

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO
GENITAL, HOSPITAL DE APOYO II SULLANA 2011 – 2016.**

AUTOR: QUISPE CHUMACERO, CARLOS BRANDO.

ASESOR: NAVARRO JIMENEZ, NELSON.

PIURA – PERÚ

2020

II. JURADO CALIFICADOR

DRA. VICTORIA RAMIREZ CORONADO

PRESIDENTE

DR. JORGE PAZ PAZ

SECRETARIO

DR. CIRO GARCIA VILELA

VOCAL

III. DEDICATORIA

La concepción de este proyecto está dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mi hermano y familia en general. También dedico este proyecto a mi novia, compañera inseparable de cada jornada. Ella representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio. A ellos este proyecto, que sin ellos, no hubiese podido ser.

IV. AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios, por darme su ayuda para lograr cada uno de mis objetivos. A mi madre Magda, quien desde que comenzó esta aventura en mi vida llamada medicina, siempre está para apoyarme y darme ánimos, a mi padre Carlos y hermano Jair que a su manera nunca dudaron en ayudarme. A mi segunda madre, mi abuela Maruja, que fue, es y será junto a mi abuelo José un gran apoyo. Agradezco también a mis amigos y futuros colegas que me ayudaron en este proyecto, a mi asesor que siempre estuvo presto a brindarme su apoyo.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación. A la universidad privada Antenor Orrego por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco madre, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

V. ÍNDICE

| | | |
|-----------------|---|----|
| I. | Caratula _____ | 1 |
| II. | Jurado calificador _____ | 2 |
| III. | Dedicatoria _____ | 3 |
| IV. | Agradecimientos _____ | 4 |
| V. | Índice _____ | 5 |
| VI. | Índice de gráficos _____ | 7 |
| VII. | Índice de tablas _____ | 8 |
| VIII. | Resumen _____ | 9 |
| IX. | Astract _____ | 10 |
| | | |
| 1. | INTRODUCCIÓN _____ | 11 |
| 1.1 | OBJETIVOS _____ | 13 |
| 1.2 | HIPÓTESIS _____ | 14 |
| | | |
| 2. | MATERIAL Y MÉTODO _____ | 14 |
| 2.1 | DISEÑO DE ESTUDIO _____ | 14 |
| 2.2 | POBLACIÓN , MUESTRA Y MUESTREO _____ | 14 |
| CASOS / CONTROL | CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION ____ | 14 |
| 2.3 | PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS _____ | 15 |
| 2.4 | PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS _____ | 16 |
| 2.5 | ASPECTOS ÉTICOS _____ | 17 |
| 2.6 | LIMITACIONES _____ | 17 |
| | | |
| 3. | RESULTADOS _____ | 18 |
| | | |
| 4. | DISCUSIÓN _____ | 25 |
| | | |
| 5. | CONCLUSIONES _____ | 29 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 6. RECOMENDACIONES | 30 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 31 |
| 8. ANEXOS | 36 |
| - ANEXO 01 | 36 |
| - ANEXO 02 | 37 |
| - ANEXO 03 | 38 |
| - ANEXO 04 | 39 |

VI. INDICE DE GRAFICOS

- GRAFICO N°1 : Normalidad de la edad de las pacientes de casos y controles _____ 18

- GRAFICO N°2 A Clasificación de acuerdo a Baden del prolapso de órganos pélvicos _____ 22

- GRÁFICO 2.B Clasificación de acuerdo a clasificación de acuerdo a POPQ del prolapso de órganos pélvicos _____ 22

- GRAFICO N°3 Antecedentes médico-quirúrgico de las pacientes de acuerdo a casos y controles _____ 23

VII. INDICE DE TABLAS

- TABLA N°1 Distribución de casos por años y por edad en casos y controles
_____ 18
- TABLA N°2 Distribución por años y prevalencia de casos de prolapso genital _____ 19
- TABLA N° 3 Características generales de casos y controles
_____ 20
- TABLA N° 4: Características cuantitativas de la gesta y paridad de las pacientes con Prolapso de órganos pélvicos _____ 20
- TABLA N° 5: Paridad de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos _ 21
- TABLA N° 6 Características cuantitativas de la gesta y paridad de las pacientes con Prolapso de órganos pélvicos _____ 20
- TABLA N° 7 Factores obstétricos, reproductivos asociados de las pacientes con Prolapso de órganos pélvicos _____ 24
- TABLA N° 8 Factores médicos-quirúrgicos asociados de las pacientes con Prolapso de órganos pélvicos _____ 24

VIII. RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la prevalencia y factores de riesgo asociados a las pacientes con prolapso de órganos pélvicos hospital de apoyo Sullana durante 2011- 2016.

METODOLOGÍA: Observacional, analítico, retrospectivo, estudio de diseño de casos y controles. Los casos fueron tomados de pacientes diagnosticados con distopias pélvicas de la unidad de ginecología y obstetricia en el hospital de apoyo de Sullana del año 2011-2016, los controles fueron tomados pareando por edad de los casos, que cumplieron los criterios de selección.

