



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Caracterización de distopias del aparato genital femenino en
pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de
Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo
2020-2021.**

AUTORES:

**Allauca Gusqui Jessica Nataly
Quezada Sánchez Aitana Tiffany**

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

TUTOR:

Dr. Altamirano Barcia Ivan Elias

Guayaquil, Ecuador

27 de septiembre de 2023



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 **Allauca Gusqui Jessica Nataly** y **Quezada Sánchez Aitana Tiffany** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**

TUTORA

Dr. Altamirano Barcia Ivan Elias

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, 27 de septiembre de 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Jessica Nataly Allauca Gusqui y Aitana Tiffany Quezada Sánchez**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Caracterización de distopias del aparato genital femenino en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021**, 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 nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 27 de Septiembre del 2023

AUTORES



Firmado electrónicamente por:
**JESSICA NATALY
ALLAUCA GUSQUI**



Firmado electrónicamente por:
**AITANA TIFFANY
QUEZADA SANCHEZ**

Allauca Gusqui Jessica Nataly

Quezada Sánchez Aitana Tiffany



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Jessica Nataly Allauca Gusqui y Aitana Tiffany Quezada Sánchez**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Caracterización de distopias del aparato genital femenino en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 27 de septiembre de 2023

AUTORES



Firmado electrónicamente por:
JESSICA NATALY
ALLAUCA GUSQUI



Firmado electrónicamente por:
AITANA TIFFANY
QUEZADA SANCHEZ

Allauca Gusqui Jessica Nataly

Quezada Sánchez Aitana Tiffany

Document Information

Analyzed document	TESIS ALLAUCA JESSICA Y QUEZADA AITANA.docx (D173233733)
Submitted	2023-08-29 20:14:00
Submitted by	
Submitter email	aitana.quezada@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	diego.vasquez.ucsg@analysis.arkund.com

TUTOR



Dr. Altamirano Barcia Ivan Elias

AGRADECIMIENTO

Primero que nada, quiero agradecer a Dios porque sin él esto no sería posible. A mis padres: Piedad Gusqui y Mario Allauca, quienes me apoyaron y alentaron a continuar esta carrera, gracias por ser el motor de mi vida que me permite seguir adelante y hacer realidad mis sueños. Gracias por enseñarme a ser quien soy, mis principios, valores, perseverancia y dedicación.

También quiero agradecer a todos y cada uno de los miembros de mi familia, por su amor incondicional y confianza en mí desde el primer día, a mis amigos de la universidad y del internado por los buenos y malos momentos que compartimos.

Finalmente, quisiera agradecer a mis estimados docentes de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por transmitir sus conocimientos y hacer posible nuestro aprendizaje.

Allauca Gusqui Jessica Nataly

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento siempre será a Dios por protegerme en cada día de mi vida, luego a mis padres, Jimmy y Guadalupe, quienes me han apoyado en cada una de mis metas, me escucharon en los momentos difíciles de la carrera y han sabido consolarme durante los fracasos.

También debo mencionar a mi hermano, Jordy, porque a lo largo de mi vida universitaria siempre supo cómo motivarme y nunca dudó en que yo podría llegar a ser una gran doctora.

Es importante para mí agradecerle a mi novio, porque en los momentos en los que ni yo confío en mis capacidades, él siempre ha estado ahí para recordarme que soy capaz de todo lo que me proponga.

Y por último a mis amigos de la universidad e internado, quienes hicieron cada momento de estudio ameno y divertido, logrando así que los de estrés no se sintieran demasiado.

Quezada Sánchez Aitana Tiffany



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
OPONENTE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	2
PROBLEMA A INVESTIGAR	2
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
JUSTIFICACIÓN	3
MARCO TEÓRICO	4
PROLAPSO GENITAL	4
ETIOLOGÍA	4
ANATOMÍA	4
FISIOPATOLOGÍA	5
FACTORES DE RIESGO	6
CLASIFICACIÓN	6
GRADOS DE PROLAPSO GENITAL	8
CLÍNICA	10
DIAGNÓSTICO	11
TRATAMIENTO	12
PREVENCIÓN	13
METODOLOGÍA	14
TIPO DE INVESTIGACIÓN	14
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	14
POBLACIÓN Y MUESTRA	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	14
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	15
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	15
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	27

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1 Prevalencia de las distopias del aparato genital femenino	16
Ilustración 2 Número de partos en mujeres con Distopías Genitales.....	17
Ilustración 3 Tipos de partos de las pacientes con Distopias Genitales.....	18
Ilustración 4 Antecedentes de las mujeres con las Distopias Genitales	19
Ilustración 5 Inicio de la menopausia en las mujeres con Distopias Genitales.....	20
Ilustración 6 Rasgos de edad de las pacientes con Distopias Genitales	21
Ilustración 7 Manifestaciones Clínicas en mujeres con Distopias Genitales.	22

RESUMEN

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos es objeto de investigación y de interés a nivel mundial. Se estima que del 3 % al 6 % de la población femenina desarrollará alguna de estas disfunciones en algún momento de su vida.

Objetivo: Caracterizar las distopias del aparato genital femenino en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021.

Materiales y métodos: Investigación de tipo cualitativo, con recolección de datos y el análisis e interpretación de los resultados, diseño no experimental que se aplicó en 225 pacientes de sexo femenino de entre 30 a 70 años que acudieron a consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021.

Resultados: Se evidenciando que el tipo de distopia genital con mayor prevalencia fue cistocele (45%). La mayoría de las pacientes afectadas tuvieron entre 1 a 3 partos (52%). El síntoma que afectó con mayormente fue la sensación de cuerpo extraño (99,5%). El rango de edad en el que se ven más afectadas las mujeres fue entre 61 y 70 años (66%).

Conclusión: El tipo de distopia del aparato genital femenino con mayor prevalencia fue cistocele (45%). Al separar por rango de edades a las mujeres con prolapso de órganos genitales, las que mayormente se ven afectadas son aquellas entre 61 a 70 años con un total de 148 pacientes (66%). En cuanto a la sintomatología el síntoma que afectó a la mayoría fue la sensación de cuerpo extraño (99,5%).

Palabras Claves: Distopias, Prolapso, Órganos Pélvicos, Rectocele, Histerocele, Cistocele.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic organ prolapse is the subject of research and interest worldwide. It is estimated that 3% to 6% of the female population will develop one of these dysfunctions at some point in their lives.

Objective: To characterize dystopias of the female genital system in patients between 30 and 70 years of age treated at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital in the period 2020-2021.

Materials and methods: This research is of a qualitative type, with data collection and the analysis and interpretation of the results, a non-experimental design that was applied to 225 female patients between the ages of 30 and 70 who attended the outpatient clinic of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital in the period 2020-2021.

Results: It is evident that the most prevalent type of dystopia of the female genital tract was cystocele (45%). Most of the affected patients had between 1 and 3 deliveries (52%). The symptom that most frequently affected was the sensation of a foreign body (99.5%). The age range in which women are most affected was between 61 and 67 years (66%).

Conclusion: The most prevalent type of dystopia of the female genital tract was cystocele (45%). When separating women with prolapse of genital organs by age range, those who are most affected are those between 61 and 70 years old with a total of 148 patients (66%). Regarding the symptoms, the symptom that affected the majority was the sensation of a foreign body. (99.5%).

Keywords: Dystopias, Prolapse, Pelvic Organs, Rectocele, Hysterocele, Cystocel

INTRODUCCIÓN

Una distopia genital es el descenso de un órgano pélvico, ya sea útero, cúpula vaginal, recto o vejiga, a través del canal vaginal, esto debido al relajamiento de las estructuras de soporte del suelo pélvico. (1) La causa de esta patología se considera multifactorial, a pesar de esto, el principal factor que incrementa el riesgo de padecerla entre 4 a 11 veces más, es tener como antecedente un parto vaginal. (2)

Otros factores que predisponen a la aparición de esta patología son edad, embarazo, menopausia, estreñimiento crónico, obesidad, la práctica de deportes de impacto y bronquitis crónica. (3) También existen maniobras que pueden considerarse un factor de riesgo, por ejemplo, la utilización de la maniobra de Kristeller, la cual consiste en hacer presión sobre el fondo uterino en el período expulsivo, la segunda etapa del trabajo de parto. En la actualidad el uso de esta maniobra se considera una mala práctica, y está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero a pesar de ello, aún se continúa utilizando. (4)

Los tres trastornos más comunes relacionados con prolapso de órganos pélvicos son cistocele, rectocele e histerocele, siendo este último la forma de prolapso más prevalente. (5) Las pacientes con prolapso de órganos pélvicos pueden manifestar diversos síntomas de la vía urinaria inferior; se ha informado incontinencia urinaria de esfuerzo, disfunción sexual, incontinencia fecal, constipación, dolor anal. (6) Se puede clasificar el prolapso de órganos genitales, según la gravedad del mismo, en esta clasificación encontramos el grado 0, en el que no existe prolapso, hasta el grado IV donde se observa que la porción más distal está a más de 2 cm sobre el largo vaginal total. (7)

El prolapso de los órganos pélvicos es objeto de investigación y de interés a nivel mundial. Se estima que del 3 % al 6 % de la población femenina desarrollará alguna de estas disfunciones en algún momento de su vida. (8) Esta patología cuenta con una alta prevalencia en el mundo. Según el INEC, en el 2018, el Ecuador, reportó 4,416 casos de prolapso genital femenino de los 726,739 casos de egresos hospitalarios femeninos, además se estima que, en el año 2030, habrá 20 millones de mujeres con una edad entre 45 y 65 años, de las cuales 43 millones serán mayores de 65 años. Es decir, en el año 2030 habrá 63 millones de mujeres que tendrán riesgo de prolapso genital. (9)

PROBLEMA A INVESTIGAR

¿Cuáles son las características de las distopias en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las distopias del aparato genital femenino en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la prevalencia de las distopias del aparato genital en la población de estudio.
- Comparar las edades en grupos de diez en diez en que los pacientes fueron diagnosticados con distopias del aparato genital.
- Describir la sintomatología que presentan las pacientes con distopias del aparato genital.

