISTOCELE. Y en los otros tipos de prolapso no se presentó como síntoma. (Gráfico. 14) (Tabla. 22)

La frecuencia de la incontinencia urinaria (IU) como síntoma del prolapso en las pacientes estudiadas demostró que un gran porcentaje (52,17%) no presentaron IU como síntoma asociado al prolapso. De las pacientes que si presentaron incontinencia urinaria, un 44, 93% era de IU de esfuerzo y un 2,90% era esporádica. (Gráfico. 15) (Tabla. 23) También se presentó la relación entre los tipos de prolapso con la IU en las mujeres revisadas en este estudio. Se observó que se presentó la incontinencia urinaria de esfuerzo en todos los tipos de prolapso genital, siendo en mayor frecuencia 54 pacientes en el CISTOCELE seguida del CISTOCELE + RECTOCELE. La incontinencia urinaria esporádica se presentó en menor frecuencia 1 -2 pacientes en el CISTOCELE, HISTEROCELE y CISTOCELE+RECTOCELE. Las pacientes que no presentaron incontinencia presentaron todos los tipos de prolapso a excepción del URETROCELE. (Gráfico. 16) (Tabla. 24)

## DISCUSIÓN

En el estudio que se realizó se evaluaron a 138 pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año de 2016 al 2017 con diagnóstico de prolapso genital, con una media de edad de 49,7 años. En comparación al estudio que realizó Franklin J. Espita de la Hoz en el 2015 en donde el promedio de edad fue de 57,6 años donde represento el factor de riesgo clave para desarrollar prolapso genital.<sup>2</sup>

En el presente estudio el número de gestas siendo el promedio de 3, 4; y un 81.16% de pacientes tuvieron entre 2 a 5 gestas. Comparando con el estudio de Franklin J. Espita de la Hoz con promedio de embarazos de 6,3  $\pm$ 4,2, la mayoría de sus pacientes había tenido entre 3 y 6 gestas.<sup>2</sup>

Se obtuvo un porcentaje de 63,77% de pacientes que parieron por parto vía vaginal. Semejante con el estudio realizado por Franklin J. Espita de la Hoz que sus pacientes tuvieron partos vía vaginal siendo un 45% en mujeres con 1 y 3 partos.<sup>2</sup> Ambos concluyendo que al ser sometidas a más partos más probabilidades de desarrollar prolapso existe.

El porcentaje de mujeres en etapa de menopausia fue de un 52,90% en donde no se demostró diferencias significativas entre los grupos ya que ambos presentaron prolapso. Al igual que el estudio de Franklin J. Espita de la Hoz que tuvo sus casos con un 42,84% y del 25.94%.

El antecedente de histerectomía previa en mujeres que desarrollaron prolapso fue de 17,39% ya que solo 24 pacientes fueron sometidas a esta intervención quirúrgica. En comparación con el estudio de Franklin J. Espita de la Hoz donde se encontró en el 59,6% de mujeres histerectomizadas con prolapso.<sup>2</sup>

Se presentó al estreñimiento como un síntoma asociado al prolapso genital siendo un 9,42% las pacientes que lo presentaron. Lo que se asemeja al estudio de Franklin J. presento 18% en el grupo de caos y un 12% en el grupo control.<sup>2</sup>

Se tomó en cuenta en índice de masa corporal como factor predisponente para el desarrollo del prolapso genital; teniendo un porcentaje de 47,83% de mujeres obesas con estadios avanzados de prolapso. Hay semejanzas con el estudio de Franklin J. ya que el 81% de las pacientes presentaron obesidad. Y Ayush Giri MS, PhD y colaboradores realizaron un meta-análisis donde demuestran la fuerte asociación del sobrepeso y obesidad con el prolapso de órganos pélvicos.<sup>24</sup>

Dentro de las desventajas de mi estudio se encontró que: para realizar la recolección de datos solo se podía encontrar la información en el sistema AS400 dentro del Hospital. Otra desventaja fue buscar en diferentes evoluciones la información de las variables y no en la evolución de la primera consulta. Otra desventaja en comparación con los otros estudios fue que la muestra no era lo suficientemente amplia.

Tomando en cuenta las ventajas del estudio es que al ser una muestra pequeña de igual manera se pudo demostrar que varios factores de riesgo como la edad, el parto y la obesidad, etc. contribuyen al desarrollo del prolapso genital.

## CONCLUSIONES

- Se encontró mayor frecuencia del estadio I en las pacientes de 40-45 años; el estadio II en las pacientes de 46 – 55 años y mayores de 56 años el estadio III.
- Se demostró que en la población estudiada el cistocele tiene mayor frecuencia de presentación y el menor fue el uretrocele.
- El parto vía vaginal se asoció a mayor estadio de prolapso genital presentaron las pacientes.
- Las pacientes que desarrollaron prolapso genital el mayor porcentaje tuvieron entre 2 a 5 gestas.
- La obesidad se presentó con mayor frecuencia en los estadios II y III de prolapso genital.
- Se observó la incontinencia urinaria en gran frecuencia de aparición como síntoma asociado al prolapso versus al estreñimiento.

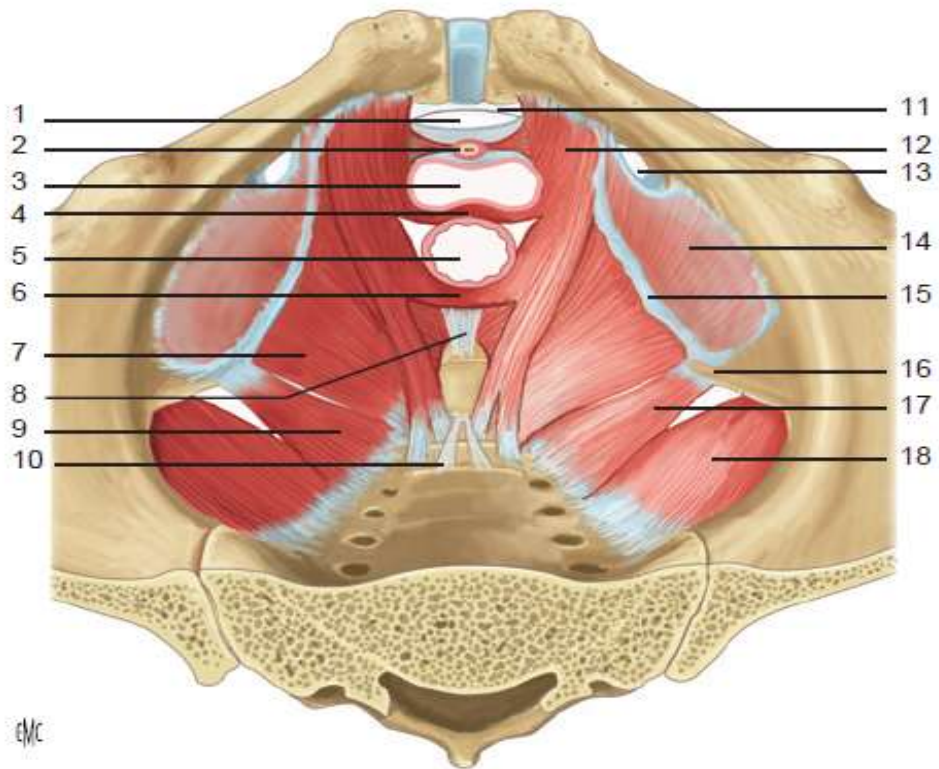


## RECOMENDACIONES

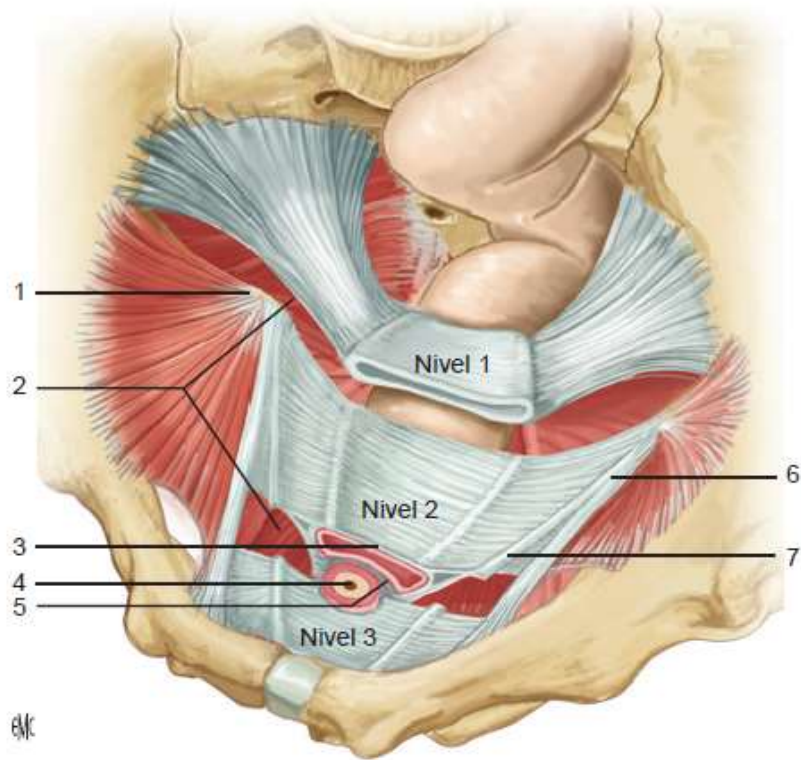
- Se recomienda ampliar la muestra de estudio.
- Codificar y optimizar la rigurosidad de las historias clínicas para su mejor y completa evaluación.
- Establecer los puntos de interés de este estudio para iniciar nuevos proyectos de investigación.
- Estudiar la influencia de otros factores de riesgo como son la raza, factores genéticos, patologías del tejido conectivo, enfermedades pulmonares crónicas, tabaquismo, diabetes, episiotomías, etc., para el desarrollo del prolapso genital.