RESULTADOS: Se estudiaron 230 pacientes en el período 2011-2016, 115 casos de pacientes mujeres con prolapso de órganos pélvicos y 115 controles, en cuanto al grado de instrucción :se evidenció sin instrucción superior 111(96.52%) comparado a los controles 108(93.91%), valor $p=0.354$; con respecto al estado civil, las pacientes con prolapso tuvieron pareja estable 81(70.43%), comparado a los controles que tuvieron pareja estable 66(57.39%), valor $p=0.039$, con respecto al estado nutricional, en las pacientes con exceso de IMC en el grupo que tenían prolapso fue 74(64.35), comparado a las pacientes de grupo control que tenían exceso de IMC 66(57.39%), valor $p=0.28$. Se encontró una prevalencia de 1, 21% en pacientes con POP, en cuanto a la edad, la mediana fue 57, del mismo modo la mediana de la gestación 6, siendo gran múltipara en 54 casos con un OR 4.00 ($p<0.001$). De acuerdo a la clasificación de Baden-Walker, el grado más frecuente fue cistocele III con 68 casos abarcando un 93.151%, en cuanto a la clasificación de POPQ, la más frecuente fue la de grado III, con 19(45.238%) pacientes .

CONCLUSIONES: La prevalencia de pacientes con POP es 1.21% y los factores de riesgo que propician a la aparición de prolapso de órganos pélvicos fueron: edad, la obesidad, una record de gestaciones por encima de 4 así como cirugías previas de origen abdomino pélvicas con una significancia < 0.001 .

PALABRAS CLAVE: Mujeres, Prolapso, Riesgo.

IX. ABSTRACT:

OBJECTIVE: To identify the prevalence and risk factors associated with patients with pelvic organ prolapse Sullana support hospital during 2011-2016.

METHODOLOGY: Observational, analytical, retrospective, case-control design study. The cases were taken from patients diagnosed with pelvic dystopias from the gynecology and obstetrics unit at the Sullana support hospital from 2011-2016; controls were taken matching the age of the cases, who met the selection criteria.

RESULTS: 230 patients were studied in the period 2011-2016, 115 cases of female patients with pelvic organ prolapse and 115 controls, regarding the degree of instruction: 111 (96.52%) was evidenced without higher instruction compared to controls 108 (93.91%), p-value = 0.354; Regarding marital status, patients with prolapse had a stable partner 81 (70.43%), compared with controls who had a stable partner 66 (57.39%), p value = 0.039, regarding nutritional status, in patients with excess BMI in the group that lost prolapse was 74 (64.35%), compared to control group patients who lost excess BMI 66 (57.39%), p-value = 0.28. A prevalence of 1.21% was found in patients with POP, in terms of age, the median was 57, likewise the median of gestation 6, being multiparous in 54 cases with an OR 4.00 (p <0.001) . According to the Baden-Walker classification, the most frequent grade was cystocele III with 68 cases covering 93,151%, as for the POPQ classification, the most frequent was grade III, with 19 (45,238%) patients.

CONCLUSIONS: The prevalence of patients with POP is 0.78% and the risk factors that favor the appearance of pelvic organ prolapse were: Age, obesity, a record of pregnancies above 4 as well as previous surgeries of abdominal or pelvic origin with a significance <0.001.

KEY WORDS: Women, Prolapse, Risk.

1. INTRODUCCIÓN:

Se conoce que el 11,8% de las mujeres en España y al año 2013, son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida. (1)(2) Siendo definida como el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, por un fallo a nivel de las estructuras de sostén y soporte. (3-7) La etiología frecuentemente suele ser multifactorial como : el parto vaginal (siendo el más frecuente), 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 musculo esqueléticas, neuromusculares (espina bífida) y del tejido conectivo (ehlers-danlos, síndrome de marfan), enfermedades crónicas y el fumar (EPOC), pelvis de diámetro largo y cirugías previas con disrupción del soporte natural (cirugía de prolapso, histerectomía, etc.(8,9,10-15) La población afectada es de mujeres que suelen consultar por el síntoma de sensación de bulto genital, asociado o no a otros síntomas sugestivos de disfunción del suelo pélvico como: urgencia miccional, el aumento de la frecuencia miccional, la incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia , sensación de dificultad miccional y de vaciado incompleto, además dificultades ano-rectales que afectan la calidad de vida.(1)

Entre los tipos de prolapso, encontramos los del descenso de la pared vaginal anterior: uretrocele, cistocele (central, lateral, combinado) o ambos: cisto-uretrocele. Los del descenso del cérvix, de la cúpula vaginal (en mujeres sin útero) o del fondo de Douglas (prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal, enterocele) y por último el descenso de la pared vaginal posterior: rectocele. En algunas pacientes el prolapso genital se acompaña de desgarros perineales y defectos del músculo elevador del ano. (2 ,17)

Existen clasificaciones para las distopias, las cuales intentan identificar el grado o nivel del prolapso, como: la clasificación POP-Q que los define en cuatro estadios. (16-18) Se mide el prolapso en cada segmento con relación al himen,

que es una referencia anatómica fija. El diagnóstico de prolapso genital es fundamentalmente clínico. (19-22) El tratamiento incluye el uso de pesarios, la fisioterapia y la cirugía. (22) En las pacientes asintomáticas se realizará un tratamiento orientado a evitar los diferentes factores de riesgo, a no ser que haya incontinencia urinaria concomitante (y la paciente sea sometida a cirugía por esta causa) o hidronefrosis secundaria al prolapso. (23) Las pacientes sintomáticas deben ser sometidas a un tratamiento específico, en general quirúrgico. (24-26)

Para autores como Espitia-de-la-Hoz Franklin J. El prolapso genital es y sigue siendo un problema de salud pública, caracterizándose por ser un fenómeno multifacético principalmente en pacientes de edad avanzada, multíparas y con antecedente de histerectomía abdominal previa.(7) En estudios como los publicados por Manodoro Stefano, Frigerio Matteo, Cola Alice, Spelzini Federico, Milani Rodolfo, se identificaron algunos factores de riesgo adicionales para la falla quirúrgica, incluyendo falta de reparación posterior, macrosomía severa, estado premenopáusico y obesidad.(18) Además Elera Dionicio, encontró que los factores de riesgo asociados con distopia genital fueron multiparidad vaginal, patología pulmonar y la edad de la mujer mayor a 50 años. (13)