JUSTIFICACIÓN

El prolapso de órganos pélvicos constituye un importante problema de salud que afecta en gran medida la vida cotidiana de las personas que la padecen, limita su libertad individual y disminuye su autoestima. (10) La función de este estudio es remarcar la importancia que presentan las distopias de órganos genitales en nuestro país, ya que la prevalencia de esta patología es muy alta, además de que las complicaciones deterioran mucho la calidad de vida de los pacientes. El propósito es identificar las características más relevantes de las distopias de órganos genitales, encontrar las diferencias y similitudes de sus manifestaciones clínicas y comprender la diferencia en cuanto a la gravedad de cada caso para poder ser encasillado dentro de un grado de prolapso genital.

El presente estudio se basa en una investigación que obtiene su información de forma retrospectiva, para esto se recopilará los datos mediante la revisión de historias clínicas. La revisión se realizará en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021 que hayan presentado el diagnóstico de algún tipo de prolapso de órganos genitales. El trabajo no requiere de ningún tipo de financiamiento mayor o el apoyo financiero de alguna entidad o persona externa a los investigadores, simplemente el recurso humano.

MARCO TEÓRICO

PROLAPSO GENITAL

Prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos del suelo pélvico a través de la pared vaginal; vejiga, útero, cúpula vaginal y recto, que se produce como consecuencia de la debilidad o fallo de los elementos de suspensión, sustentación y musculatura que ayudan al sostén de los órganos del suelo pélvico. (11)

ETIOLOGÍA

El prolapso pélvico (POP) no tiene una etiología clara, pero se han implicado muchos factores en la patogenia, incluida la paridad, el aumento de la edad, la exposición prolongada al trabajo de parto, la macrosomía fetal y el tipo de parto, factores de riesgo que conducen a consecuencias como la pérdida de soporte de los músculos del piso pélvico, la debilidad de la pared vaginal y el debilitamiento de la conexión entre la pared vaginal, musculatura pélvica y las vísceras pélvicas. (12) (13)

ANATOMÍA

El soporte anatómico para los órganos pélvicos femeninos lo proporciona la interacción entre los músculos del piso pélvico y el tejido conectivo adherido a la pelvis. La pelvis contiene órganos urinarios como la vejiga y la uretra, órganos reproductivos femeninos como el útero y la vagina, y órganos digestivos como el recto y el ano. (14)

Los órganos pélvicos están rodeados por un sistema continuo de tejidos conjuntivos y ligamentos, que los conectan con los músculos elevadores y la pelvis. El ligamento uterosacro comienza en el tercio superior de la vagina y pasa a través del borde posterior del cuello uterino y discurre lateralmente hacia el ligamento presacro por delante las vértebras sacras S2-S4, donde termina. Este ligamento ayuda al soporte apical, además de permitir la suspensión y estabilización del útero, cuello uterino y el tercio superior de la vagina. También tenemos el arco tendinoso de la fascia pélvica, que es una condensación de la fascia parietal, que recubre los lados mediales de los músculos obturador interno y elevador del ano. (12)

La musculatura del piso pélvico está dada por los músculos coccígeo y elevador del ano, en conjunto forman el diafragma pélvico. El músculo coccígeo o también llamado isquiococcígeo se encuentra en la porción posterosuperior del músculo elevador del ano, es de forma triangular, por ende, presenta una base que se inserta en la quinta porción sacra y bordes laterales del coxis y un vértice que se inserta en la punta y cara pélvica de la espina ciática. (14) (12)

El músculo elevador del ano está constituido por diferentes haces musculares: haz puborrectal, iliococcígeo y pubococcígeo. El músculo pubococcígeo, se origina en la sínfisis del pubis y se inserta en el coxis, es importante porque

sostiene la pared vaginal en la pelvis. El iliococcígeo forma una capa horizontal plana que se extiende desde una pared de la pelvis hasta la otra. Por último, pero no menos importante, tenemos el puborrectal, que rodea la parte posterior del recto y es un músculo que se origina en el hueso púbico. (14) (12)

Los músculos del piso pélvico, bajo control voluntario, forman una estructura de soporte similar a una "hamaca" para sostener los órganos pélvicos. En 1994 De Lancey divide el soporte de la pelvis en 3 niveles mediante la hipótesis de la hamaca:

- El soporte superior consiste en el complejo de ligamentos útero sacro cardinal y el anillo pericervical.
- El soporte vaginal medio, formado por el tercio medio de la vagina, especialmente el tabique rectovaginal y la fascia pubocervical.
- El soporte vaginal distal está formado por el cuerpo perineal y las estructuras que lo componen: el esfínter anal externo, los músculos perineales superficiales y la membrana perineal (15)

FISIOPATOLOGÍA

Los órganos pélvicos descansan horizontalmente sobre el músculo elevador del ano, y solo el tercio inferior de la uretra, la vagina y el recto están en posición vertical y pueden pasar a través del hiato genital. A medida que aumenta la presión intraabdominal, también lo hace la presión pélvica, horizontalizando los órganos por encima del elevador del ano. Con tono muscular reducido, los órganos asumen una posición semivertical. Este fenómeno agranda o abre el hiato genital y predispone al prolapso de órganos pélvicos. (15)

El hiato genital se mide en centímetros, durante la maniobra de Valsalva, desde la abertura uretral externa hasta la parte superior del cuerpo perineal. Un hiato genital ancho se define como 4 cm o más, y un hiato genital normal es menor de 4 cm. Los estudios han demostrado que el prolapso de órganos pélvicos ocurre cuando el hiato genital aumenta 0,5 cm durante 5 años. (16)

Una lesión en los niveles mencionados anteriormente nos permite comprender mejor las causas del prolapso de órganos pélvicos en las mujeres. Un daño en el nivel superior producirá prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal después de histerectomía o enterocele. Una lesión en el soporte de la vagina media causará cistocele o rectocele. Y el deterioro del soporte vaginal distal resultará en desgarramiento perineal o cuerpo perineal deficiente. (15)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son condiciones que aumentan el riesgo de una mujer de desarrollar prolapso de órganos pélvicos, se puede clasificar en factores de riesgo modificables y no modificables. Los factores modificables son aquellas condiciones en las cuales podemos intervenir para prevenir la aparición de la enfermedad, en este caso para reducir el riesgo de padecer prolapso de órganos pélvicos, dentro de este grupo de factores tenemos la obesidad con un IMC ≥ 30 Kg/m², parto vaginal, paridad, tabaquismo, macrosomía fetal, desgarro perineal, ocupación y bajo nivel económico. Por el contrario, los factores no modificables son aquellas condiciones en las que no podemos intervenir para que la enfermedad se desarrolle con normalidad, como la cirugía pélvica, el estreñimiento, la EPOC, la edad, la raza blanca, la menopausia y los antecedentes familiares y personales de prolapso genital. (17)

El embarazo y el parto se consideran factores importantes porque pueden dañar los nervios y causar debilidad muscular, lo que puede provocar un prolapso pélvico. Otros factores asociados con el prolapso relacionado con el trabajo de parto incluyen alto peso neonatal, segunda etapa prolongada del trabajo de parto y edad materna <25 años en el primer parto. (12) (18)

El envejecimiento es otro factor que debe tenerse en cuenta porque las estructuras de soporte de la pelvis pueden debilitarse con los años y, en aquellas mujeres posmenopáusicas con POP, las concentraciones séricas de estrógenos y receptores de estrógenos en los ligamentos pélvicos pueden disminuir significativamente. El aumento crónico de la presión intraabdominal también puede contribuir al prolapso de órganos pélvicos, las presiones altas ocurren en la obesidad, el estreñimiento, la tos crónica y el levantamiento frecuente de objetos pesados. (12) (17)