# **ANEXOS**

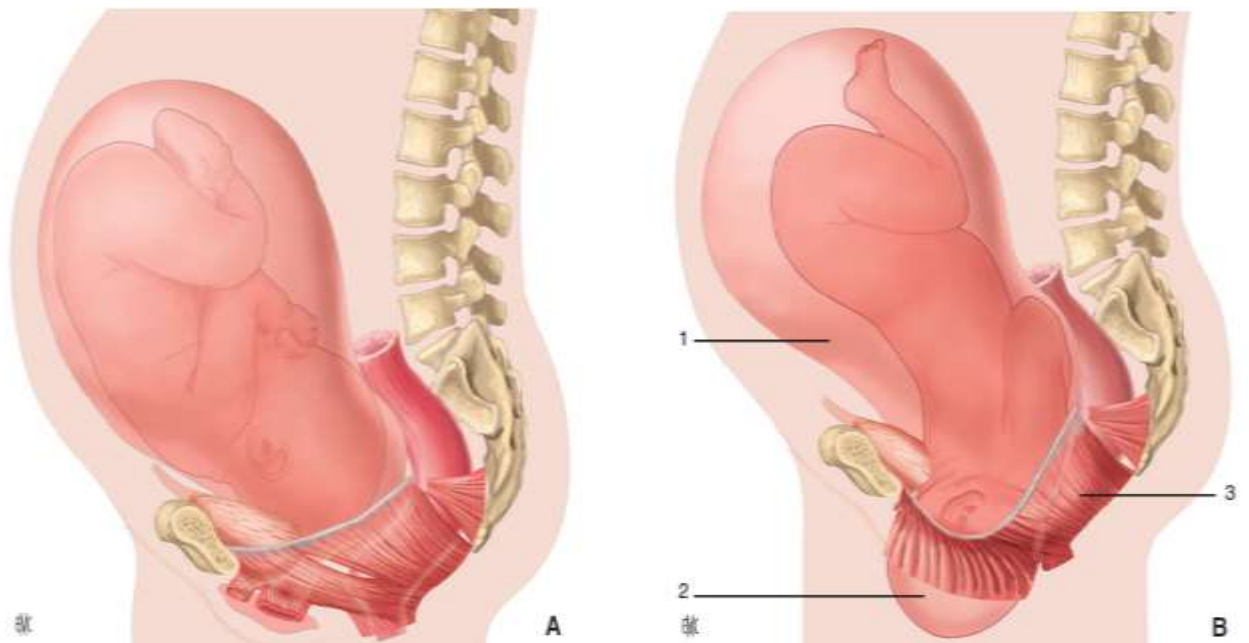
## Figuras



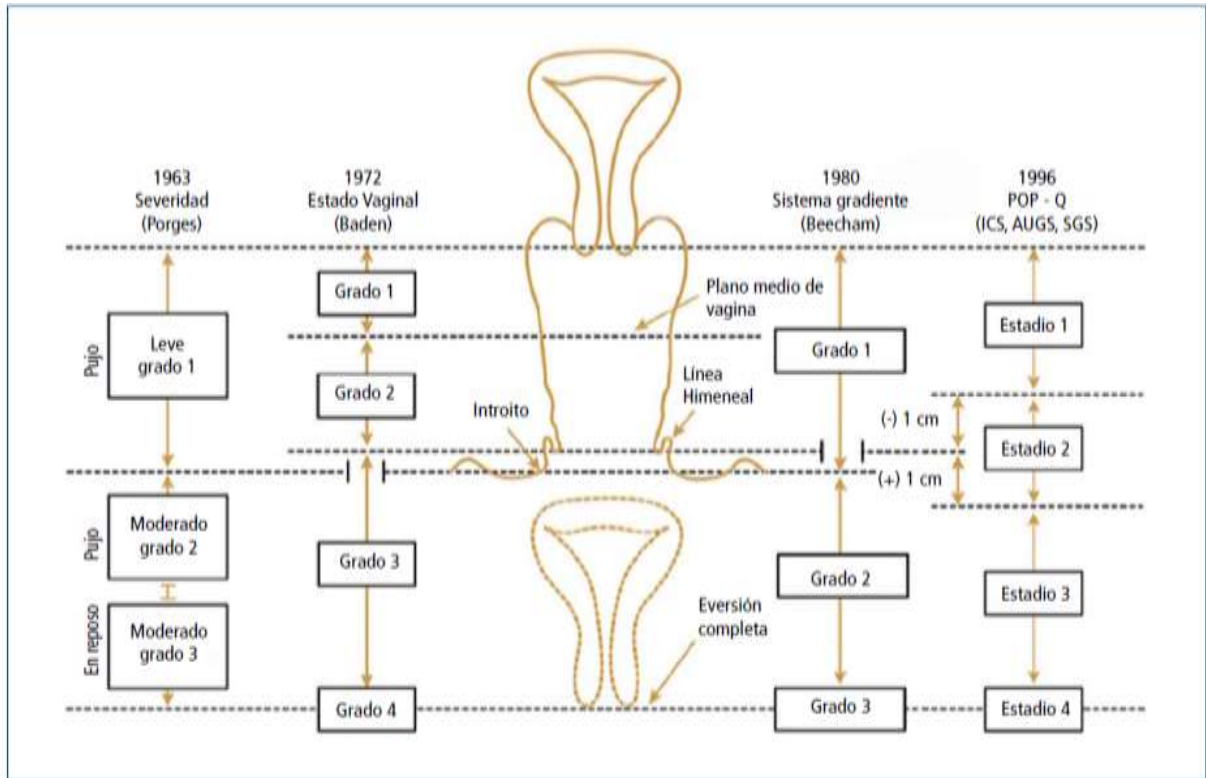
**Figura. 1** Músculos del piso pélvico 1. Hiato infrapúbico; 2. Uretra; 3. Vagina; 4. Músculo pubovaginal; 5. Recto; 6. Fascículo puborrectal; 7. Músculo iliococcígeo; 8. Ligamento anococcígeo; 9. Fascículo coccígeo; 10. Ligamento sacrococcígeo ventral; 11. Ligamento arqueado del pubis; 12. Músculo pubociccígeo; 13. Conducto obturador; 14. Músculo obturador interno recubierto por su fascia; 15. Arco tendinoso del músculo elevador del ano; 16. Espina ciática; 17. Músculo coccígeo; 18. Músculo piriforme.



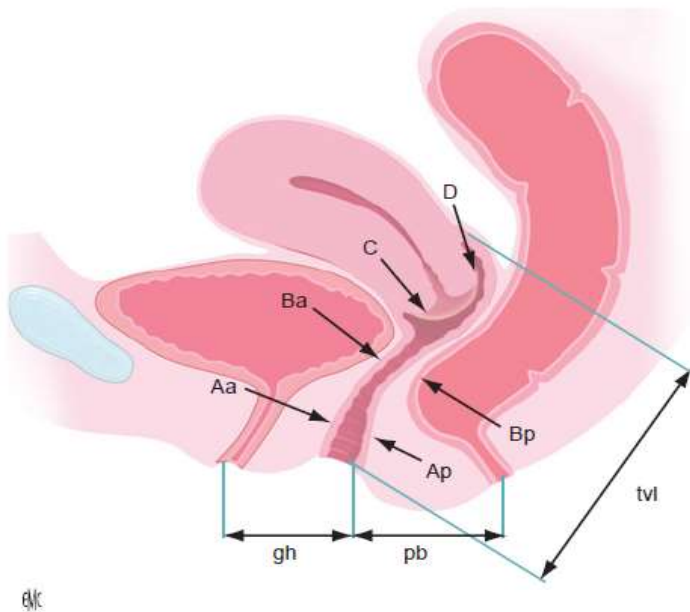
**Figura. 2** Niveles de Delancey. 1. Espina ciática; 2. Músculo elevador del ano; 3. Fascia vesicovaginal; 4. Cuello vesical; 5. Fascia rectovaginal; 6. Arco tendinoso del elevador del ano; 7. Arco tendinoso de la fascia pélvica.



**Figura. 3** Estiramiento del músculo elevador del ano en el parto por vía vaginal. 1. Útero; 2. Cabeza feta; 3. Músculo elevador del ano. A. móvil fetal in utero, B. paso del móvil fetal por el canal del parto



**Figura. 4** Clasificaciones de severidad de prolapso de órganos pélvicos.



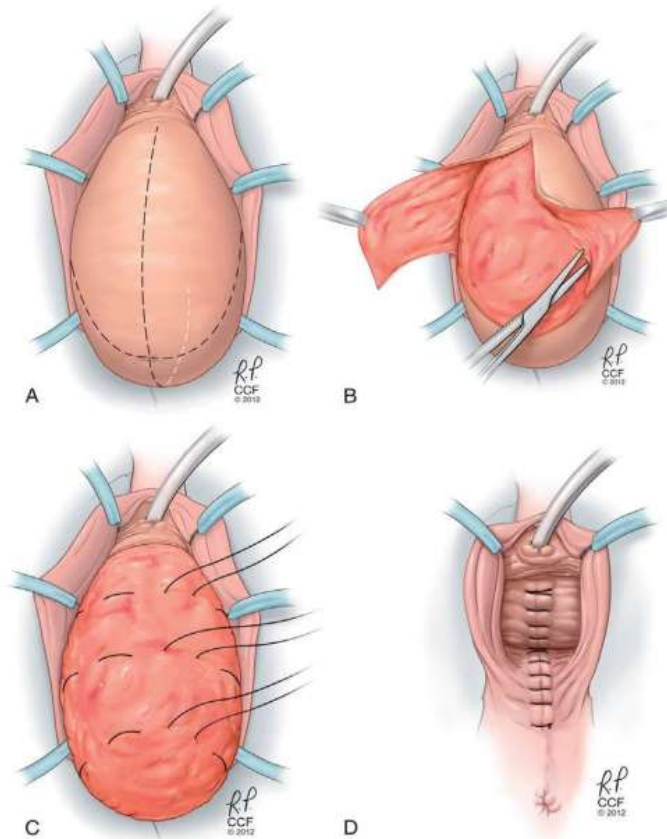
**Figura. 5** Diferentes puntos de la clasificación POP-Q. Aa. Unión uretrovesical; Ba. Vértice del colpecele anterior; C. labio anterior del cuello uterino; D. labio posterior del cuello uterino; Bp. Vértice del colpecele posterior; Ap. Unión anorrectal; gh. Altura del hiato urogenital; pb. Distancia anovulvar; tvl. Longitud vaginal total.

|                 |                  |                                 |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| Pared anterior  | Pared anterior   | Cuello uterino o cúpula vaginal |
| Aa              | Ba               | C                               |
| Hiato genital   | Cuerpo perinatal | Largo vaginal total             |
| gh              | pb               | tvl                             |
| Pared posterior | Pared posterior  | Fórmix posterior                |
| Ap              | Bp               | D                               |