En Piura como en la zona norte del Perú no se conocen estudios relevantes sobre esta patología, mucho menos su asociación según sus factores de riesgo en pacientes con prolapso de órganos pélvicos, llamando la atención el estudio de esta patología. Además no se conocen los gastos tanto para los familiares como para la institución en el que son atendidos estos pacientes. Teniendo en cuenta que el prolapso de órganos pélvicos es una patología cuya prevalencia se mantiene constante en nuestro medio, a la cual se le responsabiliza de una gran alteración en la calidad de vida de la mujer postmenopáusica condicionándola a un alto riesgo de infecciones urinarias y genitales, dándoles una limitación funcional además de la necesidad de intervención quirúrgica; es de gran importancia conocer y valorar los factores de riesgo sobre los cuales se es posible intervenir permitiendo reducir la frecuencia de esta patología, para que se puedan encontrar variables que podrían ser modificables por medio de estrategias educativas y de salud nutricional hasta medios quirúrgicos; este

estudio puede lograr extenderse a otras áreas como la medicina preventiva puesto que podría poner en evidencia que factores de riesgo están mucho más relacionados a esta patología, y de esta manera podría servir para reducir costos a futuro; en este sentido es que nos planteamos detectar los factores de riesgo asociados a prolapso de órganos pélvicos en el Hospital de Apoyo Sullana II-2.

1.1. OBJETIVOS:

1.1.1 Objetivo General:

- Identificar la prevalencia de prolapso de órganos pélvicos, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011- 2016.
- Identificar los factores de riesgo asociados a las pacientes de prolapso de órganos pélvicos, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011- 2016.

1. 1.2 Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos en el hospital de apoyo Sullana. Durante 2011 – 2016.
- Determinar las características obstétricas-reproductivas en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos en el hospital de apoyo Sullana. Durante 2011 – 2016.
- Determinar las características de antecedentes médicos quirúrgicos en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos en el hospital de apoyo Sullana. Durante 2011 – 2016.

- Conocer cuál es el principal factor de riesgo asociado a prolapso de órganos pélvicos, hospital de apoyo Sullana durante 2011-2016.

1.2 HIPOTESIS :

- Ho: No existe relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de prolapso de órganos pélvicos en mujeres postmenopáusicas del hospital de apoyo Sullana.
- H1: Existe relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de prolapso de órganos pélvicos en mujeres postmenopáusicas del hospital de apoyo Sullana.

2. MATERIAL Y MÉTODO:

2.1. Diseño de estudio: observacional, analítico, retrospectivo, estudio de diseño de casos y controles.

2.2. Población, muestra y muestreo:

Los casos fueron tomados de pacientes diagnosticados con distopias pélvicas de la unidad de Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Apoyo de Sullana del año 2011-2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los controles fueron tomados pareando por edad de los casos, que cumplieron los criterios de selección.

CASOS:

CRITERIOS DE INCLUSION CASOS:

- Historias clínicas de pacientes mayores de 18 años.
- Historias clínicas de pacientes diagnosticados con prolapso genital.
- Historias clínicas completas y bien redactadas.
- Historias clínicas pertenecientes a los años 2011 al 2016.

CRITERIOS DE EXCLUSION CASOS:

- Historias clínicas de pacientes menores de 18 años .
- Historias clínicas incompletas o extraviadas con diagnóstico de prolapso genital.

CONTROLES

CRITERIOS DE INCLUSION CONTROLES:

- Historias clínicas de pacientes mayores de 18 años.
- Historias clínicas de pacientes no diagnosticadas con prolapso genital.
- Historias clínicas pertenecientes a los años 2011 al 2016.

CRITERIOS DE EXCLUSION CONTROLES:

- Historias clínicas de pacientes menores de 18 años .
- Historias clínicas de gestantes.
- Historias clínicas incompletas o extraviadas.

Muestra y Muestreo: Se incluirán en el estudio todos los pacientes que reúnan los criterios de selección, tanto para casos y controles.

Unidad de análisis: Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de prolapso genital y los controles pacientes con otros diagnósticos que acuden a consulta externa de ginecología de este nosocomio.

Unidad de muestreo: Pacientes con diagnóstico de prolapso genital para casos y para controles se pareó por edad de los casos.

Marco muestral: Conjunto de historias clínicas.

2.3. Procedimientos y Técnicas:

Se realizó la búsqueda mediante las historias clínicas de aquellas pacientes adultas mayores de 18 años, pertenecientes al servicio de ginecología y obstetricia entre el año 2011-2016 en el hospital de apoyo de Sullana, con el

diagnóstico confirmado de prolapso genital (N81) previo a ello, se procedió del siguiente modo:

1. Se coordinó con los directivos del hospital de apoyo de Sullana para llevar a cabo el proceso de recolección de datos de las historias clínicas.
2. Se solicitó al servicio de estadística el reporte de historias clínicas con diagnóstico que tengan el cie-10 N81.
3. Se identificaron factores como edad, y antecedentes de comorbilidades en pacientes con el diagnóstico de prolapso genital en el hospital de apoyo de Sullana 2011-2016. (anexo 3)
4. Se identificó el sistema de gradación de las pacientes con el diagnóstico de prolapso genital en el hospital de apoyo de Sullana 2011-2016.
5. Se buscó en base a los casos a pacientes de consulta externa de ginecología, pero que cumplan de selección mostrados anteriormente.
6. Se procedió a la introducción de los datos recolectados en la base creada para ese propósito.
7. Seguido a ello se realizó el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas.
8. Se seleccionó las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.
9. Se procedió a elaborar el informe final.