CLASIFICACIÓN

El prolapso de órganos pélvicos se divide en prolapso del compartimiento anterior, que puede incluir uretrocele y cistocele, prolapso del compartimiento apical, como histerocele, y enterocele, y prolapso del compartimiento posterior, que puede afectar al ano (rectocele). (13)

HISTEROCELE

El histerocele o también llamado histerooptosis se produce por el descenso del útero a través de la vagina y en casos más severos a través de la vulva, en la mayoría de los casos es secundario a un defecto en los ligamentos cardinal y uterosacro, ya que estas estructuras proporcionan soporte apical al útero y la parte superior de la vagina. (19)

Un tercio del ligamento cardinal se origina en el tronco anterior de la arteria ilíaca interna, dos tercios se originan en el borde superior del agujero ciático mayor y termina en el tercio superior del cuello uterino y la vagina, y las fibras restantes se dirigen a la vejiga. El ligamento uterosacro se origina en el cuello uterino y la vagina y la mayoría de sus fibras, es decir, el 82% se insertan en el complejo músculo sacroespinoso suprayacente, el 11% se inserta en el músculo piriforme, agujero ciático o columna isquiática y solo el 7% se inserta en el sacro. El gold standard para comprender la geometría y la mecánica del soporte apical es la reconstrucción 3D de la resonancia magnética, la cual permite medir el eje y la longitud de los ligamentos en reposo y la tensión en mujeres con o sin prolapso. (20)

RECTOCELE

El prolapso rectal se conoce como la protrusión indolora del recto a través del ano, lo que causa sangrado e incontinencia rectal como síntomas comunes. El rectocele se origina por la rotura del tabique fascial recto vaginal, o por la desinserción del cuerpo perineal, causando debilidad del soporte posterior de la pared vaginal y, por ende, abultamiento del recto hacia la cavidad vaginal. Una de las principales causas del prolapso rectal es el parto vaginal, pero los signos del daño pueden aparecer varios años después. Otras causas posibles son el estreñimiento, la posición ortostática prolongada o la debilidad congénita del sistema de soporte pélvico. (21)

Durante el examen pélvico, se puede observar un tejido que sobresale en el compartimiento posterior de la vagina. Para evaluar la debilidad de la pared vaginal posterior y el defecto en la pared anterior del recto, se realiza un tacto rectal. La defecografía es una imagen útil porque puede detectar la presencia de un rectocele, cuantificar su tamaño, el grado de vaciado rectal y también se puede observar al músculo puborectalis no relajado. (21)

Según Beahrs el prolapso rectal se puede clasificar como prolapso completo cuando compromete toda la pared rectal y prolapso incompleto cuando hay afectación únicamente de la mucosa. Y Altemeier lo clasifica en: prolapso mucoso (tipo I), prolapso interno (tipo II) por intususcepción sin hernia del fondo de saco y prolapso completo (tipo III) causado por hernia por deslizamiento a través de un defecto del diafragma pelviano. (22)

CISTOCELE

En un cistocele los tejidos de sostén que se encuentran alrededor de la vejiga y la pared vaginal se debilitan y estiran esto permite que la vejiga y la pared vaginal se hundan en el canal vaginal. Normalmente, los tejidos conectivos y músculos que sostienen la pared vaginal ayudan a mantener la vejiga en su lugar. En un cistocele, la debilidad de los músculos y tejidos que sostienen la

vagina se debilitan tanto y provocan que la vejiga no permanezca en el lugar correcto. (23)

La sintomatología del cistocele es muy diversa, se puede destacar sensación de presión pélvica, dolor inguinal, molestias abdominales, dispareunia, síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria, y en las últimas etapas de la enfermedad es cuando existe la protrusión de la vejiga hacia el introito o al exterior. (24)

GRADOS DE PROLAPSO GENITAL

A lo largo de la historia se han descrito diferentes clasificaciones del prolapso, destacan la de Baden, publicada en 1972, y, más recientemente, el Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ) system. En estas dos clasificaciones se evalúa el órgano prolapsado y el grado que alcanza. Para poder establecer un grado se utiliza el himen y el introito vaginal como puntos de referencia. En general es preferible el himen, puesto que supone una referencia anatómica más reproducible. (25)

SISTEMA DE BADEN-WALKER

En el sistema de Baden-Walker lo que se hace es dividir la vagina en 6 áreas, dos anteriores, dos superiores y dos posteriores. Estas 6 áreas se puntúan de 0 a 4 dependiendo el grado en que el órgano ha descendido siendo el himen el punto de referencia 0. En este caso si la puntuación es cero existe una posición normal del órgano y 4 se considera a el descenso máximo del prolapso. En las puntuaciones de 0 a 4, los números mayores indican un descenso. También pueden existir notas adjuntas durante la puntuación, estas pueden incluir el área de prolapso que domina, la ubicación de cicatrices o cuanto es el esfuerzo que se necesita para demostrar el prolapso. (11)

A pesar de que este sistema es usado comúnmente, existen algunas deficiencias, las cuales lo convierten en un sistema menos confiable que el POP-Q. Además, los evaluadores no siempre estarán de acuerdo con puntuación asignada. (11)

Grado 0: Sin prolapso.

Grado 1: descenso a mitad del recorrido hacia el himen.

Grado 2: descenso al himen.

Grado 3: descenso en la mitad del himen.

Grado 4: descenso máximo.

SISTEMA POP-Q

El sistema POP-Q basa su medición en la distancia que exista entre seis puntos, los cuales se encuentran situados en la vagina y un punto de referencia que en este caso es el himen. Se expresan en centímetros y van precedidas de un signo “-” siempre que el punto se encuentre proximal o por encima del himen, o de un signo “+” en el caso de que el punto se encuentre por debajo o distal al himen. Se le asigna el valor de cero si es que la posición de estos puntos coincide con el plano del himen. (26)

Pared vaginal anterior:

- Punto Aa: un punto ubicado en la línea media de la pared vaginal anterior 3 cm proximal al meato uretral externo. El rango potencial de posición del punto Aa en relación con el himen es de -3, que indica que no hay POP vaginal anterior, a +3 cm, que es un prolapso completo.
- Punto Ba: un punto que representa la posición más distal de cualquier parte de la pared vaginal anterior superior (entre la cúpula vaginal o el fórnix vaginal anterior y el punto Aa). (26)

Vagina superior:

- Punto C: un punto en el borde más distal del cuello uterino o en el borde delantero de la cúpula vaginal (cicatriz de histerectomía).
- Punto D : El fórnix posterior en una mujer que todavía tiene cuello uterino. (26)

Pared vaginal posterior:

- Punto Ap : Un punto ubicado en la línea media de la pared vaginal posterior 3 cm proximal al himen.
- Punto Bp : Punto que representa la posición más distal de cualquier parte de la pared vaginal posterior superior (entre la cúpula vaginal o fórnix vaginal posterior y el Punto Ap). (26)

Otros tres hitos descriptivos y medidas.

- El hiato genital (GH) se mide desde la mitad del meato uretral externo hasta el margen posterior del himen.
- La longitud vaginal total (TVL) es la longitud de la vagina (cm) desde el fórnix posterior hasta el himen cuando el punto C o D se reduce a su posición normal completa.
- El cuerpo perineal (PB) se mide desde el margen posterior del himen hasta la abertura anal media. (26)

Las medidas anteriores se registran en una cuadrícula de 3 × 3. La pared vaginal anterior y el cuello uterino o bóveda se documentan en la fila superior, la pared vaginal posterior y el fórnix posterior en la fila inferior. Las medidas

descriptivas del hiato genital, cuerpo perineal y longitud vaginal total en reposo se registran en la fila central. Dependiendo de las medidas, se estadifica el prolapso de cada uno de los compartimentos en función de su relación con el himen. (26)

Estadio 0: no se demuestra prolapso

Estadio I: la parte más distal del prolapso no alcanza el himen.

Estadio II: la porción más distal del prolapso está entre 1 cm por encima del himen y 1 cm por debajo del mismo.

Estadio III: la porción más distal del prolapso está por debajo del himen por más de 1 cm, pero no es mayor que 2 cm menos de la longitud vaginal total.