**Figura. 6** Tabla registro Puntaje POP-Q

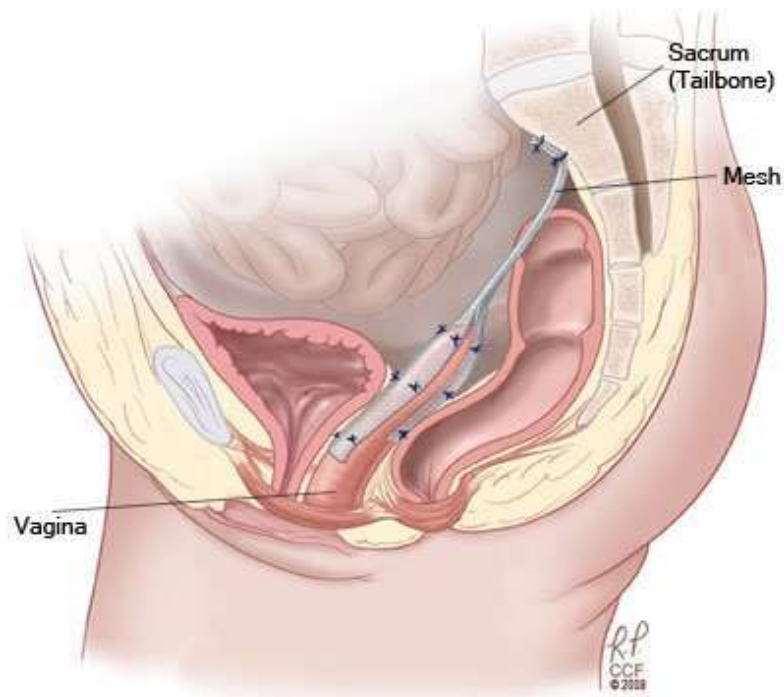


**Figura 7.** Diferentes tipos de pesarios. Pesarios de soporte y que llenan espacios

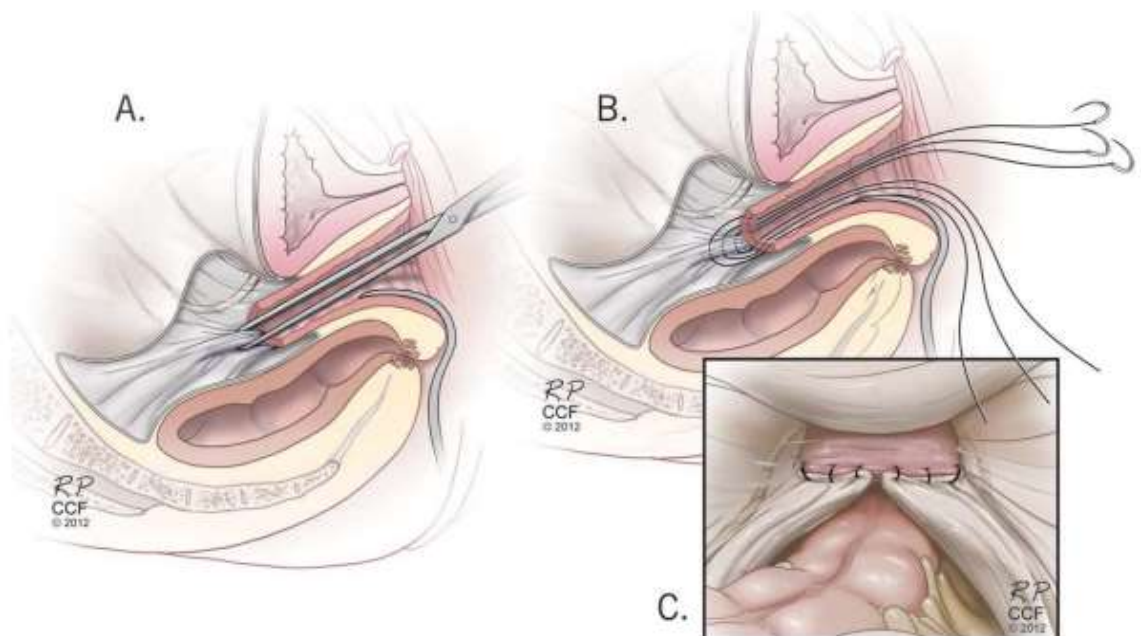


**Figura.8** Colpectomía y colpocleisis post- histerectomía parcial. A. el prolapso es separado en paneles con un rotulador o dispositivo electroquirúrgico.; B. El epitelio vaginal es completamente extirpado de la muscularis vaginal y de la fascia endopélvica subyacente; C. Las suturas son usadas para invertir el tejido prolapsado; D. Colporrafia posterior y perineorrafia son realizado según sean necesarias y posteriormente el cierre de la vagina.



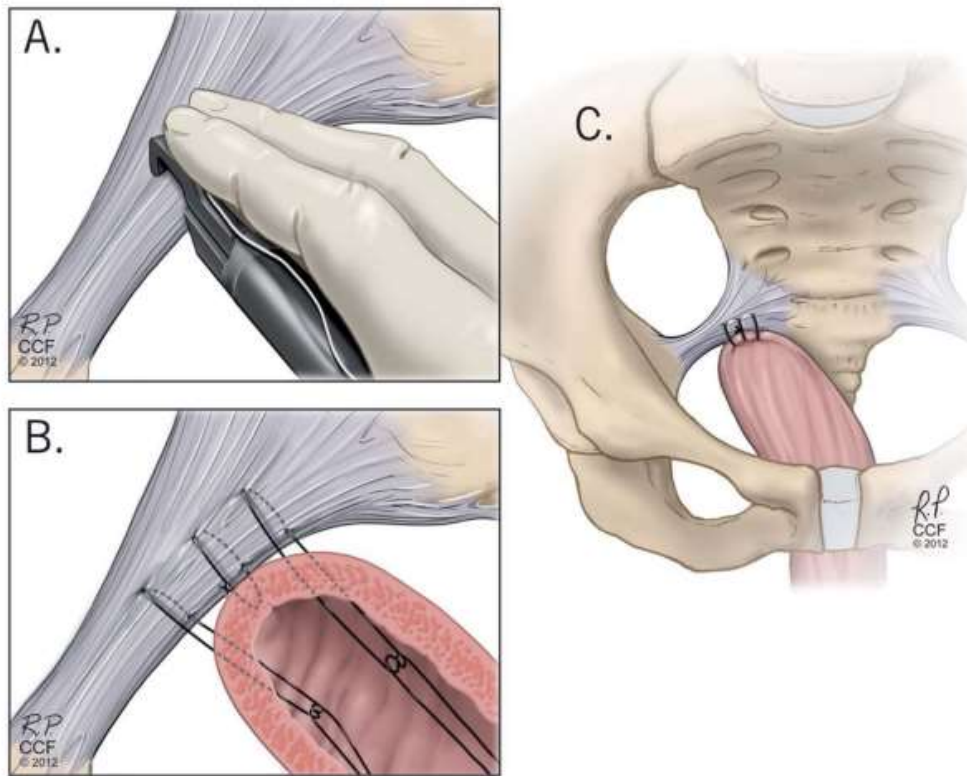


**Figura. 9** Vista lateral de la colpopexia sacra completa con injerto que une la vagina anterior y posterior al promontorio sacro.



**Figura. 10** Colpopexia del ligamento del útero sacro.

A. El ligamento uterosacro aproximadamente a nivel de la espina isquiática se agarra con una Allis; B. Tres suturas son colocadas a través del ligamento uterosacrol ipsilateral y luego a través del ápice vaginal. C. Las suturas son colocadas bilateralmente y atado, suspendido el ápice.



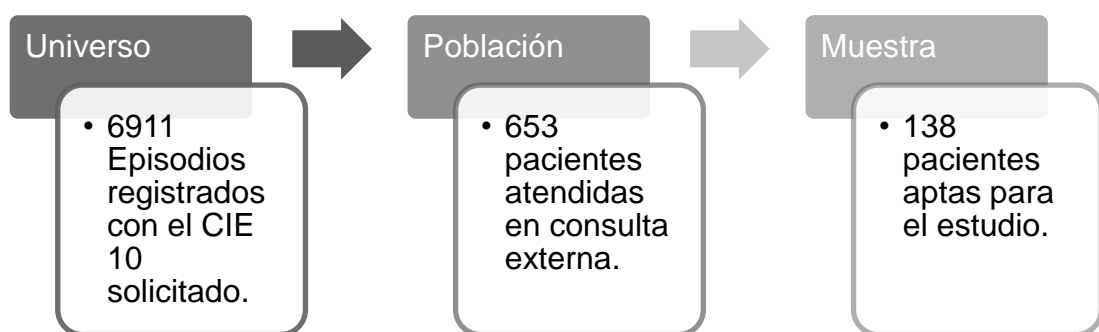
**Figura. 11** Colpopexia del ligamento sacroespinoso.

A. Paso del dispositivo transvaginal de captura de sutura con una sutura a través del ligamento coccígeo sacroespinoso; B. Tres suturas se colocan a través del ligamento coccígeo-sacroespinoso; la sutura media no es reabsorbible también lo es a través de la muscularis y el nudo enterrado; C. Conexión final de la vagina al ligamento coccígeo- sacroespinoso.