2.4. Plan de análisis de datos:

Luego de la revisión de las historias clínicas del hospital de apoyo de Sullana , se identificaron factores como edad, antecedentes de comorbilidades y factores de riesgo, se recolectaron los datos siendo estos procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel y STATA v.11.1 de la siguiente manera : se vaciaron los puntajes , en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio , luego los datos fueron revisados y corregidos.

Luego fueron procesados en una base de datos para ser preparados, presentados en tablas y gráficos comparativos. Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios, se construyeron tablas simples y de doble entrada, gráficos circulares y de barra.

En el análisis bivariado se utilizó para las variables categóricas la prueba de Chi2 y para cuantitativas la prueba de T-Student, se evaluó fuerza de asociación con modelos lineales generalizados de la familia Poisson, se consideró odds ratio (OR) e intervalo de confianza al 95%, siendo significativo valor $p < 0.05$.

2.5 Aspectos éticos:

Se respetó en todo momento la confidencialidad de las historias clínicas; así como la generación de consentimientos informados para la participación en ese estudio, autorizaciones para las instituciones pertinentes (Facultad de medicina humana- UPAO y hospital de apoyo de Sullana). Además, se remitió informes a las participantes al concluir con la tabulación de los datos y generar los resultados.

2.6 Limitaciones:

- La limitación principal es que no se pudo estudiar la fuerza de asociación de comorbilidades médicas de enfermedades crónicas debido a que no había convergencia al ser una muestra no probabilística, sin embargo, como fortaleza el presente estudio al ser un estudio de casos y controles nos muestra la fuerza de asociación entre principales variables tanto obstétricas-reproductivas, de grado nutricional y antecedente quirúrgico.

4. RESULTADOS

Se estudiaron 230 pacientes en el período 2011-2016, 115 casos de pacientes mujeres con prolapso de órganos pélvicos y 115 controles.

Se evaluó con respecto a la edad, que la mediana fue 57, con rangos entre 38 a 78 años para ambos grupos, valor $p=1$. Ver tabla 1. En el gráfico 1, se evidencia mediante la prueba de Shapiro Wilk, como no normal. $\text{Prob}>Z=0.00001$.

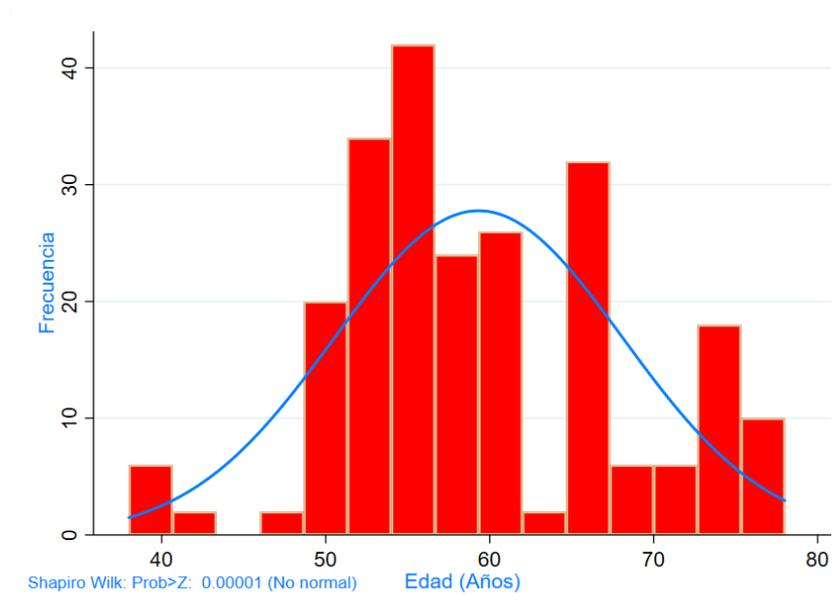
Tabla 1: Distribución de casos por años y por edad en casos y controles, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.

| Características generales | Casos | | Controles | | Valor p |
|---------------------------|---------|---------|-----------|---------|---------|
| | Mediana | Rango | Mediana | Rango | |
| Edad* | 57 | (38-78) | 57 | (38-78) | 1* |

+ Prueba estadística de Chi2, * Prueba estadística de Suma de Rangos de Wilcoxon.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1: Normalidad de la edad de las pacientes de casos y controles, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.



Fuente: Elaboración propia.

La distribución de casos para el estudio tuvo mayor frecuencia en el año 2015 con 40(34.78%), pero el año de mayor prevalencia de casos atendidos por servicio de ginecología fue el año 2013 con 1.82%, el segundo año de prevalencia de casos fue el año 2015 con prevalencia de 1.43%. Ver tabla 2.

Tabla 2: Distribución por años y prevalencia de casos de prolapso genital, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.

| Características generales | Casos N (%) | Controles N (%) | Valor p | Casos excluidos+ | Atención servicio de Ginecología | Prevalencia |
|--------------------------------|----------------|--------------------|------------|---------------------|-------------------------------------|-------------|
| Año de estudio de casos | | | | | | |
| 2011 | 11(9.57) | 11(9.57) | 1 | 15 | 2527 | 1.03 |
| 2012 | 6(5.22) | 6(5.22) | | 14 | 2392 | 0.84 |
| 2013 | 30(26.09) | 30(26.09) | | 3 | 1814 | 1.82 |
| 2014 | 11(9.57) | 11(9.57) | | 6 | 1606 | 1.06 |
| 2015 | 40(34.78) | 40(34.78) | | 4 | 3084 | 1.43 |
| 2016 | 17(14.78) | 17(14.78) | | 17 | 3156 | 1.08 |
| TOTAL | 115(100.00) | 115(100.00) | | 59 | 14579 | 1.21 |

*Servicio de Ginecología.

