

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**PARIDAD Y TIPO DE PARTO COMO FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
JULIO - DICIEMBRE 2016.**

AUTOR: ROBERTO CAFFO AGUILAR

ASESOR: ORLANDO RODOLFO SALAZAR CRUZADO

Trujillo – Perú

2017

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**PARIDAD Y TIPO DE PARTO COMO FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
JULIO - DICIEMBRE 2016.**

AUTOR: ROBERTO CAFFO AGUILAR

ASESOR: ORLANDO RODOLFO SALAZAR CRUZADO

Trujillo – Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios, porque a pesar de las caídas y obstáculos de la vida, me da fuerzas día a día para levantarme y superarlos, guiándome en este largo camino de la vida, en compañía de mi familia, la cual amo con todo mi corazón.

A mis padres, Roberto e Hilda, por su amor, preocupación, esfuerzo y cariño que me siguen brindando incondicionalmente día a día para cumplir las metas trazadas en mi vida, tanto personal como profesional. A mis hermanas Heidi, Zadith y Lizbeth, que, con su apoyo, sus consejos y buenos deseos, siempre están conmigo, las adoro mucho. A mi mascota Osito, quien me acompaña y alegra con sus ocurrencias y travesuras y cuida siempre de mi familia.

A mis tías Rosa Amelia, Ela Marina y mi tío Francisco, y mi primo Rubén quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar, protegiéndome y guiándome con sus consejos, enseñanzas, su cariño y amor incondicional; junto a mi primo Percy, quien desde el cielo cuida, bendice y guía mis pasos ahora.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme despertar cada día rodeado del apoyo y cariño de mi familia, y que me va guiando por el camino del bien en el transcurso de esta carrera de la Medicina.

A mi familia, por su apoyo incondicional, su cariño y su amor que me siguen brindando día a día, y que con su ejemplo me impulsan a seguir levantándome y superando obstáculos que se presentan en la vida, luchando arduamente para lograr los objetivos trazados en mi esta carrera tan hermosa como es la Medicina, me siento muy orgulloso y muy agradecido por tenerlos a mi lado.

A mi asesor, quien con su orientación, asesoría, insistencia y preocupación me permitieron culminar esta tesis, brindándome sabios consejos en el transcurso de mi formación tanto personal como académica. Muchas Gracias Maestro

A mis maestros de pregrado, quienes con sus enseñanzas ayudaron a mi formación académica.

A Mónica, mi compañera, amiga y pareja, por quien agradezco a Dios por poner en mi camino, ya que con su apoyo, comprensión, cariño y más sincero amor que me brinda a diario, sabe sacarme una sonrisa e iluminar los momentos más grises que se puedan presentar; eres una persona muy especial en mi vida. Te Amo

A todo el personal que labora en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza, quienes me brindaron calor de hogar en el transcurso de mi Internado Médico, y que con sus enseñanzas, consejos y desinteresada ayuda y amistad me orientaron en el transcurso de mi formación personal y profesional, nunca los olvidaré.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la paridad y el tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en servicio de Ginecología en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Julio - Diciembre 2016.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 105 mujeres en edad reproductiva; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin prolapso genital

Resultados: Se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación al tipo de parto y la paridad. La frecuencia de mujeres con paridad mayor o igual a 2 con prolapso genital fue de 97.1%. La frecuencia de paridad mayor o igual a 2 sin prolapso genital fue de 71.4%. La paridad es factor de riesgo asociado a prolapso genital con un odds ratio de 13.6 el cual fue significativo. Para el tipo de parto, se aprecia diferencia significativa reportando un odds ratio de 3.33 el cual también fue significativo.

Conclusiones: La paridad y el tipo de parto son factores de riesgo para prolapso genital en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Palabras Clave: Tipo de parto, paridad, factor de riesgo, prolapso de órganos genitales.

ABSTRACT

Objective: To determine if the parity and type of delivery were risk factors associated with genital prolapse in female patients attended in the Gynecology Service in the Trujillo's Regional Hospital. July - December 2016.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, case-control study was conducted. The study population consisted of 105 women in reproductive age; Who were divided into 2 groups: with and without genital prolapse

Results: There were significant differences between the study groups in relation to the type of delivery and parity. The frequency of women with parity greater than or equal to 2 with genital prolapse was 97.1%. The frequency of parity greater than or equal to 2 without genital prolapse was 71.4%. Parity is a risk factor associated with genital prolapse with an odds ratio of 13.6 which was significant. For the type of delivery, a significant difference was observed, reporting an odds ratio of 3.33 which was also significant.

Conclusions: Parity and type of delivery are risk factors for genital prolapse at the Regional Teaching Hospital of Trujillo.

Keywords: Parity type, parity, risk factor, genital organ prolapse

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INDICE	v
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Marco Teórico	1
1.2 Antecedentes	8
1.3 Justificación	12
1.4 Problema	13
1.5 Hipótesis	13
1.6 Objetivos	14
II. MATERIAL Y METODOS	15
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSION	24
V. CONCLUSIONES	27
VI. RECOMENDACIONES	28
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
VIII. ANEXOS	35

I. INTRODUCCION

1.1. Marco Teórico

El prolapso genital se refiere a la protrusión de ciertos órganos pélvicos a través de la vagina; en realidad los órganos "no se salen" por la vagina, sino que la debilidad en la pared vaginal y los tejidos de soporte pélvico, permiten que dichos órganos desciendan a través del punto débil de la vagina y se insinúen al exterior recubierta por ella. ⁽¹⁾ Esta es una condición patológica que impacta negativamente la calidad de vida de la mujer y puede llegar a presentarse hasta en 50% de las mujeres multíparas. ⁽²⁾

La prevalencia del prolapso de órganos pélvicos (POP) incrementa con la edad y es de aproximadamente 31%, con un requerimiento de tratamiento quirúrgico hasta los 80 años del 11 % en el mundo y una tasa de reintervención entre el 29 % y 40 % de los casos resueltos mediante cirugía clásica. ⁽³⁾

Se estima que entre 32 y 43% de las mujeres sometidas a histerectomía presentarán disfunción del piso pélvico, recordando que la histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en las mujeres. El prolapso de la cúpula vaginal aparece en 0,2% a 1% de las pacientes que han sido sometidas a histerectomía. ⁽⁴⁾ Silva Filho, AL. en su trabajo "Sacrospinous fixation for treatment of vault prolapse and at the time of vaginal hysterectomy for marked uterovaginal prolapse" señala que una de cada nueve mujeres a quienes se le realizó histerectomía como tratamiento del prolapso genital, se complican con prolapso de cúpula, en 0,2% y hasta 43%. ⁽⁵⁾

La cirugía para prolapso se realiza dos veces más comúnmente que la cirugía de continencia y la prevalencia varía ampliamente de 6 a 18%. La incidencia de la cirugía POP oscila entre 1,5 y 1,8 por 1.000 mujeres y pico en mujeres de 60-69 años. (6)

Para entender el sistema de soporte pélvico, es útil subdividirlo en tres ejes: Eje vertical superior, el eje medio horizontal, y el eje vertical inferior. La fascia endopélvica mantiene la integridad de estos ejes para el soporte de las vísceras. Esto fue descrito por De Lancey y es lo que se conoce como los Niveles de De Lancey, el Nivel 1 hace referencia a la suspensión superior de la vagina a los ligamentos cardinales y uterosacros del útero. El Nivel 2 es el soporte lateral de la vagina al arco tendinoso de la fascia endopélvica. Por último, el Nivel 3 es el soporte distal de la vagina al diafragma urogenital y cuerpo perineal. (16)