Estadio IV: se corresponde con la eversión completa de la longitud vaginal total. La porción más distal del prolapso protruye al menos la longitud vaginal total menos 2 cm. (26)

CLÍNICA

Síntomas genitales: En el introito vaginal existirá la sensación de un cuerpo extraño o de una tumoración en los genitales externos. (24)

Síntomas urinarios: Aumento de la frecuencia y urgencia miccional, dificultad de vaciado, sensación de vaciado incompleto e IUE o asociada a la sensación de urgencia. (24)

Síntomas miccionales irritativos: Polaquiuria, urgencia y nicturia. En las etapas avanzadas existe incontinencia de urgencia por la inestabilidad del detrusor, no se conoce la causa, pero esto se resuelve con corrección quirúrgica en el 17 a 85% de las pacientes. (24)

Retención urinaria: Existe el arrugamiento y obstrucción de la uretra a medida que la vejiga se hernia lentamente. La obstrucción es mayor durante el pujo. Puede haber disminución del flujo de orina máximo y un aumento de la orina residual. En caso de micción incompleta puede predisponer a una infección de las vías urinarias, hiperactividad del detrusor, la elasticidad vesical puede disminuir y conllevar a un riesgo de reflujo y daño renal. (25)

Síntomas ano rectales: Puede existir dolor durante la defecación, necesidad de excesivo esfuerzo para defecar, además de sensación de una evacuación incompleta del recto, sensación de obstrucción anal, necesidad de maniobras manuales en vagina, ano o periné, con el objetivo de completar la defecación. (25)

Dificultad defecatoria y desimpactación: El tenesmo, el difícil vaciamiento del recto, la necesidad de desimpactación y la estimulación digital rectal

suelen ser los síntomas del rectocele. Para reducir el reservorio rectal se puede realizar la desimpactación a través de la vagina o del periné. (24)

Síntomas sexuales: Dispareunia y dificultad al momento del coito. (25)

DIAGNÓSTICO

Para una correcta evaluación del prolapso de órganos genitales se debe hacer una anamnesis detallada y una exploración física. En algunas ocasiones precisaremos también de pruebas complementarias como sedimento y urocultivo, valoración del residuo posmiccional, ecografía y urodinamia. (11)

ANAMNESIS

La anamnesis deberá incluir los antecedentes personales y los diferentes factores de riesgo que puedan favorecer la aparición de un prolapso. Así mismo han de quedar recogidos aquellos tratamientos que la paciente ha recibido con anterioridad.

El prolapso genital puede ser asintomático en sus estadios iniciales, por lo que puede ser un hallazgo casual en la exploración ginecológica. La sensación de bulto genital es el síntoma fundamental del prolapso, este se asocia a la gravedad del prolapso. Averiguar el tiempo de evolución es importante, además de la gravedad y como estos síntomas llegan a afectar la calidad de vida de la mujer. (23)

EXPLORACIÓN FÍSICA

Durante el examen físico es importante tanto la exploración ginecológica habitual de los genitales internos y la inspección de genitales externos, para identificar la presencia de cicatrices o desgarros perineales, además de la exploración ginecológica de las paredes vaginales con valvas vaginales o con el espéculo desarticulado, para establecer los tipos y estadios del prolapso, así como el trofismo de los tejidos. (25)

También se destacan el test de esfuerzo para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso, un test de esfuerzo con el prolapso reducido para así poder identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta, una evaluación del tono y de la capacidad contráctil, además de la valoración de los posibles defectos y asimetrías de los músculos elevadores del ano, sin olvidar la exploración ano-rectal. (23)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se puede realizar una ecografía ginecológica, analítica de orina como sedimento y urocultivo en mujeres con síntomas urinarios. La valoración del residuo posmiccional también es una opción, sobre todo si presenta clínica de disfunción de vaciado o dificultad miccional. (23)

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR

El tratamiento conservador inicia con la eliminación o la reducción de los factores de riesgo, lo cual incluye la intervención sobre el estilo de vida, cualquier pérdida de peso puede mejorar el prolapso de órganos pélvicos en mujeres con sobrepeso u obesas. Se recomienda el tratamiento hormonal local, si procede y los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico. La rehabilitación es efectiva para reducir los síntomas de disfunción del suelo pélvico en mujeres con prolapso estadio I-III, aunque no hay evidencia de que sea efectiva para reducir la severidad del prolapso. (24)

Los pesarios, la forma más antigua de tratamiento de prolapso genital son dispositivos plásticos pequeños y flexibles que se colocan en la vagina, el pesario mantiene el bulto vaginal en su lugar para que ya no pueda sentirlo. Estos dispositivos son de bajo costo, facilidad de uso y bajo riesgo de complicaciones. Los pesarios son indicados en los casos en que la paciente rechaza la cirugía como tratamiento, si es que existe contraindicación quirúrgica por alguna condición preexiste o a la espera de cirugía en el caso de los prolapsos muy avanzados. Las infecciones vaginales, la expulsión del pesario, fístulas y úlceras vaginales son los riesgos asociados al uso de estos dispositivos. (11)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Un prolapso genital afecta la calidad de vida de la mujer. En el momento de decidir el tratamiento quirúrgico, el médico debe tener presente cuales son las expectativas de la paciente con el tratamiento y los resultados que pueden obtenerse con las diferentes opciones quirúrgicas que existen. Si una paciente elige la cirugía para su tratamiento, la vía del procedimiento quirúrgico es normalmente criterio del cirujano. (11)

Quienes defienden la cirugía abdominal, normalmente realizan una sacrocolpopexia, para esto utilizan una malla, creen que la reparación es más duradera ya que la cirugía es catalogada como “compensatoria”. Esta cirugía compensatoria es aquella en la que no se confía el tejido propio del paciente, se puede usar por ejemplo un injerto para apoyar la reparación y así lograr la corrección. Quienes defienden la cirugía vaginal argumentan sobre las

ventajas del mínimo dolor de esta cirugía y que la recuperación postoperatoria es más rápida, por motivos cosméticos, las pacientes suelen preferir esta vía. (25)

Los procedimientos obliterantes buscan el cierre del hiato genital para contener el prolapso, este método se usa en mujeres muy mayores, con mala tolerancia a la cirugía y sin expectativas de relaciones sexuales, por otro lado los procedimientos reconstructivos tienen la misión de conseguir el mejor resultado anatómico y funcional, con o sin histerectomía concomitante, además de cirugía asociada de incontinencia urinaria y fecal y un eventual uso de mallas. La vía de abordaje en el procedimiento quirúrgico puede ser vaginal, abdominal abierta o laparoscópica. (11)

PREVENCIÓN

Entre los consejos para prevenir un prolapso de órganos genitales se destaca la eliminación del consumo de tabaco, ya que el cigarrillo además de generar tos crónica con aumento de la presión intraabdominal, altera los niveles hormonales y de esta manera acelera la aparición de prolapsos por la tos y por la atrofia de los tejidos de sostén pélvico y de las paredes vaginales y vesical. (27)

De igual manera es importante evita el aumento de peso, para esto se debe consultar al médico para saber cuál es el peso ideal y un asesoramiento nutricional sobre las maneras de bajar de peso en el caso de necesitarlo. Controlar el estreñimiento crónico, también forma parte de la prevención, es necesario tomar abundantes líquidos y tener una dieta alta en fibras lo cual es beneficioso, ya que limita o disminuye que aparezcan hernias, divertículos, prolapsos y cáncer de colon. (16)

Evita levantar cosas pesadas, en caso de que sea necesario, lo ideal es hacerlo correctamente, para levantar algo es mejor usar las piernas en lugar de la cintura o la espalda. Por último, se menciona el orinar con frecuencia, evitando la distensión vesical prolongada, que si bien no se ha demostrado sea un factor de aparición de prolapsos al menos le evitará complicaciones urinarias para nada despreciables. (27)

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo descriptiva, transversal, retrospectiva, realizada en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Guayaquil durante el período 2020 – 2021.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Se realizó la recolección de datos mediante el análisis cualitativo de historias clínicas, las cuales fueron realizadas en el departamento de ginecológicas y emitidas por el departamento de tecnología, investigación y comunicación en salud (TICS) del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. La información una vez recolectada fue almacenada en una hoja de Microsoft Excel 2016 para ser analizada de acuerdo a las variables del estudio y sus resultados presentados en gráficos para un mejor entendimiento.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo estuvo conformado por un total de 473 pacientes correspondientes al diagnóstico CIE 10: N811 (Cistocele), N813 (Histerocele) y N816 (Rectocele), de este grupo se excluyeron 23 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión, obteniendo una población de 450 pacientes que corresponden a las distopias genitales atendidos en el área de ginecología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2020 a 2021.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Características demográficas: Pacientes femeninas de 30 a 70 años.

Características clínicas: Pacientes que padezcan distopias del aparato genital.

Características geográficas: Pacientes que acudieron al Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Características temporales: Pacientes atendidos en el periodo 2020-2021

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes cuya historia clínica se encuentre incompleta, es decir, que no presenten los datos de filiación de las pacientes o no incluyan la sintomatología.

Historias clínicas con datos no confirmados.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Siendo la población de 450 pacientes, se calculó el tamaño de la muestra probabilística con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%. Se obtuvo como resultado una muestra de 208 pacientes. Para la selección de los pacientes se aplicó un muestreo no aleatorio sistemático en donde se seleccionó 1 de cada 2 individuos incluyendo finalmente 225 pacientes como muestra final en el estudio.