## Gráficos

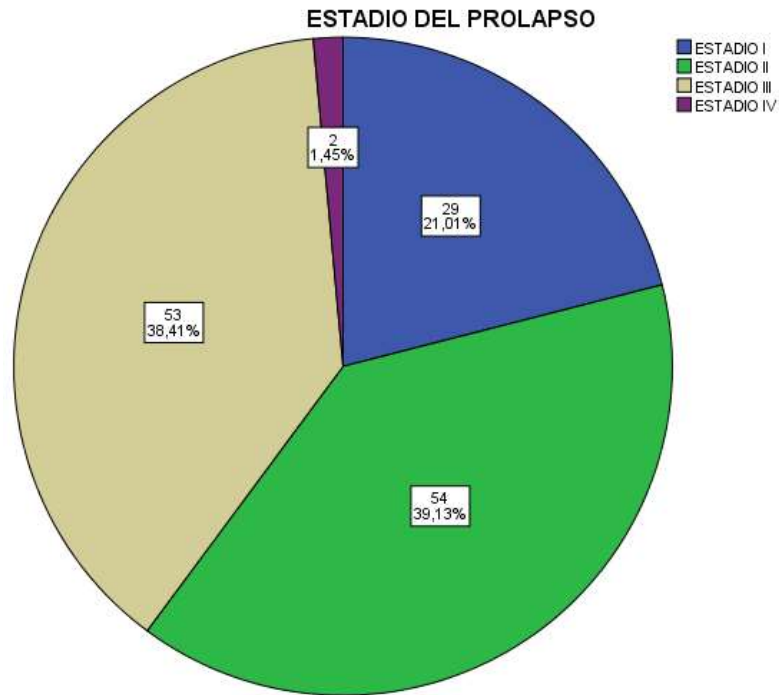
**Gráfico.1** Población de estudio



**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 - 2017.

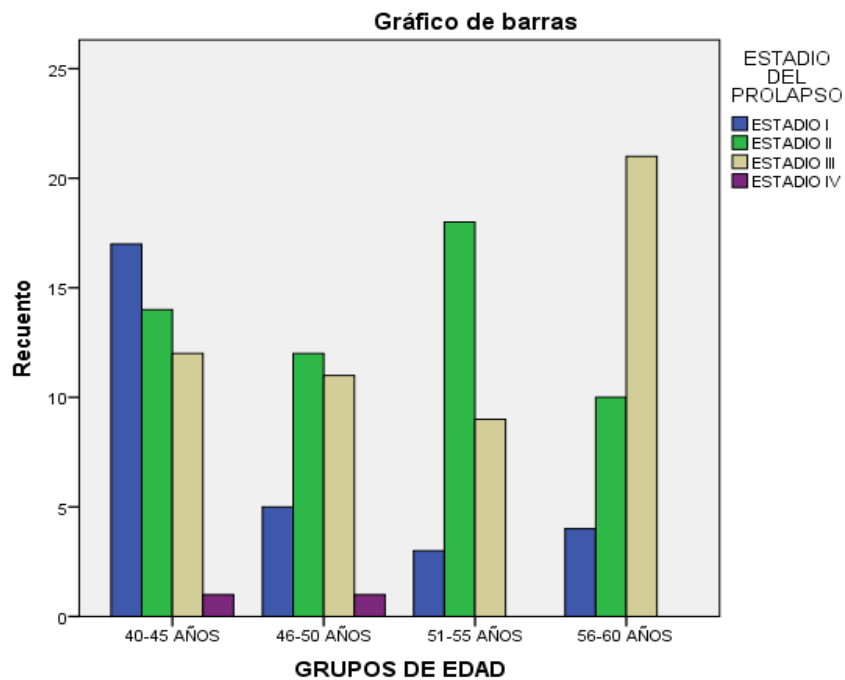
**Gráfico.2** Frecuencias y porcentajes de los estadios del prolapso genital en pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016-2017



Elaborado por: Cavezas, A.

Fuente: Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 - 2017.

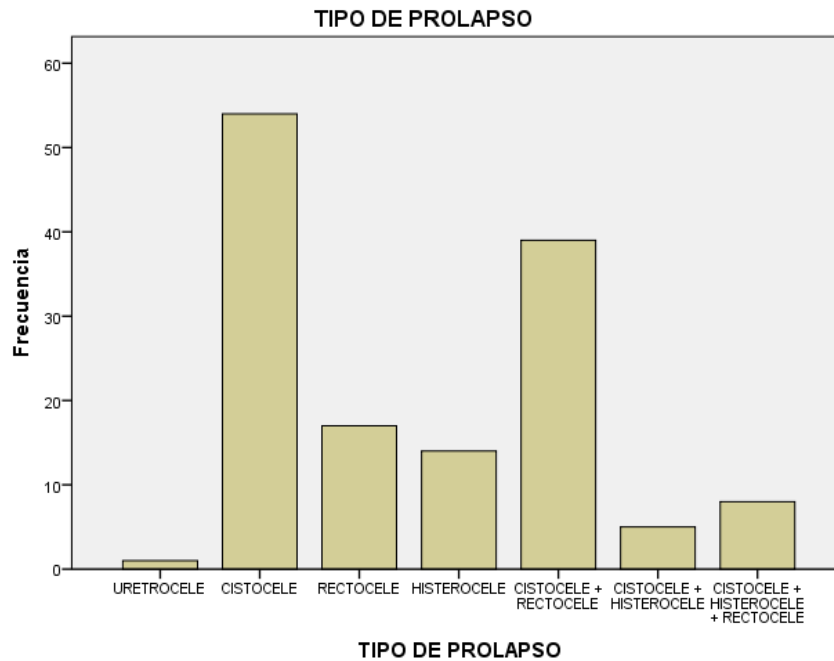
**Gráfico.3** La relación entre los grupos de edad con los estadios del prolapso genital en pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



Elaborado por: Cavezas, A.

Fuente: Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 - 2017.

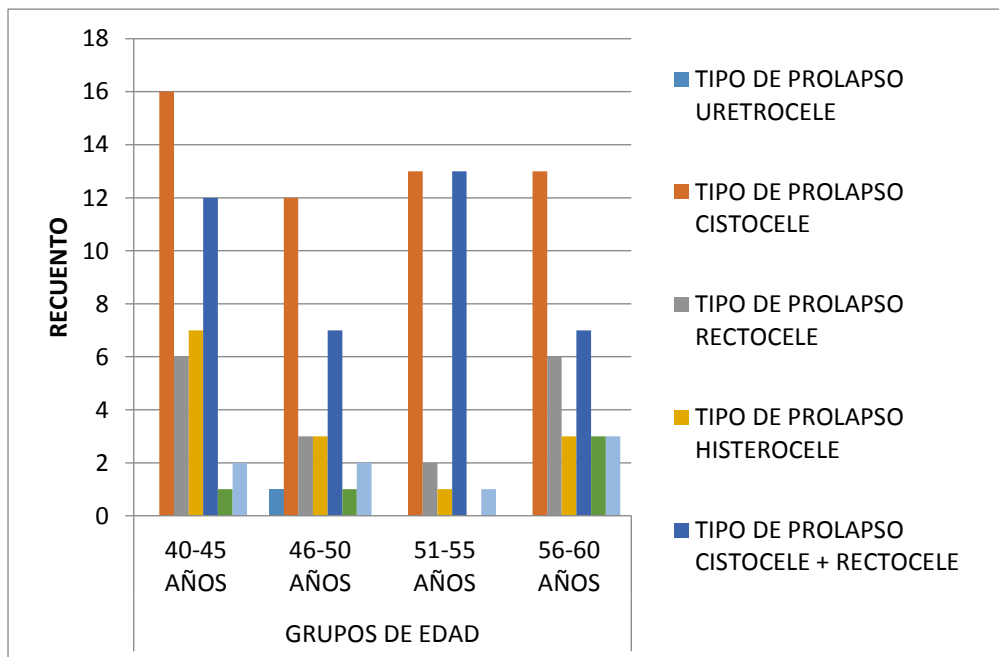
**Gráfico. 4** Frecuencias y porcentajes de los tipos de prolapso genital en pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



Elaborado por: Cavezas, A.

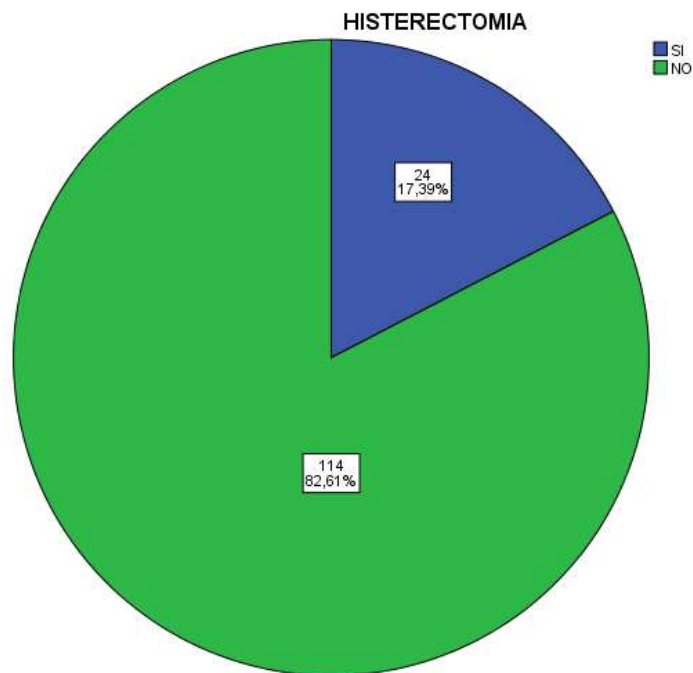
Fuente: Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 - 2017.

**Gráfico. 5** La relación entre los grupos de edad con los tipos del prolapso genital en pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



Elaborado por: Cavezas, A. Fuente: Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Gráfico. 6** Frecuencias y porcentajes de paciente post-histerectomía que desarrollaron prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