Para la clasificación del prolapso genital, es imprescindible conocer cuál es el órgano que se ha desplazado respecto a su localización habitual, según el órgano afectado se diferenciará entre Prolapso Genital del compartimento anterior, que incluye Colpocele anterior, en el que la estructura desplazada es la pared anterior de la vagina, puede asociarse a cistocele o a uretrocele; Prolapso Genital del compartimento medio, que incluye prolapso uterino o histerocele, enterocele, douglascele o elitrocele y Prolapso de la cúpula vaginal; Prolapso Genital del compartimento posterior, que incluye Colpocele posterior en la que la estructura desplazada es la pared posterior de la vagina, puede asociarse a rectocele. (17)

En relación al Grado del Prolapso, de acuerdo a la importancia del descenso, pueden distinguirse cuatro grados en las formas clínicas de presentación: Grado I (descenso entre posición normal e introito), Grado II (descenso a nivel del introito), Grado III (descenso por fuera del nivel del introito), Grado IV (Prolapso total, fuera del plano vulvar). En cuanto a la Estandarización de la terminología de gradación del prolapso, la Sociedad Internacional de Continencia adoptó un sistema de clasificación conocido como POP-Q (Pelvic Organ

Prolapse Quantification System) en Octubre de 1995, este sistema utiliza como referencia 9 medidas: la distancia en centímetros con respecto al Himen a cada uno de 6 puntos fijos en la pared vaginal (2 en la pared vaginal anterior, 2 en la posterior y 2 en el fondo vaginal) y tres mediciones perineales también en centímetros. Se utiliza como punto fijo el plano del himen, de manera que cualquier medición proximal al himen se registra con números negativos y con números positivos cuando están distales a él. Se asignan estadios ordinales al grado de prolapso, desde grado 0 (ausencia de prolapso) a grado V (prolapso completo). A su vez, cada etapa se subagrupa dependiendo de cuál es la porción genital que más protruye. El POP-Q ha demostrado ser útil y altamente reproducible. (18)

Se menciona al embarazo y el parto como factores que alteran el piso pélvico, especialmente el segundo periodo del parto, entre menos lesiones se produzcan al momento del parto, se considera que una mujer puede tener recuperación completa de sus tejidos, sin experimentar en un futuro una alteración del piso pélvico; sin embargo entre más exposición se tenga a factores predisponentes (constitución genética, factores nutricionales, control de esfínteres), más será el riesgo y si además hay problemas también en estos, el riesgo se incrementará aún más; una mujer en condiciones normales, tiene un riesgo de desarrollar prolapso genital del 48% con 1 a 3 partos, más de 4 partos incrementará el riesgo en un 71.2%. (16)

Durante el parto se producen una serie de modificaciones sobre el tejido conectivo, nervioso y muscular, el feto ejerce una distensión y compresión sobre estas estructuras pudiendo condicionar una rotura de las fibras, o incluso una denervación de la rama perineal del nervio pudiendo, ocasionando una lesión, que es más evidente cuando los periodos activos y expulsivos del parto son prolongados, cuando se instrumentan los partos, y cuando los fetos son grandes. Mientras que en cuanto a la paridad se sabe que durante la gestación se producen una serie de cambios hormonales que debilitan la consistencia del suelo pélvico;

además, se produce un progresivo aumento del tamaño uterino que incrementa la presión, favoreciendo con ello la aparición de disfunciones y que más de la mitad de las mujeres que se comportaban como incontinentes durante la gestación dejan de serlo en el puerperio, cuando los cambios hormonales y la sobrecarga han desaparecido. (8)

Otros factores son la edad, embarazo, presión intraabdominal aumentada crónicamente (obesidad, constipación crónica, tos crónica, levantar cargas pesadas en forma repetitiva), menopausia e hipoestrogenismo, trauma, factores genéticos, raza, enfermedades musculoesqueléticas, neuromusculares (espinas bífidas) y del tejido conectivo (Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan), enfermedades crónicas, fumar (EPOC), pelvis de diámetro largo y cirugías previas con disrupción del soporte natural (cirugía de prolapso, histerectomía, etc.).

Se ha planteado que la etiología sería multifactorial, ya que las pacientes suelen tener múltiples factores de riesgo y variará entre las pacientes que problema es el que prima en la producción de su prolapso. (20) Otros factores que se postulan con menor evidencia son la macrosomía, segunda etapa del parto prolongada, episiotomía, laceración del esfínter anal, analgesia epidural, fórceps y uso de oxitocina. La mayoría de estos factores de riesgo enunciados como el parto vaginal, embarazo y presión intraabdominal aumentada causarían un daño mecánico directo sobre el piso pélvico (nervios, músculos) mientras que la edad, otro factor ampliamente reconocido, correspondería también a un proceso multifactorial en el cual intervienen el envejecimiento fisiológico, procesos degenerativos, hipoestrogenismo, enfermedades intercurrentes, etc. (19)

Habitualmente, las pacientes no presentan otra sintomatología aunque pueden aparecer algunos síntomas como dolor en el hemiabdomen inferior, sensación de masa, peso o bulto en la vagina o fuera de ella, región sacra o lumbar, dificultad o dolor con las relaciones sexuales, alteraciones urinarias debidas a la alteración del ángulo uretrovesical posterior

(puede aparecer incontinencia urinaria de esfuerzo, chorro débil, sensación de vaciamiento incompleto, aumento en la frecuencia urinaria, urgencia por orinar e incontinencia urinaria de esfuerzo y en ocasiones puede ocurrir el fenómeno contrario, que puede llevar a cistitis de repetición), alteraciones en la defecación (constipación y tenesmo), puede aparecer incontinencia fecal cuando el prolapso de asocia a lesión del esfínter anal, hemorragia (generalmente debida a úlceras en el órgano prolapsado, suele ser escasa), en los casos de procidencia de todo el trigono vesical, los uréteres son arrastrados y acodados pudiendo obstruirse y originar hidronefrosis y mayor tendencia a infecciones repetidas de las vías urinarias superiores (en casos extremos sin tratamiento puede llevar a falla renal). (21)

Para el Diagnóstico, tras realizar la anamnesis general de cualquier paciente ginecológica, debe realizarse un interrogatorio dirigido a identificar la sintomatología. Es importante averiguar el tiempo de evolución, la gravedad y la afectación que estos síntomas condicionan en la calidad de vida de la mujer. En la exploración física, se debe realizar una inspección de genitales externos, para identificar la presencia de cicatrices o desgarros perineales, exploración ginecológica habitual de los genitales internos, exploración ginecológica sistemática de las paredes vaginales con valvas vaginales o con el espejo desarticulado, para establecer los tipos y estadios del prolapso, así como el trofismo de los tejidos, también realizar el Test de esfuerzo para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso, Test de esfuerzo con el prolapso reducido para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta, una evaluación del tono, de la capacidad contráctil y de los posibles defectos y asimetrías de los músculos elevadores del ano y una exploración ano-rectal. Dentro de las pruebas complementarias tenemos: ecografía ginecológica, analítica de orina en mujeres con síntomas urinarios, valoración del residuo pos miccional, sobre todo si presenta clínica de disfunción de vaciado o dificultad miccional, dicha valoración puede

realizarse por ecografía o por cateterismo pos miccional. (22) La Resonancia Magnética Dinámica del suelo pelviano es una excelente herramienta para la evaluación de los trastornos funcionales del piso pelviano, es el único método por imágenes que puede mostrar las estructuras de soporte del piso pelviano. (23)