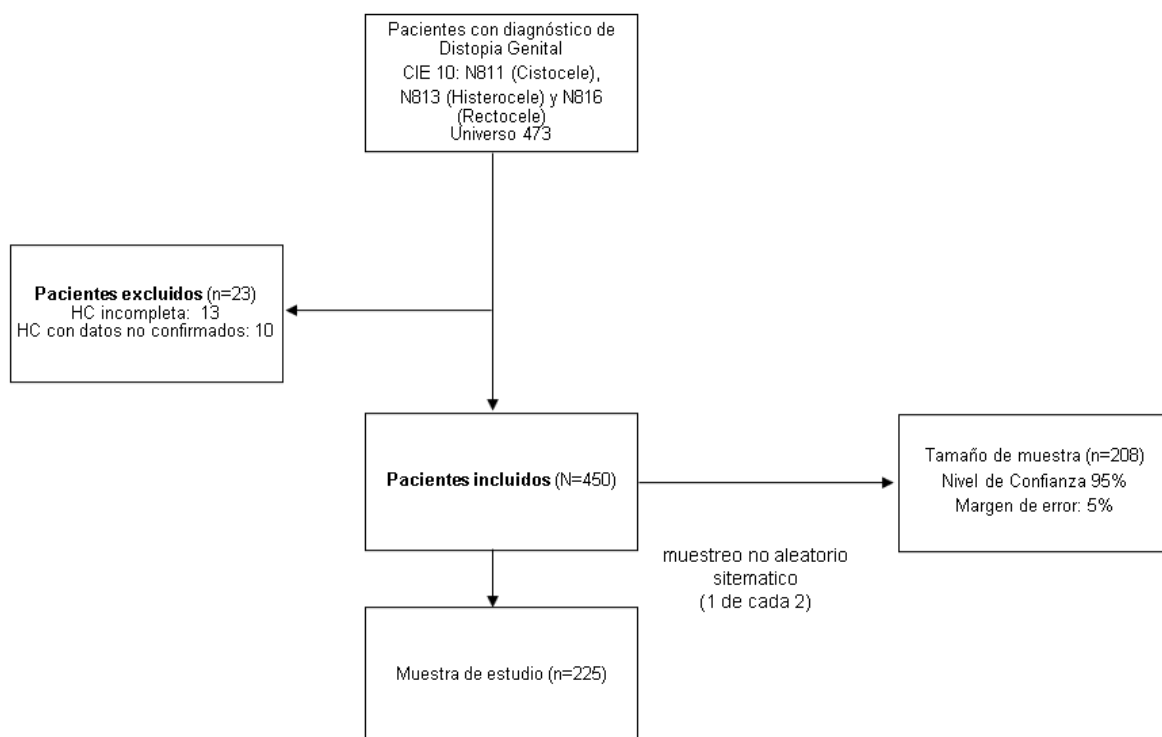


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de muestra para el estudio

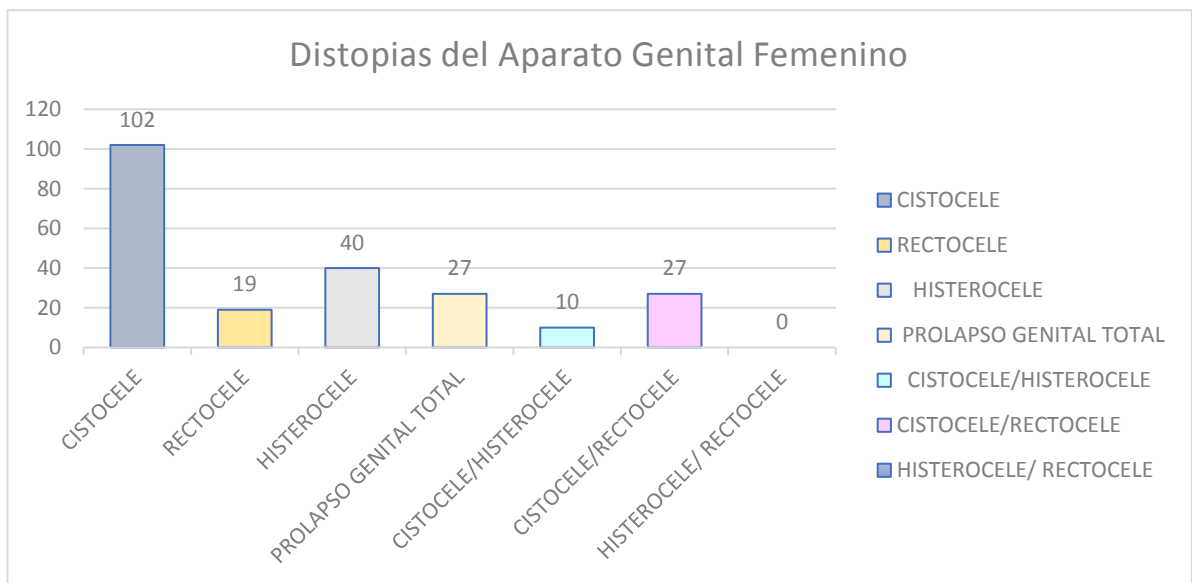
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

$$P = 450 / 10927 \times 100 = 0,0411 \times 100 = 4,11\%$$

La población del estudio corresponde a 450 pacientes con diagnóstico de distopia de órganos pélvicos que fueron atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado durante el periodo 2020-2021, de los cuales 225 se tomaron como muestra.

El total de pacientes atendidos en el departamento de ginecología durante los años 2020 a 2021 fue de 10927. El total de la población de estudio corresponde a 450 pacientes. La prevalencia de pacientes con distopia de órganos pélvicos corresponde a 4,11% de los pacientes.

Ilustración 1 Comparación de la prevalencia de las distopias del aparato genital femenino



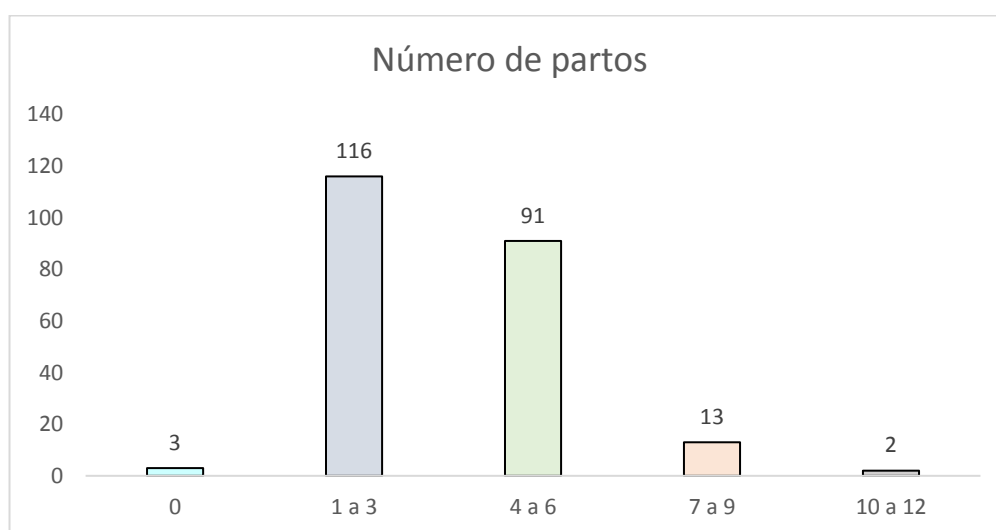
Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo – IESS Guayaquil, área de Ginecología 2020 – 2021

Elaborado por: Allauca J; Quezada A.

Análisis: De acuerdo al análisis a través del gráfico de barras, con datos recopilados del historial clínico, el resultado sobre la caracterización de distopias del aparato genital femenino en pacientes de 30 a 70 años en el periodo 2020-2021, demuestra que la distopia más frecuente es cistocele con un total de 102 mujeres que representa 45%, seguido del histerocele con un total de 40 mujeres representando por un 18%, el prolapso genital total y la

combinación entre cistocele y rectocele se ubica en el tercer lugar con 27 mujeres cada una lo cual representa el 12%, el 8% representa el rectocele con un total de 19 mujeres, en quinto lugar encontramos la combinación entre cistocele e histerocele con 10 mujeres afectadas representando un 4% y por último las mujeres estudiadas no han presentado la combinación entre histerocele y rectocele.