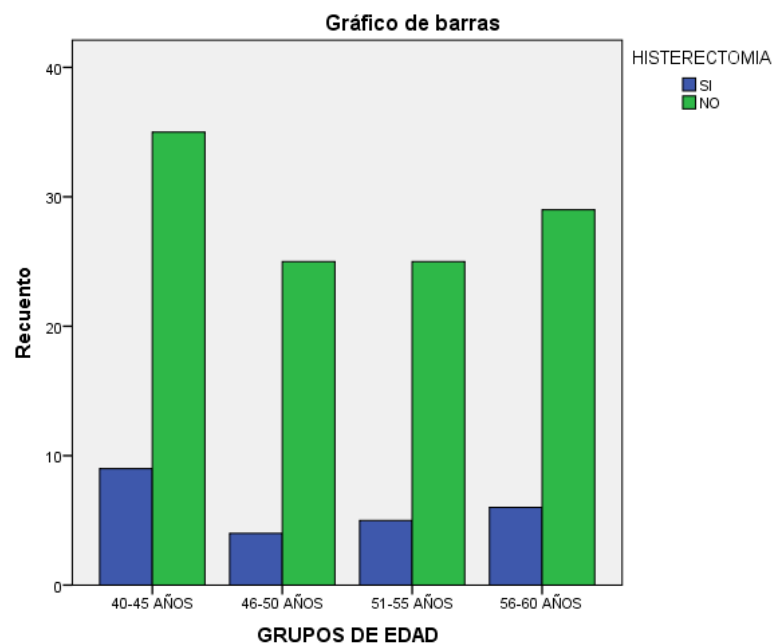


**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

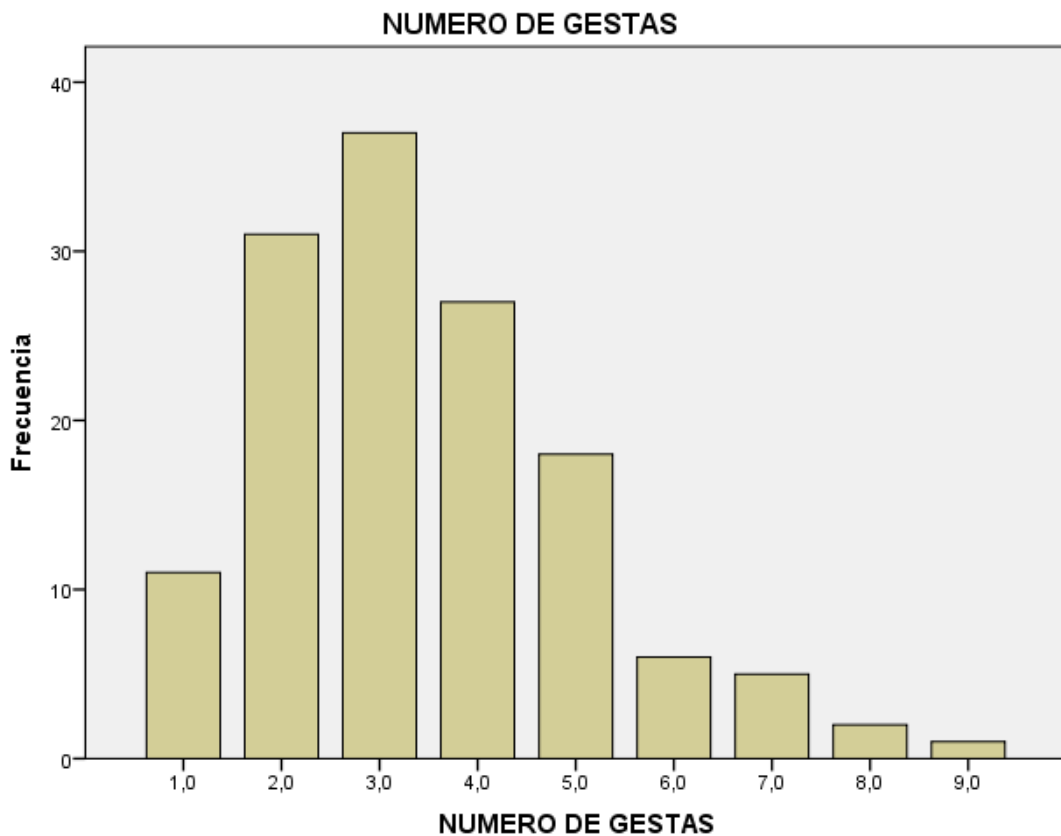
**Gráfico. 7** La relación entre los grupos de edad con pacientes post-histerectomía que desarrollaron prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

n



**Elaborado por:** Cavezas, A. **Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

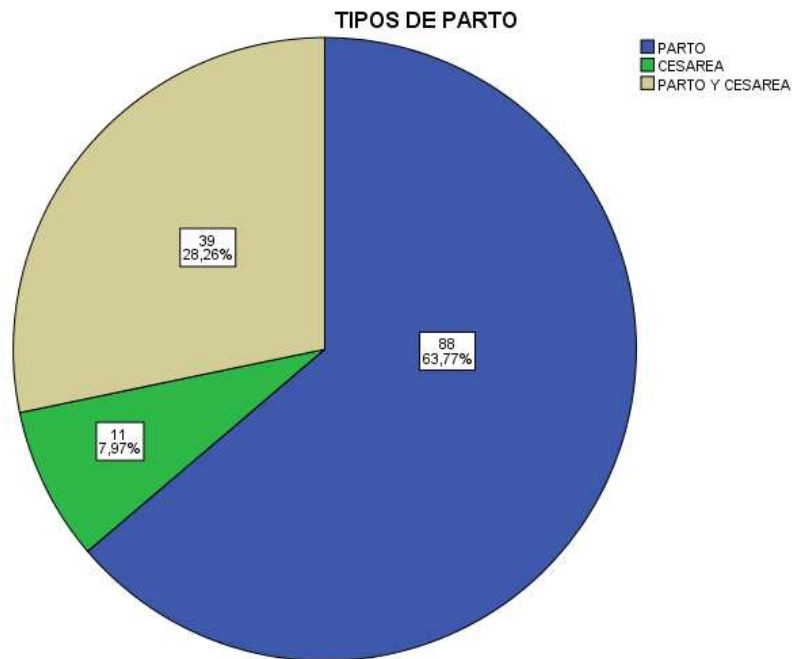
**Gráfico. 8** Frecuencias y porcentajes de los números de partos de las pacientes que desarrollaron prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 – 2017.

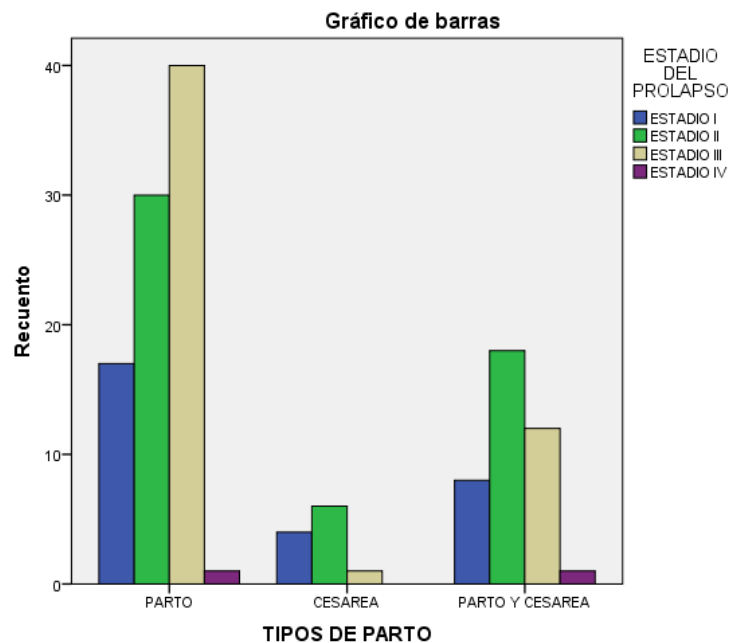
**Gráfico. 9** Frecuencias y porcentajes de los tipos de partos de las pacientes que desarrollaron prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



Elaborado por: Cavezas, A.

Fuente: Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

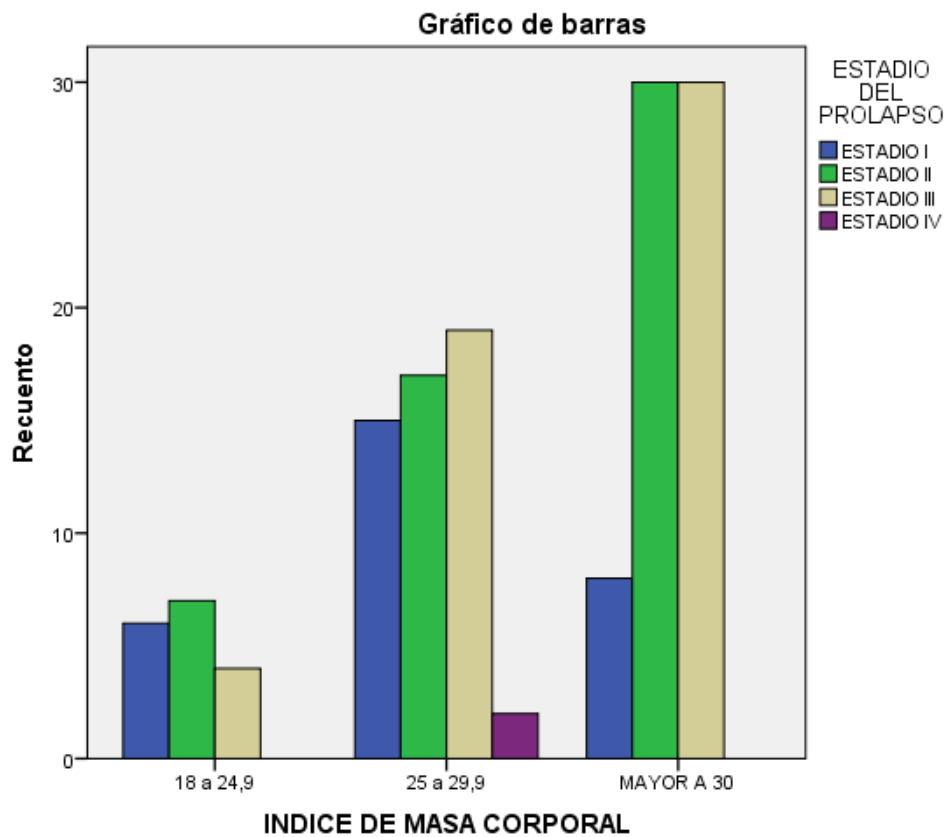
**Gráfico. 10** La relación entre los tipos de parto con los estadios de prolapso en las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



Elaborado por: Cavezas, A.

Fuente: Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

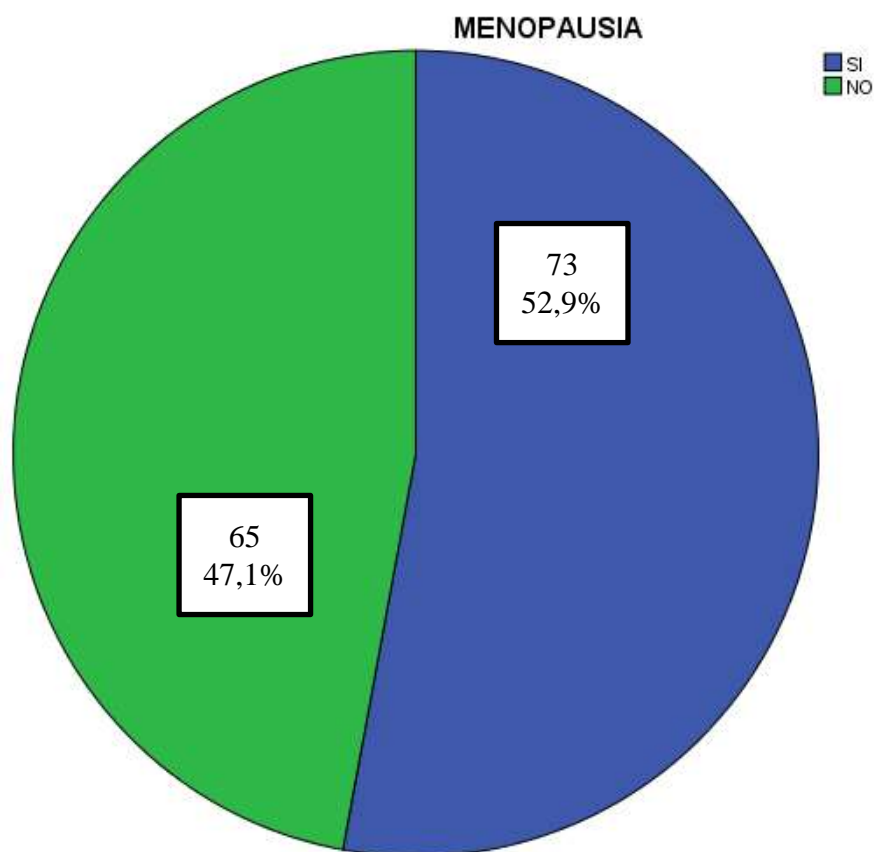
**Gráfico. 11** La relación entre los rangos del Índice de masa corporal con los estadios de prolapso en las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 – 2017.