El prolapso genital se suele considerar como una afección benigna que justifica el tratamiento sólo cuando es molesto. (24) El tratamiento es individualizado, dependiendo de los síntomas de cada paciente y el impacto en la calidad de vida, está indicado en mujeres con síntomas de prolapso o condiciones asociadas (urinarias, intestinales o disfunción sexual). (25)

Un diagnóstico incorrecto del defecto anatómico compromete el resultado quirúrgico y puede determinar nuevas disfunciones del suelo pélvico. En cuanto definir manejo conservador versus cirugía, las literaturas son claras, no hay evidencia que soporte algún tipo de superioridad de los manejos conservadores. (26)

El manejo del prolapso genital incluye el manejo quirúrgico y no quirúrgico. Debe considerarse que el tratamiento, también podría variar en función de la edad, condiciones clínicas de la paciente y perspectivas de vida sexual activa en el futuro, la mayoría de los cirujanos pélvicos favorecen el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, el tratamiento conservador se puede aplicar a pacientes con un escaso nivel de Prolapso de Genital, aquellos que rechazan la cirugía y pacientes ancianos con múltiples comorbilidades. (27)

Es posible que se presenten infecciones urinarias y otros síntomas urinarios debido al cistocele frecuentemente asociado con esta condición. Así mismo se puede presentar estreñimiento y hemorroides como resultado del rectocele asociado e, igualmente, pueden ocurrir ulceraciones e infecciones en casos de prolapso más graves. (28)

Dentro de los tratamientos conservadores, la rehabilitación pelviperineal podría ser una alternativa en estados iniciales de prolapso genital, ⁽²⁹⁾ y como terapia coadyuvante en estadios más avanzados; el uso de los pesarios, que pueden evitar la progresión del prolapso, pero no proporcionan manejo definitivo. ⁽³⁰⁾

En el tratamiento quirúrgico, se deben considerar las expectativas de la paciente con este tratamiento y los resultados obtenidos con las diferentes opciones quirúrgicas. El objetivo del tratamiento quirúrgico es obtener un buen resultado anatómico de forma que el síntoma principal (sensación de bulto genital) quede resuelto desde el punto de vista de la paciente, procurar una mejoría de las disfunciones identificadas en el estudio preoperatorio y que por su naturaleza puedan ser corregidas quirúrgicamente, y aplicar medidas encaminadas a prevenir la recurrencia del síntoma de prolapso y la aparición de nuevas disfunciones. Estos objetivos no siempre son alcanzables y dependen en gran medida de las características de la paciente y de la presencia de factores de riesgo de recidiva. ⁽³¹⁾ El manejo quirúrgico de los trastornos del piso pélvico se puede realizar por diferentes vías: vaginal, abdominal, laparoscópica o combinación de las anteriores; siendo el abordaje vaginal el más usado en 80-90% de los procedimientos, y puede ser categorizado como obliterativo o reconstructivo.

⁽³²⁾

Abordaje vaginal que puede incluir cualquiera de los procedimientos de forma independiente o asociados: histerectomía vaginal, reparación de la pared vaginal anterior o posterior (colporrafia), culdoplastia de McCall, reparación de Manchester (amputación del cérvix con suspensión del útero a los ligamentos cardinales), colpoplexia sacroespinal y pre-espinal, reducción del enterocele, reparación paravaginal, procedimiento Le Fort, y reconstrucción perineal. Abordaje abdominal que incluye histerectomía, colpoplexia sacra, reparación paravaginal, suspensión de la cúpula y plegamiento del ligamento uterosacral, ligadura del

enterocele y reparación de la pared vaginal posterior. La cirugía abdominal puede ser realizada por vía laparoscópica o abierta. (33)

Entre las muchas técnicas que podemos utilizar para la reparación de los prolapsos genitales, destacamos la Histerectomía (la extirpación del útero puede llevarse a cabo vía laparotómica, vaginal o laparoscópica, se daña menos el peritoneo, las adherencias son escasas y la peritonitis e íleo paralítico son menos frecuentes); en el caso de cistocele, la plastia o perinorrafia anterior; en rectocele, la plastia o perineorrafia posterior; en Prolapso de la cúpula vaginal, la culdoplastia de Mc Call; y en enterocele la plastia o malla total. (34)

Utilizando la experiencia de los cirujanos generales en el manejo de hernias con mallas se ha tratado de llevar las mismas consideraciones para la solución de los problemas del piso pélvico. Esta experiencia ha permitido conocer que las mallas de polipropileno monofilamento representan el material más adecuado, pues no son absorbibles y sí elásticas, resistentes a la infección y que soportan gran tensión. (35)

Las complicaciones que se han observado con el uso de estos sistemas, principalmente inherentes al material que constituye la malla son la erosión o exposición de la malla, retracción de la malla, acortamiento vaginal, lesiones vesicales, dispareunia, perforaciones uretrales y rectales, fístulas vesicovaginales y rectovaginales, perforaciones vaginales, infecciones urinarias, disfunciones miccionales, dolor inguinocrural, hemorragias y hematomas. (36)

1.2. Antecedentes

En el 2002, en un estudio colombiano en el que participaron 13 824 pacientes, el 26,6% estaban histerectomizadas y se les diagnosticó prolapso genital en el 68,38%; y el 73,4% no histerectomizadas, a las que se les diagnosticó prolapso genital en el 31,62%. En el estudio

Women's Health Initiative (WHI) de la totalidad de mujeres incluidas en el seguimiento, el 40% manifestó algún grado de prolapso genital y se evidenció un 14% de prolapso apical. (7)

Medina Carmona, David y Mungía Montalvan, Reyna; en el estudio "Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología del HEODRA" encontró que ingresaron al servicio de ginecología un total de 117 pacientes con prolapso genital, en el período comprendido de Enero 2005 a Noviembre 2007, todas estas pacientes fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos para corrección del prolapso de órganos pélvicos, la mayoría de las pacientes eran gran multíparas 73.1%, el tipo de lesión prequirúrgica que predominó fue el cistocele grado III con 73.1% seguido de prolapso uterino grado III en 61% y rectocele grado II en el 51.9% de los casos y la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos en los diferentes compartimentos fue de 33%. (8)

Obregón Y, et al en el 2009, en un estudio descriptivo realizado en el estado de Miranda Venezuela se revisaron 430 historias con alteraciones del piso pélvico. La incidencia de disfunción del piso pélvico fue de 9,44%. El número de embarazos era de 0 a 17, con un promedio de $4,64 \pm 2,8$. El rango de paridad de 0 a 14, con un promedio de $3,86 \pm 2,59$ y 13,3 % de cesáreas. El 21,4 % referían partos distócicos y/o fórceps, el 48,6 % una o varias episiotomías. El promedio de peso de los neonatos fue de 3,722 g. Otros factores asociados: la fibromatosis uterina en el 25,8% y el estreñimiento en 22,8%. Ciento cuarenta y nueve pacientes (42,1 %) estaban en etapa posmenopáusica y 1 de cada 4 recibían tratamiento sistémico o local. (9)