Fuente: Elaboración propia.

Se tuvieron que excluir 59 casos del estudio por presentar historia incompleta y/o historia clínica no accesible al servicio de búsqueda, pero que en el sistema de estadística e informática tuvieron CIE 10: N81.

Se evidenció que los pacientes con prolapso genital, sin instrucción superior fueron 111(96.52%) comparado a los controles 108(93.91%), valor $p=0.354$; con respecto al estado civil, las pacientes con prolapso tuvieron pareja estable 81(70.43%), comparado a los controles que tuvieron pareja estable 66(57.39%), valor $p=0.039$, con respecto al estado nutricional, en las pacientes con exceso de IMC en el grupo que tenían prolapso fue 74(64.35), comparado a las pacientes de grupo control que tenían exceso de IMC 66(57.39%), valor $p=0.28$. Ver tabla 3.

Tabla 3: Características generales de casos y controles, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.

| Características | Casos | Controles | Valor p |
|-----------------------------|------------|------------|---------|
| | N (%) | N (%) | |
| Grado de instrucción | | | |
| Sin educación superior | 111(96.52) | 108(93.91) | 0.354 |
| Con educación superior | 4(3.48) | 7(6.09) | |
| Estado civil | | | |
| Con pareja estable | 81(70.43) | 66(57.39) | 0.039 |
| Sin pareja estable | 34(29.57) | 49(42.61) | |
| Estado nutricional | | | |
| Con exceso de IMC | 74(64.35) | 66(57.39) | 0.28 |
| Sin exceso de IMC | 41(35.65) | 49(42.61) | |

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró que las pacientes con prolapso genital tuvieron como mediana de la gestación 6 con rango entre 1 a 19, encontrándose diferencia significativa con los controles, valor $p<0.001$; respecto a la paridad se encontró que la mediana de hijos nacidos a término fue 5, rango:0-15, valor $p<0.001$; con respecto a hijos nacidos pre término la mediana fue 0, rango: 0-8, con respecto al número de abortos tuvo como mediana 1, rango: 0-9, y con respecto al número de hijos vivos se encontró una mediana de 4 y rango 0-12, con diferencia estadísticamente significativa $p<0.001$. Ver tabla 4.

Tabla 4: Características cuantitativas de la gesta y paridad de las pacientes con Prolapso de órganos pélvicos, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.

| Antecedentes | Casos | | Controles | | Valor p |
|---------------------------|---------|-------|-----------|-------|---------|
| | Mediana | Rango | Mediana | Rango | |
| Gestas | 6 | 1-19 | 4 | 1-8 | p<0.001 |
| Para | | | | | |
| Hijos nacidos a término | 5 | 0-15 | 1 | 0-3 | p<0.001 |
| Hijos nacidos pre término | 0 | 0-8 | 0 | 0-2 | 0.575 |
| Abortos | 1 | 0-9 | 1 | 0-5 | 0.249 |
| Número de hijos vivos | 4 | 0-12 | 2 | 0-6 | p<0.001 |

Suma de rangos de Wilcoxon

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la paridad de las pacientes, los casos fueron con mayor frecuencia gran multíparas 54(46.96%), no hubo pacientes gran multíparas en los controles, en cuanto a multíparas, en los casos fueron 48(41.71%) y controles 42(36.56%), las pacientes primíparas de los casos fueron 5(4.35%), mientras que los controles fueron 49(42.61%), las pacientes nulíparas en casos fueron 8(6.96%), y controles fueron 24(20.87%), se encontró diferencias estadísticamente significativa entre ambos grupos mediante la prueba de chi², valor p<0.001. Ver Tabla 5.

Tabla 5: Paridad de las pacientes con Prolapso de órganos pélvicos, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.

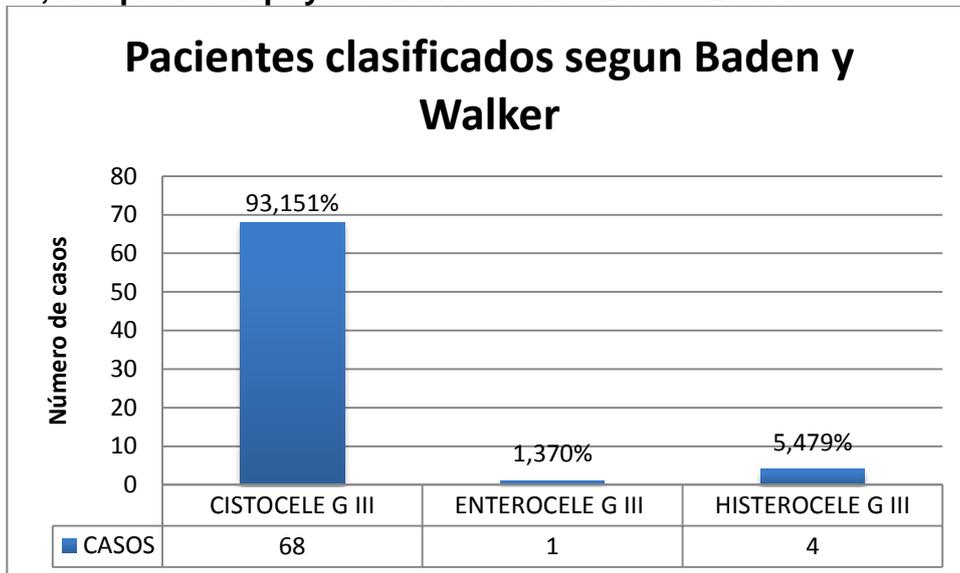
| Características | Casos N(%) | Controles N(%) | Valor p |
|-----------------|------------|----------------|---------|
| Paridad | | | |
| Primípara | 5(4.35) | 49(42.61) | p<0.001 |
| Multípara | 48(41.74) | 42(36.52) | |
| Gran Multípara | 54(46.96) | 0(0) | |
| Nulípara | 8(6.96) | 24(20.87) | |

*Prueba de Chi²

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la clasificación de Baden-Walker, el grado más frecuente fue cistocele III con 68 casos abarcando un 93.151% , seguido por histerocele III con 4 (5.479%) pacientes. Ver gráfico 2 A.