**Gráfico. 12** Frecuencias y porcentajes de pacientes menopaúsicas y no menopaúsicas que desarrollaron prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

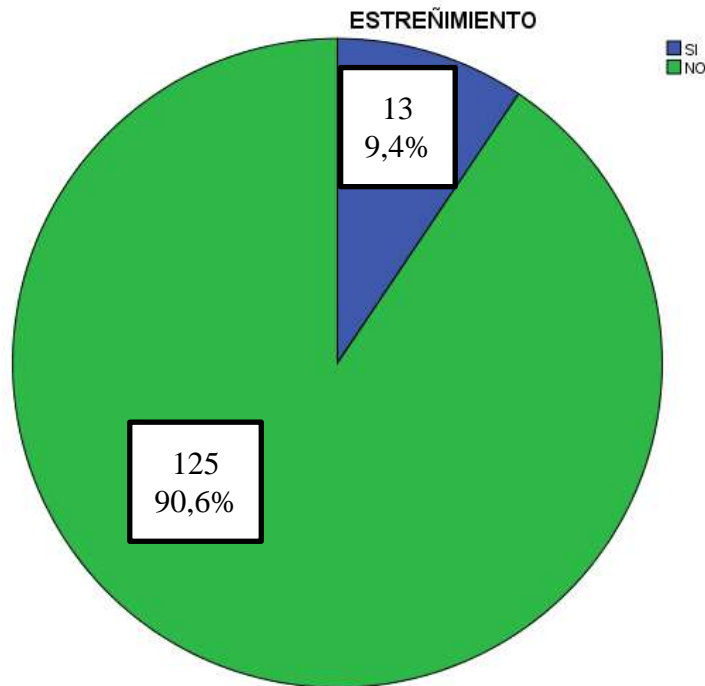


**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 – 2017.



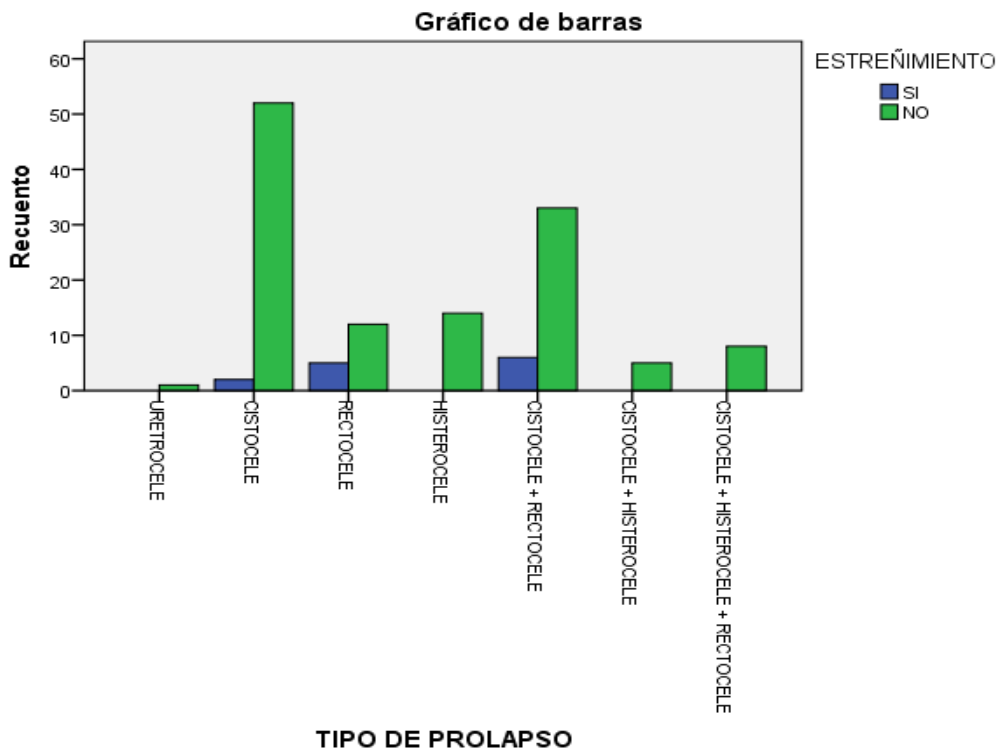
**Gráfico. 13** Frecuencias y porcentajes de la presentación del estreñimiento como síntoma asociado al prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



Elaborado por: Cavezas, A.

Fuente: Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

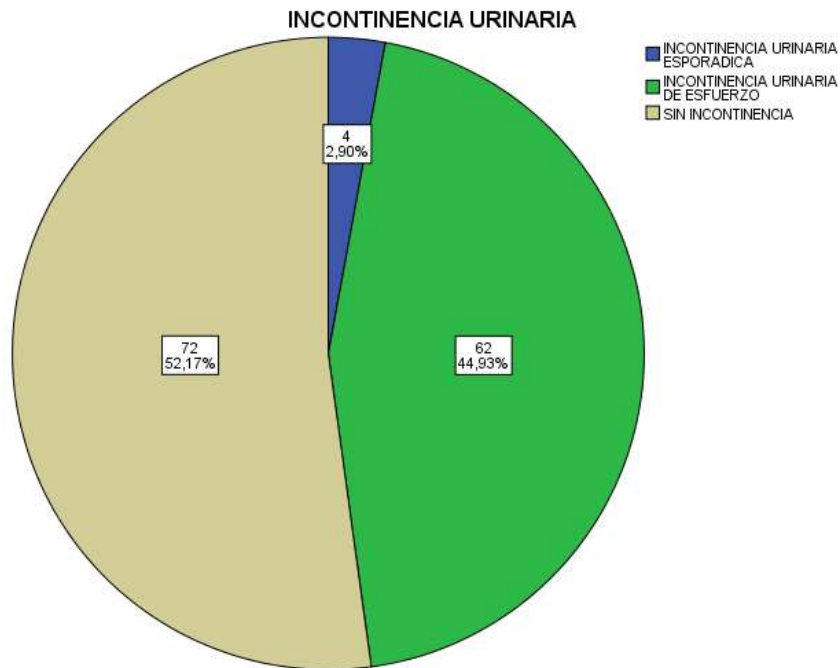
**Gráfico. 14** La relación entre los tipos de prolapso con el estreñimiento como síntoma asociado en las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



Elaborado por: Cavezas, A.

Fuente: Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

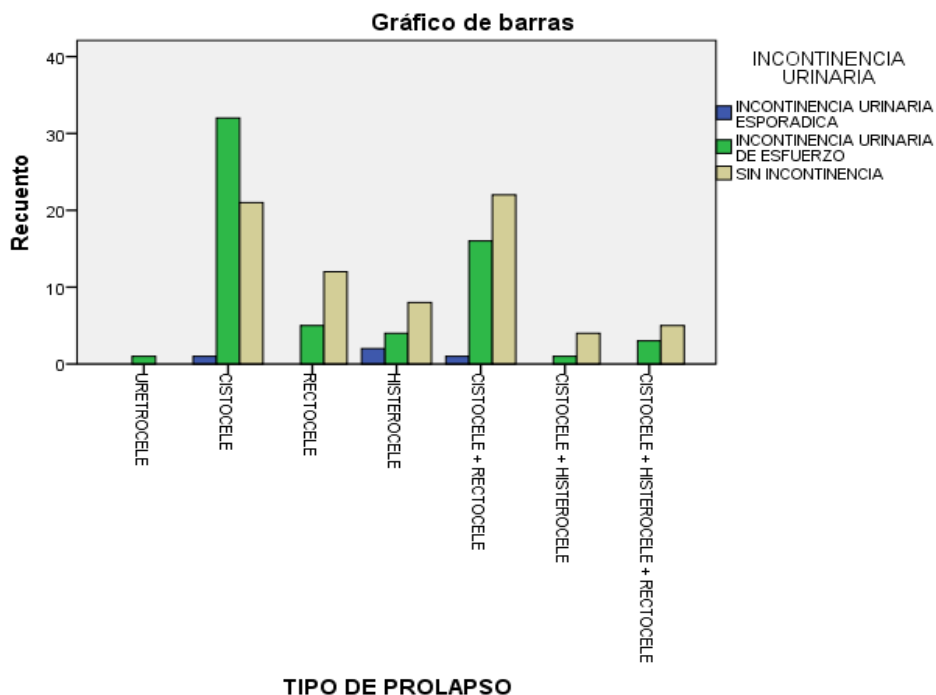
**Gráfico. 15** Frecuencias y porcentajes de la presentación del estreñimiento como síntoma asociado al prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Gráfico. 16** La relación entre los tipos de prolapso con el estreñimiento como síntoma asociado en las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017



**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

## Tablas

**Tabla. 1** Clasificación del índice de masa corporal

| Clasificación      | IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) | Riesgo     |
|--------------------|--------------------------|------------|
| Normal             | 18.5 - 24.9              | Promedio   |
| Sobrepeso          | 25 - 29.9                | Aumentado  |
| Obesidad grado I   | 30 - 34.9                | Moderado   |
| Obesidad grado II  | 35 - 39.9                | Severo     |
| Obesidad grado III | Más de 40                | Muy Severo |

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud)

**Tabla. 2** Evaluación funcional de los músculos elevadores del ano

La contracción debe mantenerse al menos 5 segundos

0: sin contracción

1: contracción muy débil, percibida con el dedo como una vibración

2: contracción débil pero indiscutible

3: contracción bien percibida, pero insuficiente para resistir una oposición débil

4: contracción fuerte, resiste una oposición moderada

5: contracción fuerte, resiste una oposición fuerte

**Tabla 3.** Datos estadísticos de la Edad de las pacientes con prolapso genital atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016-2017

| EDAD    |          |        |
|---------|----------|--------|
| N       | Válido   | 138    |
|         | Perdidos | 0      |
| Media   |          | 49,739 |
| Mediana |          | 50,000 |
| Moda    |          | 41,0   |
| Mínimo  |          | 40,0   |
| Máximo  |          | 60,0   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla.4** Frecuencias y porcentajes de los grupos de edad de las pacientes con prolapso genital atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

| Grupos de edad | Número de pacientes | Porcentaje (%) |
|----------------|---------------------|----------------|
| 40 a 45        | 44                  | 31,88          |
| 46 a 50        | 29                  | 21,01          |
| 51 a 55        | 30                  | 21,74          |
| 56 a 60        | 35                  | 25,36          |
| Total          | 138                 | 100,00         |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla.5** Frecuencias y porcentajes de los estadios de prolapso genital de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

| ESTADIO DEL PROLAPSO |             | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido               | ESTADIO I   | 29         | 21,0       | 21,0              | 21,0                 |
|                      | ESTADIO II  | 54         | 39,1       | 39,1              | 60,1                 |
|                      | ESTADIO III | 53         | 38,4       | 38,4              | 98,6                 |
|                      | ESTADIO IV  | 2          | 1,4        | 1,4               | 100,0                |
|                      | Total       | 138        | 100,0      | 100,0             |                      |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 – 2017.