En el 2010, Aldave Paredes, P. en el trabajo "Factores de riesgo para prolapso genital en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Belén de Trujillo 2008-2010", encontró que al evaluar el factor paridad mayor de 3 constituía un factor de riesgo altamente significativo con una probabilidad 22,8 veces mayor, OR= 22.875; IC 95% (9.80-53,39)

resultando ser un factor con alta fuerza de asociación a prolapso genital de órganos pélvicos. Los resultados de este estudio coincidieron con otras poblacionales realizados en Europa, y en USA, donde se encontró que la multiparidad fue el factor determinante más importante de Distopia de órganos pélvicos y un aumento del riesgo con el número de partos. Con respecto al factor parto vaginal también constituyó un factor de riesgo altamente significativo para prolapso genital, pero con mayor fuerza de asociación que la paridad mayor de 3, siendo su OR= 28,3; IC 95% (11,7-68,5). (10)

Dionicio Elera, R. en el 2014, en el estudio “Factores de Riesgo de Distopia Genital, realizado en Perú en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, basada en una revisión de 400 historias clínicas por muestreo aleatorio simple, se encontró que los factores de riesgo asociados con distopia genital fueron multiparidad vaginal ($p= 0.000$ y OR= 26.3), patología pulmonar ($p= 0.000$ y OR = 8.6) y la edad de la mujer mayor a 50 años ($p= 0.000$ y OR = 6.1). (11)

En el 2013, Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I, en el estudio “Prevalencia y factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos 20 años después del parto: estudio de cohortes nacional en primíparas singleton después de parto vaginal o cesárea”, se encontró que la prevalencia de prolapso genital fue mayor después del parto vaginal comparado con la cesárea (14,6 frente al 6,3%, odds ratio [OR] 2,55, intervalo de confianza del 95% [95% IC] 1,98-3,28) pero no aumentó después de la cesárea aguda comparada con la cesárea electiva. (12)

En el 2015, Espitia de la Hoz FJ, en el artículo “Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia Urinaria”, de la Revista de sexología 2015, señala que, en el estudio de las 25920 mujeres, 25272 (97,5%) tenían antecedentes de embarazos, con un rango de 1 a 14 embarazos y un promedio de 3,9 embarazos por mujer. Sólo 648 (2,5%)

mujeres no tuvieron embarazos; 22161 (87.68%) tuvieron partos vaginales, con un rango de 1 a 6 partos por mujer y un promedio de 2,7 partos. A 3045 (12,04%) se les practicó cesárea, como único modo de obtener el producto de la concepción, y 1218 (4.81%) a las que se le practicaron cesáreas previas, además tuvieron otros partos vaginales en otro momento de la vida; se presentaron 4821 (19.07%) partos distócicos que necesitó el uso de espátulas o fórceps, 8553 (33,84%) tuvo un expulsivo prolongado y a 18807 (72.55%) se le realizó episiotomía rutinaria. (13)

En el 2015, Espitia de la Hoz en el trabajo: “Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles”, concluye que el número de embarazos osciló entre 0 y 15, con un promedio de $6,3 \pm 4,2$; el 38% con ≥ 6 gestaciones. Se observa que existe mayor riesgo de presentar prolapso genital en las mujeres que tienen antecedentes de más de 3 partos, independientemente de la vía del parto (OR: 6,2 [IC 95%: 1,56-24,59]; $p < 0,05$). El número de partos estuvo entre 1 y 12, con un promedio de $4,8 \pm 3,9$; la mayoría (45%) entre 1 y 3, el 39% entre 4 y 6, y el 16% restante tenían más de 7 partos. Se observa que existe mayor riesgo de presentar prolapso genital en las mujeres que tienen antecedentes de más de 3 partos vaginales (OR: 16,22 [IC 95%: 1,93-136,09]; $p < 0,05$), y también se encontró asociación en las mujeres a las que se les realizó cesárea por parto distócico (OR: 2,49 [IC 95%: 1,11-5,58]; $p < 0,05$), y en las que tenían antecedentes de parto instrumentado (OR: 6,05; [IC 95%: 1,79-20,49]; $p < 0,05$). Es decir, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles en relación con el parto vaginal, el parto instrumentado, la episiotomía y la multiparidad, ya que fueron mayores en la proporción de mujeres en los casos con prolapso genital que en el grupo control ($p < 0,05$).

(14)

En el 2016, Fernández Morcillo, N. realiza una revisión bibliográfica desde Enero hasta Marzo de 2016, en la cual se obtiene 25 artículos utilizando bases de datos tanto nacionales como internacionales, en la que la mayoría de los estudios señalaron al parto como el principal Factor de Riesgo en la aparición de prolapso genital, a pesar de ello, se conocen otros factores que también influyen en el desarrollo de estas afecciones, como serían: estreñimiento, embarazo, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), paridad, modo de parto, diabetes, Índice de Masa Corporal (IMC) elevado, alteraciones musculares o neurológicas, menopausia, edad y raza, entre otros, además que el tipo de parto que genera un mayor número de prolapsos genitales, es el parto vaginal en comparación con la cesárea, dentro del parto vaginal destacamos el parto instrumentado con fórceps como el principal causante; y la mayoría de los estudios hacen alusión a la no protección de la cesárea. (15)

1.3. Justificación

Este trabajo busca identificar la paridad y el antecedente de tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo comprendido entre Julio a Diciembre de 2016.

El llevar a cabo esta investigación me permite contribuir con información útil para la toma de decisiones preventivas ya que identifica las dos variables que inciden en dicho evento.

Como parte de mi formación profesional, la realización de esta investigación deja un aporte teórico y metodológico. Teóricamente nos permite reforzar nuestro conocimiento sobre la paridad y el tipo de parto como factor de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes

mujeres atendidas en servicio de Ginecología atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo, además de conocer la realidad en el lugar de estudio.

1.4. Formulación del Problema Científico

¿La paridad y el tipo de parto influyen en el riesgo prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en servicio de Ginecología en el Hospital Regional Docente de Trujillo?

1.5. Hipótesis

H1: La paridad y el parto vaginal incrementan el riesgo para producir prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en servicio de Ginecología en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

H0: La paridad y el parto vaginal no incrementan el riesgo para producir prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en servicio de Ginecología en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar la paridad y el tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en servicio de Ginecología en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Julio - Diciembre 2016.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la paridad como factor de riesgo asociado a prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en servicio de Ginecología en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Julio - Diciembre 2016.
2. Determinar el tipo de parto (vaginal o cesárea) como factor de riesgo asociado a prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en servicio de Ginecología en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Julio - Diciembre 2016.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Población

Mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

2.1.1. Población Diana o Universo

Todas las historias clínicas de pacientes mujeres atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2.1.2. Población de Estudio

Historias clínicas de pacientes mujeres atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo de Julio a Diciembre del 2016.

2.2. Criterios de Selección

Criterios de Inclusión para los casos

- Historias clínicas de pacientes mujeres con diagnóstico prolapso genital.
- Edad mayor de 18 años con antecedente de parto vaginal o cesárea.

Criterios de Inclusión para los controles

- Historias clínicas de pacientes sin prolapso de órganos pélvicos.
- Edad mayor de 18 años con antecedente de parto vaginal o cesárea.

Criterios de Exclusión (casos y controles)

- Historias clínicas de pacientes mujeres con gestación actual.
- Historias clínicas de pacientes con menos de 6 meses de ultimo parto.
- Historias clínicas de cáncer de órgano pélvico.
- Historias clínicas de nulíparas.
- Historias clínicas mutiladas o deterioradas.
- Historias clínicas que no cuentan con información completa y confiable.