Ilustración 2 Número de partos de las pacientes con distopías del Aparato Genital Femenino

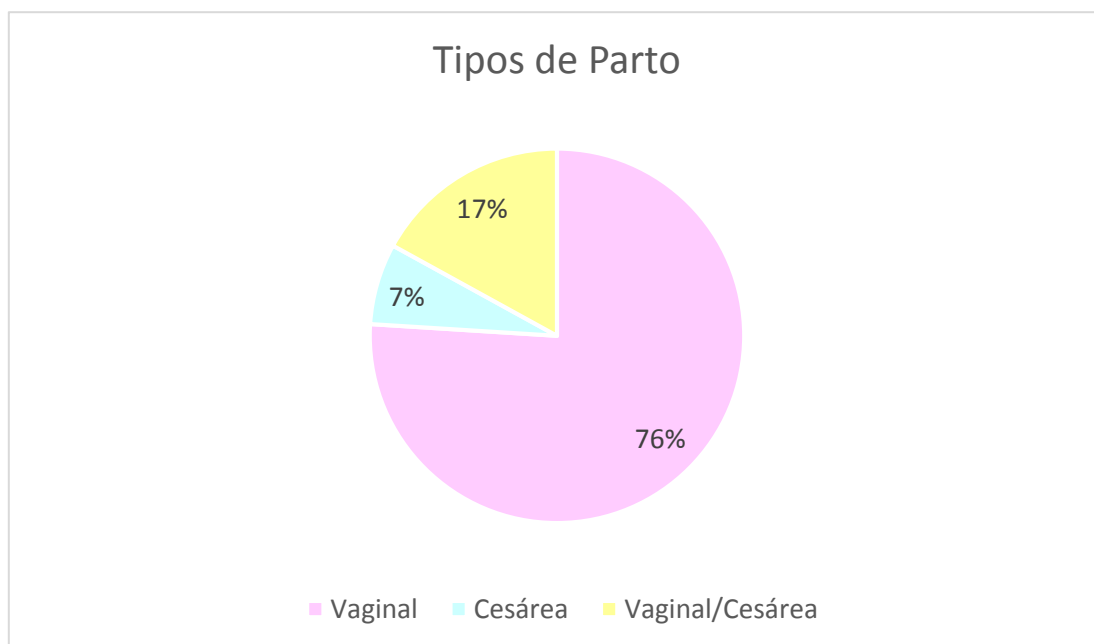


Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo – IESS Guayaquil, área de Ginecología 2020 – 2021

Elaborado por: Allauca J; Quezada A.

Análisis: En el gráfico número 2 se observa la distribución de las mujeres de acuerdo al número de partos, en la que se concluye que la mayoría de las pacientes tiene entre 1 a 3 partos representado por 116 mujeres lo cual equivale a 52%, le sigue el rango de 4 a 6 partos con 91 mujeres que representa el 40%, continuamos con el rango de 7 a 9 partos con 13 mujeres que equivale al 6%, en quinto lugar tenemos a las mujeres con 0 partos, las cuales son 3 y representan el 1 % y por último el 0,8% representa a las pacientes con un rango de 10 a 12 partos con un total de 2 mujeres.

Ilustración 3 Tipos de partos de las pacientes con Distopias del Aparato Genital Femenino

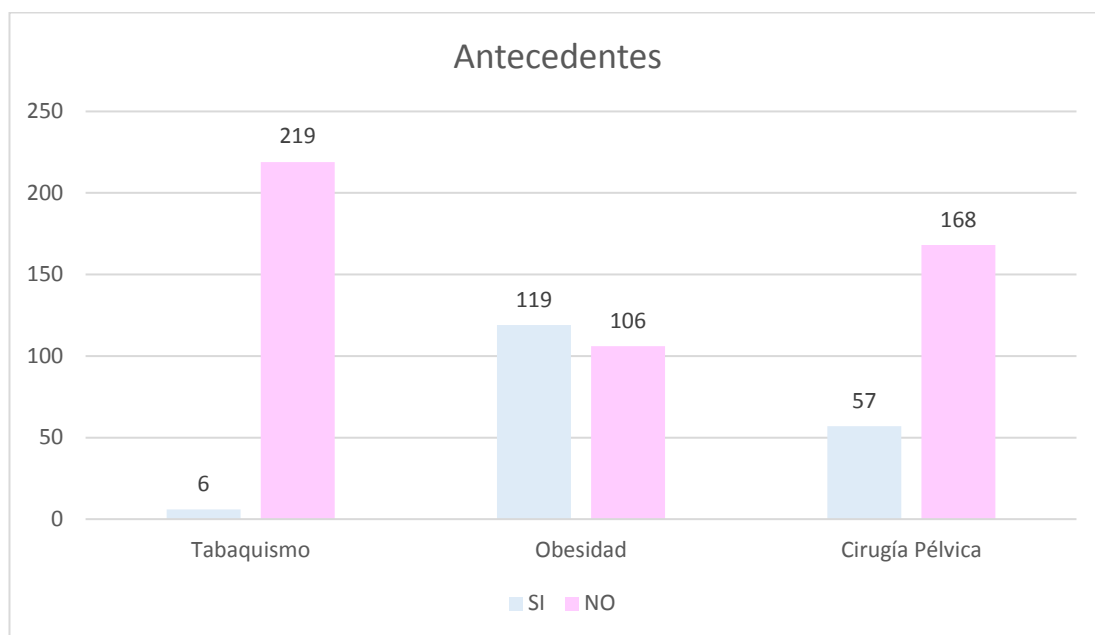


Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo – IESS Guayaquil, área de Ginecología 2020 – 2021

Elaborado por: Allauca J; Quezada A.

Análisis: El tipo de parto que se dio en su mayoría fue el parto vaginal con 170 pacientes representado con un 76%, seguido por la combinación de parto por cesaría y vaginal con 37 pacientes, representado por un 16%, además se reportaron 15 mujeres con partos por cesaría con un 7%.

Ilustración 4 Antecedentes que desencadenan Distopias del Aparato Genital Femenino

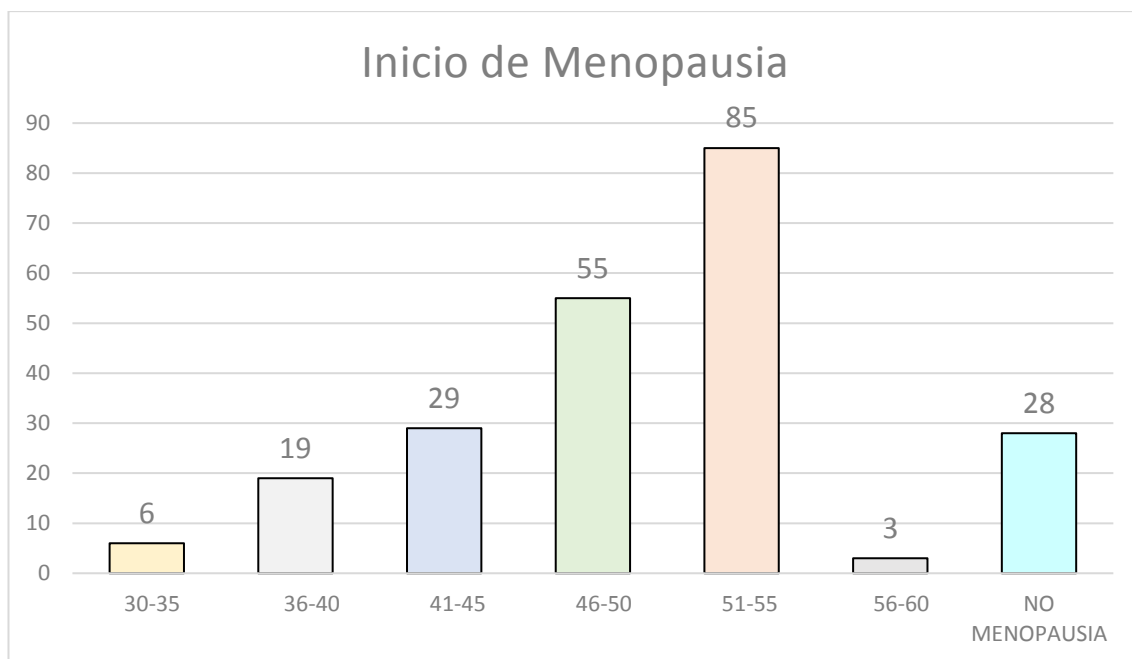


Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo – IESS Guayaquil, área de Ginecología 2020 – 2021

Elaborado por: Allauca J; Quezada A

Análisis: Entre los antecedentes para desarrollar una distopia del aparato genital femenino, encontramos la obesidad, la cual de las 225 pacientes estudiadas solo 119 la presentaban (53%), por otro lado, la cirugía pélvica se presentaba en 57 pacientes (25%), el tabaquismo afectaba a 6 mujeres (3%)

Ilustración 5 Inicio de la menopausia en las mujeres con Distopias del Aparato Genital