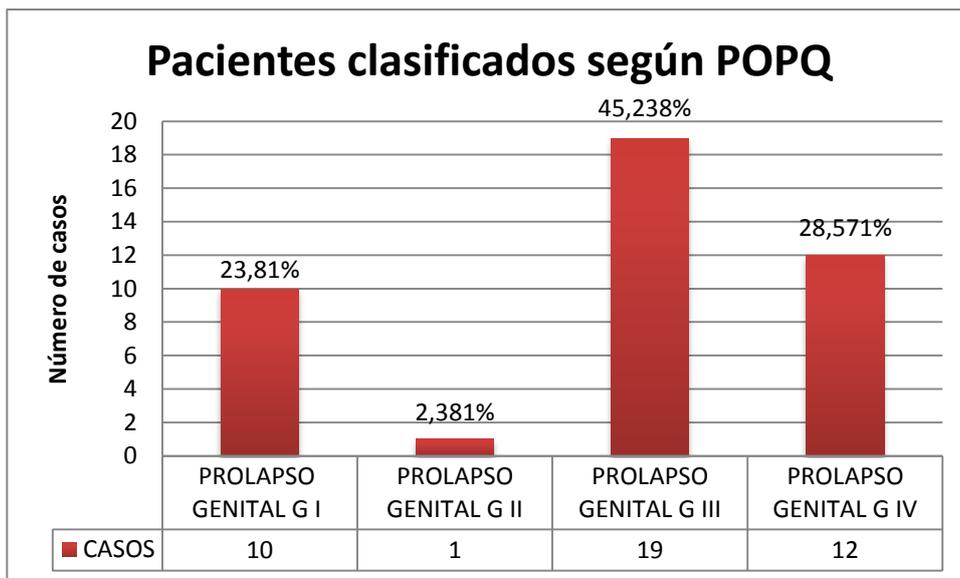
Gráfico 2.A Clasificación de acuerdo a Baden del prolapso de órganos pélvicos, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la clasificación de POPQ, la más frecuente fue la de grado III, con 19 pacientes abarcando un 45.238%, seguido del grado IV con 12 (28.571%) pacientes. Ver gráfico 2B.

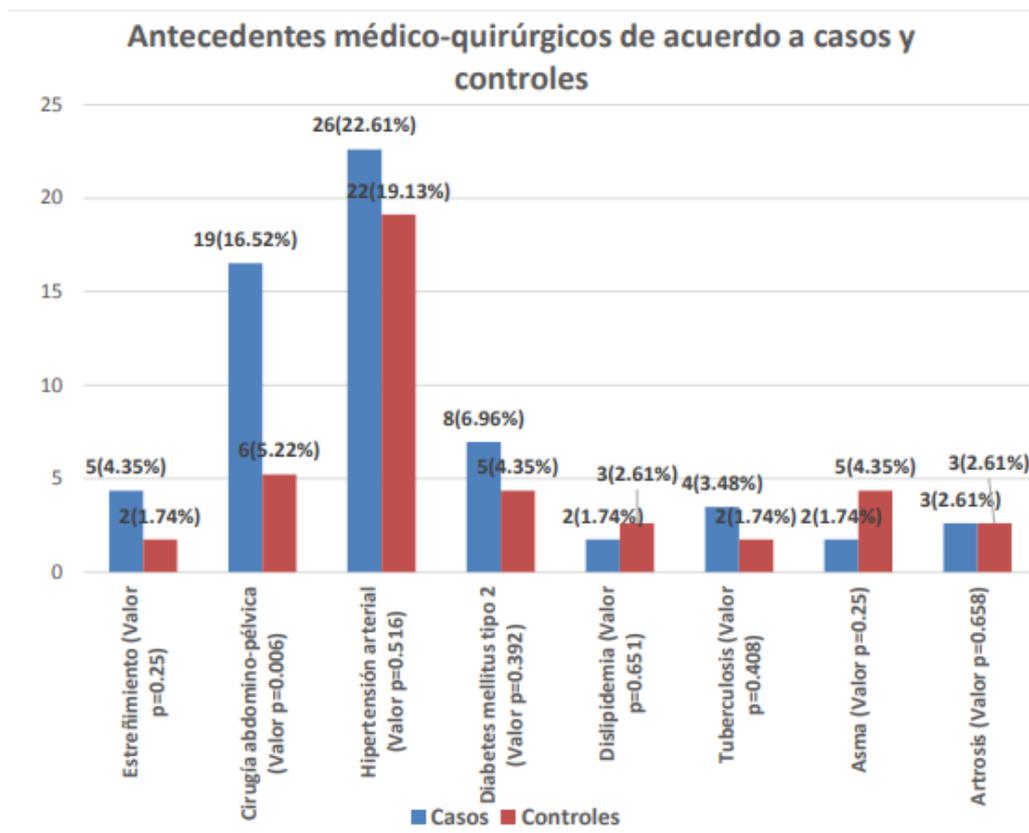
Gráfico 2.B Clasificación de acuerdo a clasificación de acuerdo a POPQ del prolapso de órganos pélvicos, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.