2.3. Muestra

Unidad de Análisis

Pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Julio – Diciembre de 2016 que cumplen con los criterios de inclusión correspondientes.

Unidad de Muestreo

Relación de Historias Clínicas de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses de Julio a Diciembre 2016 y que cumplieron con los criterios de selección correspondientes.

Tipo de Muestreo

Muestreo Aleatorio al azar

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudios de casos y controles:

$$n = \frac{\left(\frac{Z_{\alpha}}{2} + Z_{\beta}\right)^2 P(1 - P)(r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$p = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos que presentan el factor asociado.

p_2 = Proporción de controles que presentan el factor asociado.

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$ (usual en salud)

$P1 = 0.6915$

$P2 = 0.4315$

R: 2

Reemplazando los valores, se tiene:

$n = 35$

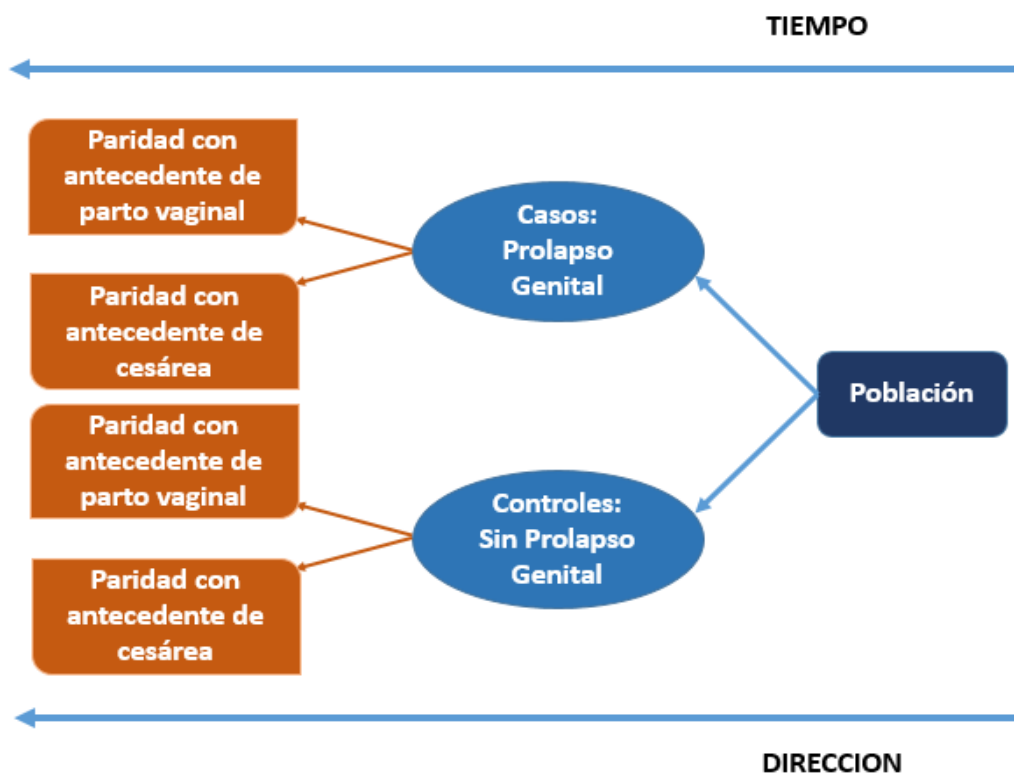
Casos: (Pacientes con prolapso de órganos pélvicos) = 35 pacientes

Controles: (Pacientes sin prolapso de órganos pélvicos) = 70 pacientes

2.4. Diseño del Estudio

2.4.1 Tipo de estudio: Estudio tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles

2.4.2 Diseño específico: Este estudio correspondió a un diseño analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles



2.5. Variables:

2.5.1 Variable Independiente:

Paridad

Tipo de parto

2.5.2 Variable Dependiente:

Prolapso genital

2.5.3 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR
DEPENDIENTE				
Prolapso Genital	Es la protrusión de alguna estructura u órgano que ocupa la cavidad pelviana a través de zonas de menor resistencia en el piso pelviano sostén. (37)	Cualitativa	Ordinal	Si No
INDEPENDIENTE				
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500g. (38)	Cualitativa	Nominal	Primípara Multípara
Tipo de Parto	Fenómeno que ocurre al final del embarazo y que termina con el nacimiento de un recién nacido y la expulsión de la placenta. (39)	Cualitativa	Nominal	Vaginal Cesárea

2.6. Procedimientos

- Previo permiso escrito del Director del Hospital Regional Docente de Trujillo, se procedió a identificar las historias clínicas que pertenecían al servicio de Ginecología, la solicitud de permiso se adjunta en el ANEXO I.
- Se procedió a realizar la revisión de las historias clínicas pertenecientes al servicio de Ginecología y se aplicó la técnica de observación directa y sistemática para determinar la condición de cada una de ellas, cuyos datos fueron registrados en nuestro instrumento de recolección de datos.
- El instrumento de recolección de datos se denomina ficha de recolección de datos y está constituido por datos asociados a prolapso genital. (ANEXO II).
- Se vació los resultados en un archivo Excel 2013 para su posterior análisis estadístico y con ello generar los resultados, discusión y conclusiones del trabajo.

2.7. Recolección y Análisis de datos

Una vez recolectados los datos en nuestro instrumento de recolección se hizo uso del programa estadístico SPSS v 22.0 con edición de Windows 7 Home Basic, con procesador Intel (R) Core (TM) i3-2370M CPU@2.40 GHz con Sistema Operativo de 64 bits.

Las herramientas para la presentación final de los resultados se utilizaron representaciones tabulares y gráficas.

2.8 Análisis Estadístico

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 22 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

2.8.1 Estadística Descriptiva:

En cuanto a las medidas de tendencia central se calculó la media, mediana y en las medidas de dispersión la desviación estándar, esto para las variables cuantitativas.

También se obtuvieron datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas.

2.8.2. Estadística analítica:

Dado que el estudio evaluó asociación a través de un diseño de casos y controles calculamos entre las variables cualitativas el odds ratio (OR) del factor de riesgo en estudio respecto al desarrollo de prolapso de órganos pélvicos. Se procedió al cálculo del intervalo de confianza al 95%. Además, se utilizó la prueba Chi cuadrado para probar la relación entre las variables.

		Prolapso genital	
		SI	NO
Paridad	Primípara	a	b
	Múltipara	c	d

		Prolapso genital	
		SI	NO
Tipo de parto	Vaginal	a	b
	Césarea	c	d

$$\text{ODSS RATIO: } a \times d / c \times b$$

2.9. Consideraciones éticas:

Se tomaron en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki.

El investigador está comprometido en mantener la confidencialidad de los datos recolectados durante el transcurso del estudio así como al final de éste, conservando de esta manera el anonimato de los pacientes cuyas historias clínicas serán revisadas. Para la ejecución de la tesis se solicitó el permiso correspondiente al Director del Hospital Regional Docente de Trujillo. (ver Anexo I)

El presente proyecto de investigación no realizará ningún experimento en seres humanos, ni animales. Por lo tanto, no se utilizará un consentimiento informado para realizarlo, ya que la investigación sólo se basará en recolectar datos.

Para acceder a los archivos se solicitará el permiso necesario a la autoridad correspondiente donde se llevará a cabo el estudio. Así también, el trabajo de investigación será sometido a revisión por el área de tesis correspondiente a la escuela profesional de medicina humana a la que pertenece el investigador.