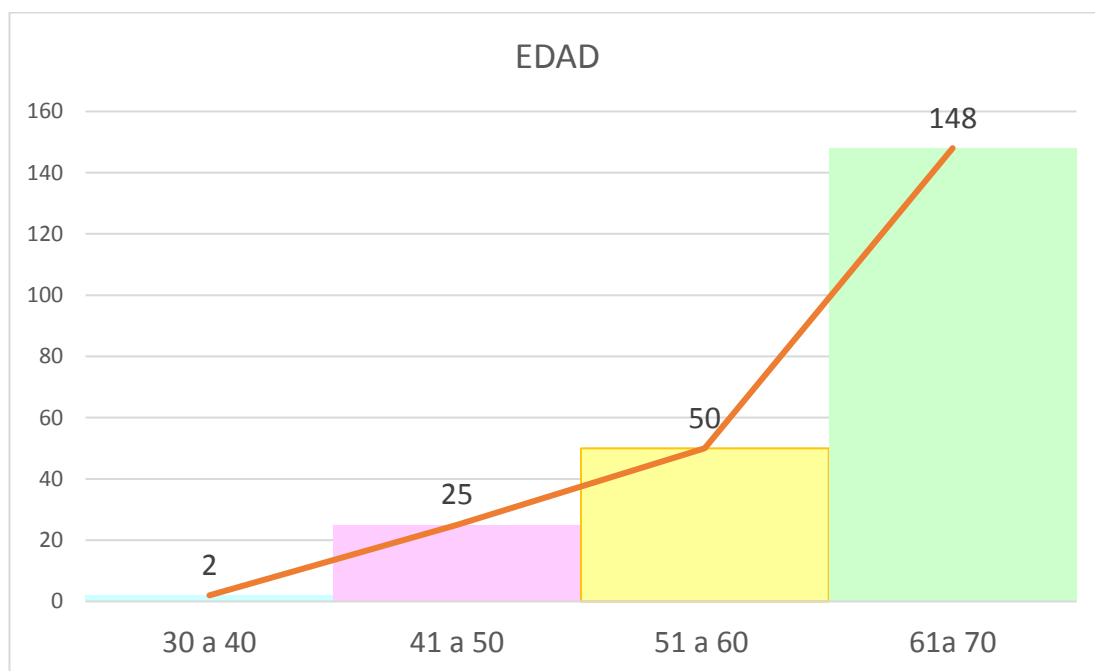


Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo – IESS Guayaquil, área de Ginecología 2020 – 2021

Elaborado por: Allauca J; Quezada A

Análisis: La menopausia es una de los factores que predisponen a la aparición de una distopia ginecológica, de las 225 pacientes estudiadas 85 (38%) presentaron la menopausia en un rango de edad de 51 a 55 años, seguido por el rango de 46 a 50 representado por 55 mujeres (24%), en tercer lugar está el rango de 41 a 45 años con un total de 29 pacientes(13%), 28 mujeres aún no presentaban menopausia (12%), en el rango de 36 a 40 tenemos un total de 19 mujeres(8%), en penúltimo lugar tenemos a 6 mujeres (3%) que presentaron menopausia a la edad de 30 a 35 años y finalmente 3 mujeres (1,3%) presentaron menopausia en el rango de 56 a 60 años.

Ilustración 6 Rasgos de edad de las pacientes con Distopias del Aparato Genital Femenino



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo – IESS Guayaquil, área de Ginecología 2020 – 2021

Elaborado por: Allauca J; Quezada A

Análisis: Podemos observar que las edades con mayor frecuencia en las mujeres estudiadas son entre 61 a 70 años con un total de 148 pacientes (66%), seguido de aquellas pacientes entre 51 y 60 años con un total de 50 mujeres (22%), 25 mujeres (11%) representan el rango de edad de 41 a 50 años y por último 2 mujeres (0.8%) se encontraron en el rango de 30 a 40 años.

Ilustración 7 Manifestaciones Clínicas en las mujeres con Distopias del Aparato Genital



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo – IESS Guayaquil, área de Ginecología 2020 – 2021

Elaborado por: Allauca J; Quezada A

Análisis: Las pacientes con prolapso de órganos pélvicos pueden manifestar diversos síntomas, en el caso de la población estudiada, el síntoma que afectó a la mayoría fue la sensación de cuerpo extraño, es decir 224 (99,5%) mientras que el síntoma menos frecuente fue el estreñimiento, el cual afectó a 67 mujeres (30%)

DISCUSIÓN

Las distopias del aparato genital femenino son frecuentemente un motivo de consulta de las mujeres en edad media, la prevalencia de esta patología es elevada, se debe considerar que por lo menos un tercio de la población adulta puede sufrir esta enfermedad. (6)

Un estudio realizado en La Habana Cuba, se evidenció que del total de mujeres estudiadas la mayoría presentó cistocele, es decir un total de 38 casos (57%), y la minoría de las pacientes presentó rectocele, es decir un total de 6 casos (9%). (28) Por otro lado, en el estudio de Caffo R la distopia que se presentó con mayor frecuencia fue el cistocele en un 53% de los casos y el que menos se presentó fue el rectocele con un 13 % de los casos. (29) A diferencia de nuestro estudio, en el cual la distopia más frecuente fue cistocele con 102 casos (45%) y la menos frecuente fue la combinación entre cistocele e histerocele con un total de 10 casos (4%).

El trabajo de parto prolongado para llegar a un parto vaginal, empeora la calidad de vida ya que crea alteración de piso pélvico y el riesgo del prolapso genital se incrementa en los partos vaginales. En un estudio realizado por Cooper J y Annappa M se evidenció que en su población el 88% de las pacientes con prolapso de órganos presentaron partos vaginales, mientras que el resto habían sido sometidas a cesáreas. (30) Además, un estudio realizado en Etiopía Oriental, la mayoría de la población de estudio, es decir 368 (98,1%) mujeres tenían antecedentes de parto vaginal. (28) Estos datos se asemejan a los encontrados en nuestro estudio ya que el 76% de nuestra población habían presentado partos vaginales.

En la mayoría de los casos el prolapso de órganos pélvicos se produce después de la menopausia y por lo general en mujeres que han tenido uno o más partos vaginales. En un estudio realizado por Chedraui P y Blümel J en la Universidad Bío Bío de Chile se destaca que dentro de su población el 66.7% eran mujeres postmenopáusicas. (31) Adicional en el estudio de Cooper J y Annappa M mencionado anteriormente, se describe que el 76% de las mujeres estudiadas con distopia de órganos genitales habían sido diagnosticadas luego de la menopausia. (30) Algo similar se puede observar en nuestro estudio ya que, de las 225 mujeres estudiadas, el 87% eran mujeres postmenopáusicas y solo 28 mujeres que corresponde al 13% aún no habían presentado menopausia.

Adicionalmente la variable, número de partos, a la cual también podemos referirnos como multiparidad se asocia con el prolapso, es decir, las múltiparas tienen mayor riesgo de prolapso que las nulíparas. En el estudio de Caffo R. se observa que el 87.5% de casos de prolapso son múltiparas, en cambio entre las nulíparas ese porcentaje se reduce a 12.5%, esto indica que

la multiparidad es un factor de riesgo de prolapso genital. (29) En el estudio de Estipitia F se afirma que el 83% de las mujeres que presentaban distopia de órganos genitales eran multíparas y el otro 17% no presentaban antecedentes de partos. (8) En nuestro trabajo se puede evidenciar que solo el 1.3 % de las mujeres con prolapso genital son nulíparas, mientras que el 98,7% restante ha tenido por lo menos un parto.

En el caso de la edad con la que mayormente se presentan los prolapsos genitales, en nuestro estudio se evidencia que las mujeres que mayormente presentan los prolapsos son en el rango de edad de 61 a 70 años, ya que ellas abarcan el 66%, mientras que solo un 2% corresponde a mujeres entre 30 a 40 años. Según un estudio de Claudia F. Valencia-ChiÓN al desglosar la edad en 2 categorías, se encontró que tuvo una asociación muy significativa con el prolapso, pues a medida que aumenta la edad aumenta el riesgo de prolapso, por ejemplo, en las menores de 42 años el 5% tuvo prolapso y este porcentaje aumentó a 75% entre las pacientes mayores de 43 años. (2) Mientras que en el estudio de Chedraui P y Blümel J las mujeres que mayormente presentaban prolapso eran las mujeres entre 50 y 60 años con un porcentaje de 43%, mientras que en el caso de las mujeres menores de 30 años solo se presentaba en un 2% de los casos. (31)

La sintomatología de los prolapsos genitales es muy variada y dependerá mucho del grado del prolapso, según el estudio de Estipitia F, dentro de su población, la sensación de cuerpo extraño fue la sintomatología que se presentaba con mayor frecuencia, abarcando el 66% de los casos, a diferencia de la nicturia que ocupaba el último lugar ya que esta solo se presentaba en el 2% de los casos. (8) Según un estudio de Claudia F. Valencia-ChiÓN, las mujeres normalmente acudían a consulta por la incomodidad debido a la sensación de cuerpo extraño, esto en el 83% de los casos y al contrario el síntoma menos mencionado fue la urgencia miccional con el 3,5% de los casos. (2) En contraste con nuestro estudio, el síntoma que afectó a la mayoría fue la sensación de cuerpo extraño, es decir 99,5% mientras que el síntoma menos frecuente fue el estreñimiento, el cual afectó al 30%.

CONCLUSIONES

El tipo de distopia del aparato genital femenino con mayor prevalencia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021 fue cistocele con un total de 102 (45%), seguido del histerocele con un total de 40 mujeres (18%).

Se evidenció que, al separar por rango de edades a las mujeres con prolapso de órganos genitales, las que mayormente se ven afectadas por esta patología son aquellas entre 61 a 70 años con un total de 148 pacientes (66%), seguido de aquellas pacientes entre 51 y 60 años con un total de 50 mujeres (22%).