Fuente: Elaboración propia

Se encontró que los antecedentes médico-quirúrgicos más frecuentes de los casos fueron hipertensión arterial 26(22.61%), antecedente de cirugía abdomino-pélvica 19(16.52%), diabetes mellitus tipo 2 8(6.96%), se encontró diferencia significativa respecto a antecedente de cirugía abomino pélvica con 6(5.22%), valor $p=0.006$. La comorbilidad que mayor frecuencia tuvo en los controles fue hipertensión arterial con 22(19.13%), seguido por antecedente cirugía abdomino pélvica con 6(5.22%). Ver gráfico 3.

Gráfico 3. Antecedentes médico-quirúrgico de las pacientes de acuerdo a casos y controles, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Se encontró como factor asociado a prolapso a la paridad, con multiparidad OR: 2.13 IC95%: (1.13-4.01), valor p=0.019, gran múltipara OR: 4.00 IC95%: (2.19-7.30), p<0.001, se encontró asociado el climaterio OR: 0.93 IC95%: (0.90-0.96), p<0.001, presentar antecedente fetos macrosómicos OR: 1.59 IC 95%: (1.14-2.21), valor p=0.006 y realizarse PAPs regularmente OR: 0.74 IC 95%: (0.57-0.96), valor p=0.022. Ver tabla 6.

Tabla 6. Factores obstétricos, reproductivos asociados de las pacientes con Prolapso de órganos pélvicos, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.

| Variables | Con prolapso N(%) | Sin prolapso N(%) | OR (IC 95%) | Valor p |
|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|---------|
| Paridad | | | | |
| Primípara | 5(4.35) | 49(42.61) | 0.37(0.13-1.04) | 0.059 |
| Múltipara | 48(41.74) | 42(36.52) | 2.13(1.13-4.01) | 0.019 |
| Gran Múltipara | 54(46.96) | 0(0) | 4.00(2.19-7.30) | p<0.001 |
| Nulípara | 8(6.96) | 24(20.87) | Categoría de comparación | |
| Climaterio* | 47.13+/-5.51 | 51.22+/-4.45 | 0.93(0.90-0.96) | p<0.001 |

| | | | | |
|-------------------|-----------|------------|--------------------------|-------|
| Macrosomía | | | | |
| Si | 10(8.7) | 3(2.61) | 1.59(1.14-2.21) | 0.006 |
| No | 105(91.3) | 112(97.39) | Categoría de comparación | |
| PAP* | | | | |
| Si | 59(51.3) | 76(66.09) | 0.74(0.57-0.96) | 0.022 |
| No | 56(48.7) | 39(33.91) | Categoría de comparación | |

Fuente: Elaboración propia.

Los factores médicos quirúrgicos asociados a prolapso genital fueron presentar obesidad OR: 1.16 IC 95%: (0.88-1.53), valor $p=0.28$ y antecedente de cirugías abdominales RP: 1.62 IC 95%: (1.25-2.11), valor $p<0.001$. Ver tabla 7.

Tabla 7. Factores médicos-quirúrgicos asociados de las pacientes con Prolapso de órganos pélvicos, Hospital de Apoyo Sullana durante 2011 – 2016.

| Variables | Con prolapso N(%) | Sin prolapso N (%) | OR (IC 95%) | Valor p |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| IMC | | | | |
| Con exceso de IMC | 74(64.35) | 66(57.39) | 1.16(0.88-1.53) | 0.28 |
| Sin exceso de IMC | 41(35.65) | 49(42.61) | Categoría de comparación | |
| Estreñimiento | | | | |
| Si | 5(4.35) | 2(1.74) | 1.45(0.89-2.36) | 0.137 |
| No | 110(95.65) | 113(98.26) | Categoría de comparación | |
| Cirugía abdomino-pélvica | | | | |
| Si | 19(16.52) | 6(5.22) | 1.62(1.25-2.11) | $p<0.001$ |
| No | 96(83.48) | 109(94.78) | Categoría de comparación | |

Fuente: Elaboración propia.

5.- DISCUSIÓN:

Este estudio tiene como finalidad brindar información sobre la prevalencia y los factores de riesgo para el desarrollo de prolapso genital, siendo esta patología frecuente en el servicio de ginecología y además una de las primeras causas de cirugía ginecológica. Se trabajó con una población total de 230, siendo 115 casos de pacientes mujeres con prolapso de órganos pélvicos y 115 controles que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Entre los determinantes del riesgo de prolapso genital se encuentra la edad, multiparidad, climaterio y cirugías abdominopelvicas.

Con respecto a la edad tuvieron un rango etario entre 38 a 78 años para ambos grupos, con una mediana de 57, valor $p=1$, mediante la prueba de Shapiro Wilk se evidencio, como no normal. $\text{Prob}>Z=0.00001$, es decir la edad avanzada es un factor de riesgo para prolapso genital y su prevalencia aumenta con esta. Al igual que Montalván Cabanillas (27) en su tesis de grado realizado en un nosocomio en la ciudad de Trujillo reporta un grupo de pacientes de 110 casos con un grupo etario entre 58 a 61 años.