Por otro lado, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en su artículo 48 considera que atenta contra la ética falsear o inventar datos obtenidos en el marco de investigaciones médicas, por lo que será otro de los aspectos a considerar por el investigador. ⁽⁴⁰⁾

III. RESULTADOS

Tabla N° 01: Paridad como factor de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo. Julio – Diciembre 2016

Paridad (N ^a de Partos)	Prolapso genital		Total
	SI	NO	
Múltipara	30 (85.71%)	48 (68.57%)	78 (74.29%)
Primípara	5 (14.29)	22 (31.43%)	27 (25.71%)
Total	35 (100%)	70 (100%)	105 (100%)

FUENTE: Hospital Regional Docente de Trujillo -Archivo de historias clínicas: Julio – Diciembre 2016.

$$X^2=3.59$$

$$p = 0.0035$$

Odss ratio: 2.75

Intervalo de confianza al 95%: (0.941 – 8.040)

Interpretación: Usando el Test de Chi Cuadrado, se observa que la paridad expresa riesgo para prolapso genital a nivel muestral lo que se traduce en un odss ratio >1; expresa ese mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable si es factor de riesgo para prolapso genital en el contexto de este análisis. Además, se consideró la prueba Chi cuadrado a un nivel de $p < 0.05$, encontrándose un valor de $X^2=3.59$ para un $p = 0.0035$.

Tabla N° 02: Tipo de parto como factor de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo. Julio – Diciembre 2016

Tipo de parto	Prolapso genital		Total
	SI	NO	
Vaginal	30 (85.7%)	45 (64.3%)	75 (71.4%)
Cesárea	5 (14.3%)	25 (35.7%)	30 (28.6%)
Total	35 (100%)	70 (100%)	105 (100%)

FUENTE: Hospital Regional Docente de Trujillo -Archivo de historias clínicas: Julio – Diciembre 2016.

$$X^2=5.25$$

$$p = 0.0219$$

Odss ratio: 3.33

Intervalo de confianza al 95%: (1.148 – 9.675)

Interpretación: Usando el Test de Chi Cuadrado se observa que el tipo de parto expresa riesgo para prolapso genital a nivel muestral lo que se traduce en un odss ratio >1; expresa ese mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable si es factor de riesgo para prolapso genital en el contexto de este análisis. Además, se consideró la prueba Chi cuadrado a un nivel de $p < 0.05$, encontrándose un valor de $X^2=5.25$ para un $p = 0.0219$.

IV. DISCUSIÓN

El prolapso uterino y los cuadros relacionados, así como su tratamiento constituyen un objetivo fundamental en ginecología. Especialmente en su etapa avanzada, el prolapso uterino es una causa de grave discapacidad en las mujeres y constituye un desafío a la habilidad de cualquier cirujano ginecológico que intenta corregirlo. La capacidad de proporcionar un alivio permanente a esta enfermedad clásica y lograr el mantenimiento o restablecimiento de las funciones normales es fundamental.

En la presente investigación cabe precisar que la totalidad de la población estudiada fue dividida en 2 grupos: 35 pacientes con prolapso genital y 70 pacientes sin esta condición; para precisar la presencia de ambas variables se realizó la verificación de los datos por medio de la revisión de sus historias clínicas.

En el estudio realizado el porcentaje de pacientes con diagnóstico de Obesidad; según el índice de masa corporal; fue de 51.5%, y de pacientes sin diagnóstico de prolapso genital fue de 42.9%; mientras que, en relación a la edad, un 91,43% de pacientes diagnosticadas con prolapso genital tenía una edad mayor igual de 40 años y un 8.57% era menor de 40 años.

Así mismo, en la Tabla 1, observamos la distribución del grupo de pacientes con prolapso genital según la condición de riesgo paridad con 2 a más hijos encontrando que de las 35 pacientes con la patología; el 85.71% tenía el factor de riesgo. Además, se describe la distribución del grupo control según la exposición al riesgo; encontrando que la variable paridad se presentó en el 68.57% de las 70 mujeres sin prolapso genital. Por otro lado, se encontró que constituye un factor de riesgo altamente significativo ($p < 0.01$) con una probabilidad 2.75 veces mayor ($OR = 2.75$) resultando ser un factor con alta fuerza de asociación a prolapso genital. Además, se consideró la prueba Chi cuadrado a un nivel de $p < 0.05$, encontrándose un valor de $X^2=3.59$ para un $p = 0.0035$.

Los resultados de este estudio coinciden con otras poblaciones realizadas en Nicaragua donde en la investigación realizada por Medina (45) que encontró que las pacientes con 2 o más partos, tienen 10.98 veces más riesgo de desarrollar prolapso genital que las pacientes con una paridad menor, con un IC95% (2.99 - 40.22), considerándose estos datos estadísticamente significativos, con un porcentaje del riesgo atribuible de 90.89%. Además, la presente investigación es comparable a los resultados obtenidos por Fritel (41) donde se encontró que el riesgo de prolapso genital aumenta progresivamente con el 2do parto, resultado similar fue obtenido por Progetto Menopausa Italia Study Group (42) en el cual se encontró que el riesgo es mayor en mujeres que han tenido más de 3 partos.

En el estudio realizado a nivel local por Aldave (10), revisó 150 historias clínicas de las cuales 75 (50%) que es el grupo de casos y 75 (50%) para el grupo control, se encontró que constituye un factor de riesgo altamente significativo ($p < 0.01$) con una probabilidad 22.8 veces mayor (OR=22.8) resultado ser un factor que constituye riesgo para la presencia de prolapso genital. Así mismo, Kim (43), encontró similar fuerza de asociación, en términos biológicos, se confirma la hipótesis que la multiparidad produce una dilatación importante del tejido del suelo pélvico y una lesión del nervio pudiendo en la mayoría de mujeres y como consecuencia puede originan laxitud de los ligamentos.

En lo que corresponde a la Tabla 2, observamos la distribución del grupo de pacientes con prolapso genital según tipo de parto vaginal encontrando que de las 35 pacientes con la patología; el 85.7% tenía el factor de riesgo. Además, se describe la distribución del grupo control según la exposición al riesgo; encontrando que en la variable tipo de parto se presentó solo en el 64.3% de las 70 mujeres sin prolapso genital. En esta variable, se encontró que constituye un factor de riesgo significativo ($p < 0.05$) con una probabilidad 3.3 veces mayor (OR = 3.30) resultando ser un factor con alta fuerza de asociación a prolapso genital. Además, se consideró la prueba Chi cuadrado a un nivel de $p < 0.05$, encontrándose un valor de $X^2=5.25$ para un $p = 0.0219$.

En el estudio realizado por Benites(44), encuentran que el haber tenido partos vaginales también aumentó el riesgo de prolapso genital 1.35 ($p=0.04$). Mientras en el estudio de realizado por Mac Lennan(45) valoró a 4400 pacientes determinándose un OR de 3.4, 95%

CI (2.4-4.9), para Nygaard⁽⁴⁶⁾ un OR 1.6 con un IC 95% (1.03 – 2.5) y para Fritel⁽⁴¹⁾ un OR 1.91 (0.91 – 3.98). Además, en una investigación realizada por Chiaffarino⁽⁴⁷⁾ en un estudio caso control de 208 mujeres encontró un OR 3.0 con un IC 95% (1.0 – 9.5) en mujeres que tuvieron solo un parto vaginal.