**Tabla.6** Frecuencias en la relación entre los grupos de edad con los estadios del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**GRUPOS DE EDAD - ESTADIO DEL PROLAPSO**

| GRUPOS DE EDAD |  | ESTADIO DEL PROLAPSO |            |             |            | Total |
|----------------|--|----------------------|------------|-------------|------------|-------|
|                |  | ESTADIO I            | ESTADIO II | ESTADIO III | ESTADIO IV |       |
| 40-45 AÑOS     |  | 17                   | 14         | 12          | 1          | 44    |
| 46-50 AÑOS     |  | 5                    | 12         | 11          | 1          | 29    |
| 51-55 AÑOS     |  | 3                    | 18         | 9           | 0          | 30    |
| 56-60 AÑOS     |  | 4                    | 10         | 21          | 0          | 35    |
| Total          |  | 29                   | 54         | 53          | 2          | 138   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 – 2017.

**Tabla.7** Pruebas de chi-cuadrado en la relación entre los grupos de edad con los estadios del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 23,106 <sup>a</sup> | 9  | ,006                      |
| Razón de verosimilitud       | 22,481              | 9  | ,007                      |
| Asociación lineal por lineal | 8,502               | 1  | ,004                      |
| N de casos válidos           | 138                 |    |                           |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 – 2017.

**Tabla.8** Frecuencias de la relación entre los grupos de edad con los tipos del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

|            | TIPO DE PROLAPSO |           |           |             |                       |                         |                                     | Total |
|------------|------------------|-----------|-----------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------|
|            | URETROCELE       | CISTOCELE | RECTOCELE | HISTEROCELE | CISTOCELE + RECTOCELE | CISTOCELE + HISTEROCELE | CISTOCELE + RECTOCELE + HISTEROCELE |       |
| 40-45 AÑOS | 0                | 16        | 6         | 7           | 12                    | 1                       | 2                                   | 44    |
| 46-50 AÑOS | 1                | 12        | 3         | 3           | 7                     | 1                       | 2                                   | 29    |
| 51-55 AÑOS | 0                | 13        | 2         | 1           | 13                    | 0                       | 1                                   | 30    |
| 56-60 AÑOS | 0                | 13        | 6         | 3           | 7                     | 3                       | 3                                   | 35    |
| Total      | 1                | 54        | 17        | 14          | 39                    | 5                       | 8                                   | 138   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla. 9** Porcentajes de presentación de la relación entre los grupos de edad con los tipos del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

| GRUPO DE EDAD | % DE CISTOCELE | % CISTOCELE + RECTOCELE |
|---------------|----------------|-------------------------|
| 40-45 AÑOS    | 36,36          | 27,27                   |
| 46-50 AÑOS    | 41,38          | 24,13                   |
| 51-55 AÑOS    | 43,33          | 43,33                   |
| 56-60 AÑOS    | 37,14          | 20                      |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla. 10** Frecuencias y porcentajes de las pacientes con o sin intervención quirúrgica – histerectomía que presentaron prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016-2017

**HISTERECTOMIA PREVIA**

|        |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | SI    | 24         | 17,4       | 17,4              | 17,4                 |
|        | NO    | 114        | 82,6       | 82,6              | 100,0                |
|        | Total | 138        | 100,0      | 100,0             |                      |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla 11.** Frecuencias de la relación entre los grupos de edad con el antecedente de histerectomía previa en las pacientes que presentaron prolapso, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**GRUPOS DE EDAD- HISTERECTOMIA PREVIA**

| GRUPOS DE EDAD |  | HISTERECTOMIA |     | Total |
|----------------|--|---------------|-----|-------|
|                |  | SI            | NO  |       |
| 40-45 AÑOS     |  | 9             | 35  | 44    |
| 46-50 AÑOS     |  | 4             | 25  | 29    |
| 51-55 AÑOS     |  | 5             | 25  | 30    |
| 56-60 AÑOS     |  | 6             | 29  | 35    |
| Total          |  | 24            | 114 | 138   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla. 12** Pruebas de chi-cuadrado de la relación entre los grupos de edad con el antecedente de histerectomía previa en las pacientes que presentaron prolapso, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor             | gl | Sig. asintótica<br>(2 caras) |
|------------------------------|-------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | ,561 <sup>a</sup> | 3  | ,905                         |
| Razón de verosimilitud       | ,565              | 3  | ,904                         |
| Asociación lineal por lineal | ,109              | 1  | ,741                         |
| N de casos válidos           | 138               |    |                              |

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,04.

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla. 13** Datos estadísticos del número de gestas que presentaron las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**NUMERO DE GESTAS**

|         |          |       |
|---------|----------|-------|
| N       | Válido   | 138   |
|         | Perdidos | 0     |
| Media   |          | 3,464 |
| Mediana |          | 3,000 |
| Moda    |          | 3,0   |
| Mínimo  |          | 1,0   |
| Máximo  |          | 9,0   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla. 14** Frecuencias y porcentajes de los tipos de parto que presentaron las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**TIPOS DE PARTO**

|                 | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|-----------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válido PARTO    | 88         | 63,8       | 63,8                 | 63,8                    |
| CESAREA         | 11         | 8,0        | 8,0                  | 71,7                    |
| PARTO Y CESAREA | 39         | 28,3       | 28,3                 | 100,0                   |
| Total           | 138        | 100,0      | 100,0                |                         |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.



**Tabla. 15** Frecuencias de la relación entre los tipos de parto con los estadios del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

|                |                 | ESTADIO DEL PROLAPSO |            |             |            | Total |
|----------------|-----------------|----------------------|------------|-------------|------------|-------|
|                |                 | ESTADIO I            | ESTADIO II | ESTADIO III | ESTADIO IV |       |
| TIPOS DE PARTO | PARTO           | 17                   | 30         | 40          | 1          | 88    |
|                | CESAREA         | 4                    | 6          | 1           | 0          | 11    |
|                | PARTO Y CESAREA | 8                    | 18         | 12          | 1          | 39    |
| Total          |                 | 29                   | 54         | 53          | 2          | 138   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla. 16** Porcentajes de presentación de la relación entre los tipos de parto con los estadios del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

|                |                 | ESTADIO DEL PROLAPSO |            |             |            |
|----------------|-----------------|----------------------|------------|-------------|------------|
|                |                 | ESTADIO I            | ESTADIO II | ESTADIO III | ESTADIO IV |
| TIPOS DE PARTO | PARTO           | 19,32%               | 34,09%     | 45,45%      | 1,14%      |
|                | CESAREA         | 36,36%               | 54,55%     | 9,09%       | 0,00%      |
|                | PARTO Y CESAREA | 20,51%               | 46,15%     | 30,77%      | 2,56%      |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017.

**Tabla. 17** Datos estadísticos del índice de masa corporal que presentaron las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**INDICE DE MASA CORPORAL**

|         |          |                    |
|---------|----------|--------------------|
| N       | Válido   | 138                |
|         | Perdidos | 0                  |
| Media   |          | 30,2797            |
| Mediana |          | 29,6650            |
| Moda    |          | 21,64 <sup>a</sup> |
| Mínimo  |          | 21,00              |
| Máximo  |          | 44,41              |

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017

**Tabla. 18** Frecuencias de la relación entre el índice de masa corporal con los estadios del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**INDICE DE MASA CORPORAL - ESTADIO DEL PROLAPSO**

|                         |            | ESTADIO DEL PROLAPSO |            |             |            | Total |
|-------------------------|------------|----------------------|------------|-------------|------------|-------|
|                         |            | ESTADIO I            | ESTADIO II | ESTADIO III | ESTADIO IV |       |
| INDICE DE MASA CORPORAL | 18 a 24,9  | 6                    | 7          | 4           | 0          | 17    |
|                         | 25 a 29,9  | 15                   | 17         | 19          | 2          | 53    |
|                         | MAYOR A 30 | 8                    | 30         | 30          | 0          | 68    |
| Total                   |            | 29                   | 54         | 53          | 2          | 138   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017

**Tabla. 19** Pruebas de chi-cuadrado de la relación en índice de masa corporal con los estadios del prolapso de las pacientes que presentaron prolapso, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 11,737 <sup>a</sup> | 6  | ,068                      |
| Razón de verosimilitud       | 12,633              | 6  | ,049                      |
| Asociación lineal por lineal | 4,578               | 1  | ,032                      |
| N de casos válidos           | 138                 |    |                           |

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,25.