En cuanto a la sintomatología el síntoma que afectó a la mayoría fue la sensación de cuerpo extraño, es decir 224 (99,5%) mientras que el síntoma menos frecuente fue el estreñimiento, el cual afectó a 67 mujeres (30%).

RECOMENDACIONES

Realización de estudios prospectivos y multicéntricos en el que se permita evaluar la relación entre los factores de riesgo y la aparición de distopias del aparato genital.

Sugerimos los chequeos médicos continuos para las mujeres en estado postmenopáusico y mayor de 60 años, ya que ellas suelen ser las más propensas a desarrollar una distopia de órganos genitales y sería de ayuda tanto para su prevención como para el diagnóstico temprano.

Se debe explicar a toda mujer múltipara, que ante cualquier sintomatología asociada a un prolapso genital como, por ejemplo, sensación de cuerpo extraño, debe buscar la valoración de un especialista, para detectar a tiempo el tipo y el grado de prolapso, y así evitar complicaciones a futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orozco-Márquez CB, Murguía-Flores EA, Zaragoza-Torres RM, Rodríguez-Salazar DC. Mejoría de la vejiga hiperactiva posterior a cirugía correctiva de prolapso de órganos pélvicos. *Revista Mexicanade URología*. 2021; 1(12).
2. Valencia Chion C, Cruz Vargas J, Correa Lopez L, Arango Ochante P. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de Enero - Diciembre 2018. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 2020; 9(1).
3. Domínguez Orellana MA, Guerrero Ponce , López Reyes J, Miranda Baquedano M. Conocimiento y cuidados de la mujer para la prevención del prolapso de órganos pélvicos. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*. 2020; 7(1).
4. Macotella-Nakagaki , Suárez del Puerto , Valente-Acosta B. Relación entre incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*. 2013; 81(7).
5. Espitia De La Hoz FJ. Colpocleisis: evolución y complicaciones en mujeres del Quindío, Colombia, 2009-2019. *Revista Avances en Salud*. 2020; 4(1).
6. Adriano Castro R, Delgado Peruyera , Santisteban Alba , Fernández Maderos I. Defectos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida de la mujer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2022; 33(3).
7. Martínez-Franco E, Amat-Tardiu L, Rodríguez-Mias N, Cortés-Laguna L, Maria Laïlla-Vicens J. Tratamiento quirúrgico del prolapso genital mediante malla prolift® en pacientes con riesgo de recidiva. *Urología Neurológica y Urodinámica*. 2012; 65.
8. Espitia De La Hoz FJ. Prolapso de cúpula vaginal, prevalencia en mujeres en Prolapso de cúpula vaginal, prevalencia en mujeres en. *Revista Urología Colombiana*. 2020; 30(1).
9. Danilo E, Johanna L, Mayckol C, Lucetty M. Prolapso genital femenino, abordagem cirúrgica inicial. *RECIMUNDO*. 2020.
10. Antúnez-García V, Muñoz-Mendoza CL. Función sexual y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres climatéricas con prolapso genital en Centros de Salud Familiar de la región de Ñuble. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*. 2019; 84(5).

11. Esquivel Ramírez DF, Lima Arcos JA, Camuendo Egas ME, Mesías Molina LY. Prolapso genital femenino, abordaje quirúrgico inicial. *Revista Científica Mundo de la investigación y el conocimiento*. 2020.
12. Hoffman B. SJ,BK,HL,SJ,CM. *Williams Ginecología*. Cuarta ed.: McGraw-Hill; 2022.
13. Leanza V DSAPERLDRPM. Pubmed central. [Online].; 2022. Acceso 04 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9047285/>.
14. Carrillo K. SA. *Anatomía del piso pélvico*. Elsevier. 2013; 24(2).
15. Fernández G GP. Research Gate. [Online].; 2021. Acceso 03 de 03 de 2023. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/363273150_Prolapso_apical.
16. Handa V. BJ,CM,RJ,MA. Cambios longitudinales en el hiato genital que preceden al desarrollo del prolapso de órganos pélvicos. *American Journal of Epidemiology*. 2019; 188(12).
17. Kayembe A. KC,BJ,TR. PubMed. [Online].; 2021. Acceso 02 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8817189/>.
18. Prateek S MRBAKKJPCL. Pubmed Central. [Online].; 2021. Acceso 03 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8132808/>.
19. Ibrahimi A ZI. Pubmed central. [Online].; 2020. Acceso 03 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7648460/>.
20. Kieserman-Shmokler C SCCLDLAMJDJ. Pubmed Central. [Online].; 2019. Acceso 03 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166152/>.
21. Leanza V IELGCMZGVR. Pudmed Central. [Online].; 2013. Acceso 04 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926474/>.
22. SALOMON M BFyPUJ. Sacd.org. [Online].Acceso 03 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tochentaytres.pdf>.
23. *Progresos de Ginecología y Obstetricia*. Prolapso de los órganos pélvicos. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2020; 61(1).

24. Cohen D. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019; 24(2).
25. Sobrino V, Lagarejos B. Prolapso Genital. En Obstetricia SEdGy. Fundamentos de Ginecología. Madrid; 2019. p. 293-301.
26. Madhu C, Rápido S, Moloney-Geany S, Drake M. ¿Cómo utilizar el sistema de Cuantificación de Prolapso de Órganos Pélvicos (POP-Q)? Neurourology and Urodynamics. 2018; 37.
27. Braun H, Rojas I, González F. Prolapso Genital Severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2019; 69(2).
28. Abebe D, Abdurke M. One in ten ever-married women who visited health facilities for various reasons have pelvic organ prolapse in Harari regional state, Eastern Ethiopia. Womens Health. 2022; 15(6).
29. Caffo R. Paridad y tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes del servicio de ginecología del hospital regional docente de Trujillo. julio - diciembre 2019. Revista Mexicana de Gineco Obstetricia. 2019; 23(6).
30. Cooper J AM. Prevalence of genital prolapse symptoms in primary care: a cross sectional survey. International Urogynecology Journal. 2019; 26(4).
31. Chedraui P BJ. Calidad de vida alterada entre mujeres de edad media: un estudio multicéntrico latinoamericano. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 2019; 15(1).



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Allauca Gusqui Jessica Nataly** con C.C: 0604373001; **Quezada Sánchez Aitana Tiffany** con C.C:0706995313 autores del trabajo de titulación: **Caracterización de distopias del aparato genital femenino en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021**, previo a la obtención del título de MÉDICO en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos 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.- Autorizamos 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, 27 de septiembre del 2023



Firmado electrónicamente por:
JESSICA NATALY
ALLAUCA GUSQUI



Firmado electrónicamente por:
AITANA TIFFANY
QUEZADA SANCHEZ

Allauca Gusqui Jessica Nataly

CC: 0604373001

Quezada Sánchez Aitana Tiffany

CC: 0706995313



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización de distopias del aparato genital femenino en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021.		
AUTOR(ES)	Allauca Gusqui Jessica Nataly y Aitana Tiffany Quezada Sánchez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Altamirano Barcia Ivan Elias		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	29
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Obstetricia, Nefrología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Distopias, Prolapso, Órganos Pélvicos, Rectocele, Histerocele, Cistocele.		
RESUMEN:	<p>Introducción: El prolapso de órganos pélvicos es objeto de investigación y de interés a nivel mundial. Se estima que del 3 % al 6 % de la población femenina desarrollará alguna de estas disfunciones en algún momento de su vida.</p> <p>Objetivo: Caracterizar las distopias del aparato genital femenino en pacientes de 30 a 70 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021.</p> <p>Materiales y métodos: Investigación de tipo cualitativo, con recolección de datos y el análisis e interpretación de los resultados, diseño no experimental que se aplicó en 225 pacientes de sexo femenino de entre 30 a 70 años que acudieron a consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2021.</p> <p>Resultados: Se evidenciando que el tipo de distopia genital con mayor prevalencia fue cistocele (45%). La mayoría de las pacientes afectadas tuvieron entre 1 a 3 partos (52%). El síntoma que afectó con mayormente fue la sensación de cuerpo extraño (99,5%). El rango de edad en el que se ven más afectadas las mujeres fue entre 61 y 67 años (66%).</p> <p>Conclusión: El tipo de distopia del aparato genital femenino con mayor prevalencia fue cistocele (45%). Al separar por rango de edades a las mujeres con prolapso de órganos genitales, las que mayormente se ven afectadas son aquellas entre 61 a 70 años con un total de 148 pacientes (66%). En cuanto a la sintomatología el síntoma que afectó a la mayoría fue la sensación de cuerpo extraño (99,5%).</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593963725225 +593-991860436	E-mail: jessica.allauca@cu.ucsg.edu.ec aitana.quezada@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Diego Antonio Vasquez Cedeño		
	Teléfono: +593- 982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			