En el trabajo realizado por Aldave⁽¹⁰⁾, con respecto al factor parto vaginal, también constituye un factor de riesgo altamente significativo ($p < 0.001$) para prolapso genital. Por otro lado, Alelen⁽⁴⁸⁾ opina que el parto vaginal favorece la aparición de prolapso genital por daño directo sobre la fascia endopélvica y las paredes vaginales y por lesión directa o indirecta de los músculos y nervios del suelo pélvico. De hecho, las pacientes sometidas a cesárea tienen menor tendencia a desarrollar una disfunción de éste tipo, especialmente cuando la indicación es electiva, sin embargo, aquellas en que se practican en periodo expulsivo, presentan fenómenos lesivos similares a los observados tras el parto vaginal.

Como se ha observado, el tipo de parto constituye el principal factor etiológico del prolapso. En el curso de un parto espontáneo, pero fundamentalmente en un parto operatorio (forceps, espátulas, vacuoextractor), puede producirse una elongación, distensión o desgarro de los sistemas de fijación del aparato genital (Ligamentos cardinales, útero-sacros, piso de la pelvis). Si estos desgarros no son reparados en forma adecuada o si la distensión o elongación que normalmente ocurre durante el embarazo no regresa en forma adecuada después del parto, puede llegar a producirse el prolapso.

V. CONCLUSIONES

1. Se encontró que la paridad constituye un factor de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente con un OR: 13.60 lo que quiere decir que la paridad mayor o igual a 2 hace que el riesgo de prolapso sea 13.6 veces mayor que en aquellas mujeres con paridad menos a 2. Además, se consideró la prueba Chi cuadrado a un nivel de $p < 0.05$, encontrándose un valor de $X^2=3.59$ para un $p = 0.0035$.
2. El tipo de parto constituye un factor de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente con un OR: 3.33 lo que quiere decir que el tipo de parto vaginal hace que el riesgo de prolapso sea 3.33 veces mayor que en aquellas mujeres con parto por cesáreas. Además, se consideró la prueba Chi cuadrado a un nivel de $p < 0.05$, encontrándose un valor de $X^2=5.25$ para un $p = 0.0219$.

VI. RECOMENDACIONES

1. Recomendar a las gestantes primíparas para que planifiquen la cantidad de hijos que desean tener para que de esta manera se reduzca el número de partos que cada mujer tenga a lo largo de su vida reproductiva, teniendo en cuenta que tener 2 o más partos vaginales aumenta el riesgo de desarrollar prolapso genital.
2. Educar a la población femenina para la práctica de ejercicios Kegel que permitirían mejorar el tono del piso pélvico con énfasis en mujeres multíparas y con parto vaginal.
3. La presencia de factores de riesgo entre las variables en estudio debiera ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias preventivas que minimicen la aparición de prolapso genital en las mujeres de nuestra población.
4. Dada la importancia de precisar las asociaciones definidas en la presente investigación; se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estas variables en el tiempo con mayor precisión.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garcia WD, Arturo MC, Cifuentes, R. Proceso de atención en Hospitalización. Guía de Atención Prolapso Genital. Santiago de Cali. Corporación COMFENALCO Valle Universidad Libre 2011.
2. Reátegui R, Acosta S. Importancia de la reducción del prolapso vaginal anterior severo durante el examen clínico y estudio urodinámico, en el diagnóstico de incontinencia urinaria oculta. *Rev Perú Ginecol Obstet.* 2013;59:167-170.
3. Madail A, Figueira, LM, Blanch R, Emiro A, Gonzalez, AE. Experiencia en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas vaginales en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2015;75(2):97-104
4. Sandoval I, Hernández R, Torres E, Solano N. Cirugía reconstructiva de la pelvis en el prolapso genital severo con uso de prótesis anterior y fijación al ligamento sacro espinoso. *Rev Peru Ginecol obstet.* Vol 61 N° 4 Lima Oct-Dic 2015.
5. Silva-Filho AL, Santos-Filho AS, Figueiredo-Netto O. Sacrospinous Fixation for Treatment of Vault Prolapse and at the Time of Vaginal Hysterectomy for Marked Uterovaginal Prolapse. *Journal of Pelvic Medicine & Surgery* [Internet] Julio 2004 [citado el 3 de marzo 2017]; 10 (4): 213-218. Disponible en: http://journals.lww.com/jpelvicsurgery/Abstract/2004/07000/Sacrospinous_Fixation_for_Treatment_of_Vault.6.aspx
6. Matthew D, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *International Urogynecol Journal.* 2013; (24): 1783.
7. Espitia-De La Hoz FJ. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. *MÉD UIS (Colombia)* 2015; 28(3):309-15.
8. Medina D, Munguía R. Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo Mayo 2010-Mayo 2011. [Tesis doctoral]. Nicaragua: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014.

9. Obregón Y, Luisa E y SAUNERO O, Arturo F. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2009 [citado 18 de Febrero 2017], pp. 172-178. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.
10. Aldave P. Factores de riesgo para Prolapso Genital en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belen de Trujillo 2008-2010. [Tesis doctoral]. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. 2010.
11. Dionicio R. Factores de Riesgo de Distopia Genital. [Tesis para especialidad] Facultad de Medicina Humana. Universidad de San Martin de Porras. Lima 2014.
12. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsoma I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. Sweden. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2012 [Citado 25 de Febrero 2017] 120(2):152-60 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121158>.
13. Espitia-De La Hoz FJ. Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. Revista de sexología. [Internet] 2015; [Citado 28 de Febrero de 2017]; 4(2): 11-18. Disponible en: <http://www.desexologia.com/wp-content/uploads/2015/12/Volumen-42-2015-noviembre-.pdf>
14. Espitia-De La Hoz FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Sociedad Colombiana de Urología. Urol Colomb 2015;24:12-8.
15. Fernández N. El Parto como factor de riesgo en las disfunciones del suelo pélvico. [Tesis para grado]. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. 2016.
16. Capmartin R, Celemin M. Guia de manejo de Prolapso Genital. Pontifica Universidad Javeriana. Hospital Universitario de San Ignacio. [Monografía en Internet]. Sao Paulo 2011 [Citado 02 de Marzo 2017]. Disponible en:

<http://www.drcapmartin.com/sites/default/files/Gui%CC%81a%20Prolapso%20Genital%20HUSI%202011.pdf>

17. Stagg L. Efectividad Del Tratamiento En Fisioterapia En Mujeres Que Padecen Prolapso Genital: Revisión Sistemática. Universidad de Lleida. [Monografía en Internet] España 2016. [Citado 01 de Marzo 2017]. Disponible en: <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/58956/lstaggi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Lagarejos S, Varela B, Sobrino V. Prolapso Genital. En: Bajo JM, Lailla, JM, Xercavins Editores. Capítulo 23. Fundamentos de Ginecología (SEGO). Madrid. Mayo 2009. p 293 – 301.
19. Henrique B, Vanda G. Prolapso Genital. Asociación Internacional de Uroginecología. [Monografía en Internet]. Canadá 2011. [Citado 03 de Marzo 2017]. Disponible en: http://www.truesdaleobgyn.com/pdfs/Prolapse_IUGA_Spanish.pdf
20. Marambio A, Sandoval C, Valdevenito R, Naser M, Manríquez V, et al. Prolapso genital. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Rev Hosp Clín Univ Chile 2011; 22: 211 – 20.
21. Gonzales G, Fuenzalida C, Ferrada S, Aguayo O. Prolapso Genital. Protocolos de Derivación en Ginecología. Servicio de Salud Araucanía Sur. [Monografía en Internet]. Chile 2011. [Citado 03 de Marzo 2017]. Disponible en: http://puertosavedra.raucaniasur.cl/fileadmin/archivos/publicos/APS/2011/Ginecologia/PROLAPSO_GENITAL.pdf
22. Fernández MM, Molina A, Valtorta A. RM Dinámica del Piso Pelviano: Su utilidad en el prolapso. Argentina. Vol. 4 / N° 12 - Diciembre 2015.
23. Protocolos SEGO. Prolapso Genital. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol. España 2015;58(4):205—208.
24. Peyronnet B, Berquet G, Lefevre M, et al. A Fatal Case of Massive Incarcerated Genital Prolapse. Images in Clinical Urology. Urology 99: e5–e6, 2017.