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017

**Tabla. 20** Frecuencias y porcentajes de menopáusica en pacientes que presentaron prolapso genital, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**MENOPAUSIA**

|        |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | SI    | 73         | 52,9       | 52,9              | 52,9                 |
|        | NO    | 65         | 47,1       | 47,1              | 100,0                |
|        | Total | 138        | 100,0      | 100,0             |                      |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017

**Tabla. 21** Frecuencias y porcentajes del estreñimiento como síntoma asociado al prolapso genital en las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

**ESTREÑIMIENTO**

|        |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | SI    | 13         | 9,4        | 9,4               | 9,4                  |
|        | NO    | 125        | 90,6       | 90,6              | 100,0                |
|        | Total | 138        | 100,0      | 100,0             |                      |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017

**Tabla. 22** Frecuencias de la relación entre el estreñimiento como síntoma con los tipos del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

| TIPO DE PROLAPSO - ESTREÑIMIENTO |   |               |     |       |
|----------------------------------|---|---------------|-----|-------|
|                                  |   | ESTREÑIMIENTO |     | Total |
|                                  |   | SI            | NO  |       |
| TIPO DE PROLAPSO                 | URETROCELE                                | 0             | 1   | 1     |
|                                  | CISTOCELE                                 | 2             | 52  | 54    |
|                                  | RECTOCELE                                 | 5             | 12  | 17    |
|                                  | HISTEROCELE                               | 0             | 14  | 14    |
|                                  | CISTOCELE +<br>RECTOCELE                  | 6             | 33  | 39    |
|                                  | CISTOCELE +<br>HISTEROCELE                | 0             | 5   | 5     |
|                                  | CISTOCELE +<br>HISTEROCELE +<br>RECTOCELE | 0             | 8   | 8     |
| Total                            |   | 13            | 125 | 138   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017

**Tabla. 23** Frecuencias y porcentajes de la incontinencia urinaria como síntoma asociado al prolapso genital en las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

| INCONTINENCIA URINARIA |                                       |            |            |                   |                      |
|------------------------|---------------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
|                        |                                       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido                 | INCONTINENCIA<br>URINARIA ESPORADICA  | 4          | 2,9        | 2,9               | 2,9                  |
|                        | INCONTINENCIA<br>URINARIA DE ESFUERZO | 62         | 44,9       | 44,9              | 47,8                 |
|                        | SIN INCONTINENCIA                     | 72         | 52,2       | 52,2              | 100,0                |
| Total                  |                                       | 138        | 100,0      | 100,0             |                      |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES “Teodoro Maldonado Carbo” 2016 – 2017

**Tabla. 24** Frecuencias de la relación entre la incontinencia urinaria como síntoma con los tipos del prolapso de las pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2016- 2017

|                  |                                     | INCONTINENCIA URINARIA            |                                    |                   | Total |
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------|-------|
|                  |                                     | INCONTINENCIA URINARIA ESPORADICA | INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO | SIN INCONTINENCIA |       |
| TIPO DE PROLAPSO | URETROCELE                          | 0                                 | 1                                  | 0                 | 1     |
|                  | CISTOCELE                           | 1                                 | 32                                 | 21                | 54    |
|                  | RECTOCELE                           | 0                                 | 5                                  | 12                | 17    |
|                  | HISTEROCELE                         | 2                                 | 4                                  | 8                 | 14    |
|                  | CISTOCELE + RECTOCELE               | 1                                 | 16                                 | 22                | 39    |
|                  | CISTOCELE + HISTEROCELE             | 0                                 | 1                                  | 4                 | 5     |
|                  | CISTOCELE + HISTEROCELE + RECTOCELE | 0                                 | 3                                  | 5                 | 8     |
| Total            |                                     | 4                                 | 62                                 | 72                | 138   |

**Elaborado por:** Cavezas, A.

**Fuente:** Estadísticas Hospital IEES "Teodoro Maldonado Carbo" 2016 – 2017

## BIBLIOGRAFIA

1. Asocioación Internacional de Uroginecolegía. Prolapso Genital Una Guía para mujeres [Internet]. 2011. Available from: [www.iuga.org](http://www.iuga.org)
2. Espitia de la Hoz FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Urol Colomb*. 2015 Apr; 24(1):12–8.
3. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician*. 2017 Aug 1; 96(3):179–85.
4. This document was developed by the American Urogynecologic Society (AUGS) Guidelines and Statements Committee with assistance of Cassandra L. Carberry, MD, Paul K. Tulikangas, Beri M. Ridgeway, Sarah A. Collins, and Rony A. Adam. Evaluation and Counseling of Patients With Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017 Oct; 23(5):281–7.
5. Hoffman BL, editor. *Williams gynecology*. 2. ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2012. 1401 p.
6. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J* [Internet]. 2017 Sep 18 [cited 2017 Sep 29]; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-017-3475-4>
7. Cohen David. Prolapso Genital Femenino: Lo que debería saber. Unidad Ginecol Dep Obstet Ginecol Cent Espec En Piso Pelviano Clínica Las Condes [Internet]. 2013 Jan 30; Available from: [http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/4-Dr.Cohen.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/4-Dr.Cohen.pdf)
8. Young N, Atan IK, Rojas RG, Dietz HP. Obesity: how much does it matter for female pelvic organ prolapse? *Int Urogynecology J* [Internet]. 2017

Sep 15 [cited 2017 Sep 29]; Available from:

<http://link.springer.com/10.1007/s00192-017-3455-8>

9. Prolapso genital (actualizado junio 2013). *Prog Obstet Ginecol*. 2015 Apr; 58(4):205–8.
10. Pizarro-Berdichevsky J, Borazjani A, Pattillo A, Arellano M, Li J, Goldman HB. Natural history of pelvic organ prolapse in symptomatic patients actively seeking treatment. *Int Urogynecology J* [Internet]. 2017 Aug 24 [cited 2017 Sep 29]; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-017-3450-0>
11. J., F. (Abril 2015). Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles . *UROLOGIA COLOMBIANA*, 1-76.
12. Handa VL, Lockhart ME, Fielding JR, Bradley CS, Brubaker L, Cundiff GW, et al. Racial Differences in Pelvic Anatomy by Magnetic Resonance Imaging: *Obstet Gynecol*. 2008 Apr;111(4):914–20.
13. Fotton B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. Anatomía funcional del piso pélvico. *EMC - Ginecol-Obstet*. 2015 Mar;51(1):1–20.
14. Raizada N, Mittal P, Suri J, Puri A, Sharma V. Comparative Study to Evaluate the Intersystem Association and Reliability Between Standard Pelvic Organ Prolapse Quantification System and Simplified Pelvic Organ Prolapse Scoring System. *J Obstet Gynecol India*. 2014 Dec;64(6):421–4.
15. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecology J*. 2013 Nov;24(11):1783–90.
16. Dunivan GC, Cichowski SB, Komesu YM, Fairchild PS, Anger JT, Rogers RG. Ethnicity and variations of pelvic organ prolapse bother. *Int Urogynecology J*. 2014 Jan;25(1):53–9.
17. Ward RM, Velez Edwards DR, Edwards T, Giri A, Jerome RN, Wu JM. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Oct;211(4):326–35.

18. Dunivan GC, Anger JT, Alas A, Wieslander C, Sevilla C, Chu S, et al. Pelvic Organ Prolapse: A Disease of Silence and Shame. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2014;20(6):322–7.
19. Durnea CM, Khashan AS, Kenny LC, Durnea UA, Smyth MM, O'Reilly BA. Prevalence, etiology and risk factors of pelvic organ prolapse in premenopausal primiparous women. *Int Urogynecology J*. 2014 Nov;25(11):1463–70.
20. Giraudet G, Lucot J-P, Quinton J-F, Cosson M. Prolapsos genitales. *EMC - Ginecol-Obstet*. 2017 Mar;53(1):1–18.
21. Vergeldt TFM, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecology J*. 2015 Nov;26(11):1559–73.
22. Walters MD, Ridgeway BM. Surgical Treatment of Vaginal Apex Prolapse: *Obstet Gynecol*. 2013 Feb;121(2, PART 1):354–74.
23. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the women's health initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Jun;186(6):1160–6.
24. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, Velez Edwards DR, Edwards TL. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jul;217(1):11–26.e3.
25. Peter Dietz, H., & Guzmán Rojas, R. (2013). Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(2), 210–217. [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70152-4](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70152-4)





Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cavezas Cobo Adriana Elizabeth**, con C.C: # **092103339-5** autor del trabajo de titulación: **Factores de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2016-2017**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **04 de septiembre de 2018**

---

Nombre: **Cavezas Cobo Adriana Elizabeth**

C.C: **0921033395**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

|  |  |                                      |    |
|--|--|--------------------------------------|----|
| <b>TEMA Y SUBTEMA:</b>   | Factores de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2016-2017  |                                      |    |
| <b>AUTOR(ES)</b>   | Cavezaz Cobo Adriana Elizabeth   |                                      |    |
| <b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>                                       | Dr. Andrés Mauricio Ayón Genkuong  |                                      |    |
| <b>INSTITUCIÓN:</b>  | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  |                                      |    |
| <b>FACULTAD:</b>   | Ciencias Médicas   |                                      |    |
| <b>CARRERA:</b>  | Medicina   |                                      |    |
| <b>TÍTULO OBTENIDO:</b>  | Médico   |                                      |    |
| <b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>                                       | 04 de septiembre de 2018   | <b>No.DE PÁGINAS:</b>                | 58 |
| <b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>  | Ginecología, Cirugía   |                                      |    |
| <b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>                                   | Prolapso Genital, Estadios de Prolapso, Parto, Índice de Masa Corporal   |                                      |    |
| <b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>   | <p><b>Introducción:</b> El prolapso genital es el descenso o herniación de uno o más órganos pélvicos a través de la pared vaginal y los genitales externos. De causa multifactorial, y a medida que progresa deteriora la calidad de vida de la mujer. <b>Objetivo:</b> Determinar cuáles son los factores de riesgo que padecen las pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo que presentan prolapso genital. <b>Materiales y métodos:</b> Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Donde se incluyó a todo el grupo poblacional femenino en un rango de edad de 40 a 60 años, que acudió al servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. La recolección de datos se hizo en Microsoft Excel mediante la revisión de las evoluciones en el sistema AS400 y el análisis estadístico en el programa SPSS. <b>Resultados:</b> Para el estudio se analizaron 138 pacientes, el rango de edad fue de 40 años a 60 años con una media de edad fue de 49,74 años con una mediana de 50 y una moda de 41 años. Se destacó mayor incidencia en el estadio II con 54 paciente con un 39,13% y el estadio III con 53 pacientes con 38,41%. Se observó que en el grupo de mayor edad (56-60 años) el estadio del prolapso III es el que presentó mayor frecuencia con un 39.62%. Las pacientes que tuvieron el mayor porcentaje (63.77%) de prolapso fueron las mujeres que tuvieron parto vía vaginal. Se observó que las mujeres que tuvieron un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 30 presentaron prolapso de mayor estadio ya sea II y III en la misma frecuencia (30 pacientes). <b>Conclusiones:</b> Su incidencia es mayor a medida que avanza la edad. Que el parto vía vaginal es un factor predisponente, ya que a mayor número parto mayor estadio de prolapso puede se puede presentar. Otro factor promotor es la obesidad y quedo demostrado que a mayor índice de masa corporal mayor estadio de prolapso presenta la mujer.</p> |                                      |    |
| <b>ADJUNTO PDF:</b>  | <input checked="" type="checkbox"/> SI   | <input type="checkbox"/> NO          |    |
| <b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>                                      | <b>Teléfono:</b> 593-9-60280894  | E-mail: adriana_cavezasc@hotmail.com |    |
| <b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b> | <b>Nombre: Dr. Andrés Mauricio Ayón Genkuong</b>   |                                      |    |
|  | <b>Teléfono:</b> +593-9-97572784   |                                      |    |
|  | <b>E-mail:</b> andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec  |                                      |    |
| <b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>                              |  |                                      |    |
| <b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>                          |  |                                      |    |
| <b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>                                       |  |                                      |    |
| <b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>                            |  |                                      |    |