25. Cherem B, Hernandez JC, Contreras A. Prolapso de la cúpula vaginal grado IV en paciente histerectomizada: caso clínico. Vol. 57 Núm. 4 Oct. - Dic. 2012 p. 332 – 338.
26. Hernandez AC, Naranjo RA. Revisión del perfil de las pacientes y los resultados de la corrección del prolapso genital anterior mediante el uso de las mallas protésicas versus sitio específico en mujeres entre 40 a 75 años que acuden al Servicio de Ginecología del Hospital San Francisco de Quito durante el periodo Diciembre 2012 a Junio 2014. [Tesis para especialidad]. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2015.
27. Choi KH, Hong JY. Management of Pelvic Organ Prolapse. Korean Journal of Urology. Korea 2014;55(11):693-702.
28. Kramer S. Prolapso Uterino. ADAM, Suite of Healthcare Products. [Monografía en Internet]. 2008 [Citado 03 de Marzo 2017]. Disponible en: <http://scottkramermd.com/webdocuments/Uterine-prolapse-Spanish.pdf>
29. Blanco JO. Principales complicaciones intra y postoperatorias en las pacientes con prolapso genital sometidas a cirugía con mallas de polipropileno en el Hospital Universitario Clínica San Rafael. [Tesis de grado]. Facultad de Medicina. Universidad Militar Nueva Granada. 2010.
30. Cohen D. Prolapso Genital Femenino: Lo que debería saber. Rev. Med. Clin. CONDES. Chile - 2013; 24(2) 202-209.
31. Mancera A, Jimenez J. Prolapso de órganos pélvicos. México. Rev Hosp Jua Mex 2013; 80(4): 248-250
32. Suarez G, Vélez A, Eugenia B, Schlesinger R, et al. Cirugía reconstructiva de piso pélvico y procedimientos quirúrgicos antiincontinencia urinaria, ¿Es necesario el enfoque multidisciplinario?. Colombia. Urol. Colomb. Vol. XVII, No. 1: pp 101-108, 2008
33. Paz L, Macia M, Lopez M. Mallas transvaginales en la reparación del prolapso de órganos pélvicos. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [Monografía en

- Internet]. España 2013. [Citado 03 de Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/avalia-t/PDF-2334-ga.pdf>
34. Área Médica de Servicio de Gineco-Obstetricia de Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Técnicas Quirúrgicas en los Prolapsos Genitales. Seminario 2010-2011. [Monografía en Internet]. España 2011. [Citado 02 de Marzo 2017]. Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110223_2.pdf
 35. Molina E, Altez C, Ortiz G. Corrección transvaginal del prolapso total de cúpula vaginal con malla de polipropileno. Presentación de cinco casos. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2011; 57: 113-116.
 36. Madail AM, Figueira LM, Blanch R et al. Experiencia en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas vaginales en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2015;75(2):97-104
 37. Delgado D, Grande J, Salvador J. Colpopexia anterior y uretrosuspensión con monoprótesis en el tratamiento quirúrgico del cistocele e incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56:32-38.
 38. Sanchez A. Ginecología Y Obstetricia. Clínica Almanza. [Monografía en Internet]. México 2012 [Citado 04 de Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.clinicalasalmanza.com.mx/Ginecologia%20y%20obstetricia.pdf>
 39. Conceptos Básicos de Obstetricia. [Diapositiva]. España 2012 [Citado 03 de Marzo 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/2946663/Conceptos-Basicos-de-Obstetricia>
 40. Código de Ética y Deontología. [en línea]. Perú. Colegio Médico del Perú. 2007 [citado 25 Febrero 2017] Disponible en: http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/CODIGO_CMP_ETICA.pdf.
 41. Fritel, X. Varnoux N, Zins M, aet al. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstet Gynecol.*; 2009. 113(3): 609–616. doi:10.1097/AOG.0b013e3181985312.

42. Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk factors for genital prolapse in non-hysterectomized women around menopause: Results from a large cross-sectional study in menopausal clinics in Italy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*; 2010. 93: 135-140
43. Kim, C. Risk factors for pelvic organ prolapse. *Int. J. Gynecol. Obstet*; 2012. 98; 248 – 251.
44. Benites, C. Factores de Riesgo asociados a Prolapso Genital Total en Pacientes atendidas en el Hospital Abel Gilbert Pontón. Ecuador. 2015.
45. MacLennan AH. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*;2010. 107:1460-70.
46. Nygaard, I. Pelvic or-gan prolapse in older women: prevalence and risk factors. *ObstetGynecol*; 2014. 104; 489-97.
47. Chiaffarino, F. Reproductive factors, family history, occupa-tion, and the risk of urogenital prolapse. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol*; 2009. 82:63-7.
48. Alelen, E. Pelvis floor damage and childbirth: a neurophysiology Study. *Br. J Obstet*; 2010. 97: 770-9.
49. Lawrence J. Lukacz E. Liu I. Nager C. Luber K. Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associated Risk Epidemiology Study. 2009; 30(10): 41-2536.
50. Doshani A. Uterine prolapse. *Clinical Review. BMJ*. 2007; 355:819-822.

ANEXO I

SOLICITO: PERMISO PARA REVISIÓN DE

HISTORIAS CLÍNICAS

Sr. DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

Dr. Fernando Gil Rodríguez.

Yo, **Roberto Caffo Aguilar**, estudiante de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, identificado con DNI 43477175, respectivamente me presento respetuosamente ante Ud. y expongo:

Que por motivo de realización de mi proyecto de tesis el cual se titula: **“Paridad y Tipo de Parto como Factor de Riesgo asociado a Prolapso Genital en pacientes de Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo, Julio – Diciembre de 2016”**, solicito a Ud. La Autorización correspondiente para poder revisar las historias clínicas de pacientes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia de su digna institución.

Por lo expuesto, espero contar con su apoyo y permiso

Trujillo, 25 de Abril del 2017

FIRMA
DNI: 43477175

ANEXO II

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**PARIDAD Y TIPO DE PARTO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PROLAPSO
GENITAL EN PACIENTES DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

N° DE HCL:

EDAD: **PESO:** **IMC:**

A. PARIDAD:

PRIMIPARA () MULTIPARA () GRAN MULTIPARA ()

B. FECHA DE ULTIMO PARTO: _____

C. TIPO DE PARTO

VAGINAL () CESAREA ()

D. DIAGNOSTICO: PROLAPSO GENITAL

SI () NO ()

E. TIPO DE PROLAPSO GENITAL

CISTOCELE () ENTEROCELE () RECTOCELE ()

F. ESTADIAJE DE PROLAPSO:

I () II () III () IV ()