La distribución de casos por años para el estudio tuvo mayor frecuencia en el año 2015 con 40(30.74%), la prevalencia en promedio de pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos fue de 1.21, encontrándose mayor casos atendidos en el año 2013 con 1.82% en este año fueron excluidos 3 casos, el segundo año de prevalencia de casos fue el año 2015 con prevalencia de 1.43%, siendo excluidos 4 casos. Los casos excluidos del estudio fueron por presentar historia incompleta y/o historia clínica no accesible al servicio de búsqueda, pero que en el sistema de estadística e informática tuvieron CIE 10: N81. La prevalencia es muy baja a comparación de diversos estudios como podemos mencionar a espitia F.(7) ya que en su estudio menciona una prevalencia de 23,19% de pacientes con este diagnóstico y probablemente esto se deba al bajo grado de educación, y los pacientes solo esperan hasta cuando las molestias son muy graves para poder acudir a recibir atención, sin embargo el prolapso genital es y sigue siendo un problema de salud pública, que afecta la calidad de vida de la mujer.

Se establecieron dos grupos según el grado de instrucción, donde se evidencio que los pacientes con prolapso genital, sin instrucción superior fueron 111(96.52%) comparado a los controles 108(93.91%), valor $p=0.354$; con respecto al estado civil, las pacientes con prolapso tuvieron pareja estable 81(70.43%), comparado a los controles que tuvieron pareja estable 66(57.39%), valor $p=0.039$, siendo estadísticamente significativo. Con respecto al estado

nutricional, se estudió la variable obesidad , en las pacientes con exceso de IMC, en el grupo que tenían prolapso fue 74(64.35), comparado a las pacientes de grupo control que tenían exceso de IMC 66(57.39%), valor $p=0.28$, siendo no significativo estadísticamente , lo cual se contradice en varios estudios como Montalván Cabanillas (27) en su tesis de grado realizado en un nosocomio en la ciudad de trujillo reporta que la obesidad expresa riesgo para distopia genital a mostrando un odds ratio >1 a nivel muestra, un intervalo de confianza al 95% a nivel poblacional >1 y por ultimo encuentra significancia con el valor de p es $<5\%$, y con estas condiciones se permitió poder afirmar que la variable obesidad es un factor asociado para esta patología en el contexto de este análisis. Espitia F.(7) en su estudio menciona que la escolaridad se constituye en un riesgo de presentar un prolapso genital en las mujeres analfabetas (OR: 2,93 [IC95%: 1,02-8,44]; $p<0,05$), lo que puede estar asociado a la necesidad de realizar actividades laborales de alto impacto.

Se estudió la variable paridad; cabe mencionar que se dividió dicha variable en cuatro rangos: Nulípara (ningún parto), primípara (1parto vía vaginal), múltipara (mujeres que hayan tenido 2 a 4 partos vaginales) y gran múltipara (mujeres que hayan tenido 5 o más partos vía vaginal). Se evidencio en los resultados 41.74% múltipara, con un OR: 2.13 IC95%: (1.13-4.01), valor $p=0.019$ y 46.96% gran múltipara, teniendo esta mayor asociación significativa con el prolapso genital con un OR: 4.00 IC95%: (2.19-7.30), $p<0.001$. Además estudios realizados por Abreu y Mnacera (30) (31) en Cuba y México respectivamente afirman que paciente con promedio de gestaciones mayor o igual a cuatro aumentara el riesgo, dentro de sus estudios encontraron que entre un 33 a 40% desarrollaron este número de gestaciones, la paridad fue factor de riesgo asociado a prolapso genital con un odds ratio de 2.75.

En el prolapso de órganos pélvicos, se encontró asociado el climaterio con edad en promedio 47.13 ± 5.51 siendo estadísticamente un factor protector debido a su OR es 0.93 ($p<0.001$), es decir que a mayor edad es el climaterio, menor riesgo de prolapso y por cada año de demora en el climaterio te protege un 7% de no tener prolapso, también se debe a la mayor cantidad de estrógeno y menor debilidad de tejidos. Además realizarse PAPs regularmente también es un

factor protector debido a su OR 0.74 IC 95%: (0.57-0.96), valor $p=0.022$, ya que mientras más chequeos se hace la paciente, mayor oportunidad de que el ginecólogo la evalúe y si hay algún tipo de prolapso este lo detectara a tiempo. Otro factor asociado fue el presentar antecedente fetos macrosómicos en 10 casos con un OR: 1.59 IC 95%: (1.14-2.21), valor $p=0.006$ y antecedente de cirugías abdominopelvicas RP: 1.62 IC 95%: (1.25-2.11), valor $p<0.001$. Según Durhashan y Bozkurt M en poblaciones turcas y taiwanesas respectivamente se encontró para la macrosomía fetal un odds ratio de 1.75, p de 0 003 (34)(35)(36). En cuanto al climaterio el promedio encontrado fue de 43,2 % con cuatro casos (3,46%) de inicio muy temprano-entre los 33 a 35 años – y en 5 pacientes con un inicio más allá de los 60 años (4,34%). Dionicio R (13) en un estudio realizado en lima Perú indica que señala presencia de pacientes con climaterio en rangos entre los 35 a 38 años siendo similares pero discrepando con edades avanzadas donde se reporta un máximo de 56 años , otros autores como Espitia F.(7) y Sung VW, Hampton BS (16) que hablan de este mismo factor encontraron que la disminución de estrógenos deteriora la circulación y la calidad de las fibras musculares, lo que altera el valor funcional del diafragma urogenital y del elevador del ano. Además el uso de estrógeno mejora y previene los síntomas de disfunción del piso pélvico. Según autores como Dionicio R. (13) y Sung VW, Hampton BS (16) mencionan que la cirugía abdomino-pélvica resultó ser un factor asociado a prolapso de órganos pélvicos (OR 0.24 IC 95% 0.13 – 0.43), esta asociación es estadísticamente significativa.

En este estudio de acuerdo a la clasificación de Baden-Walker, el grado más frecuente fue prolapso de órganos pélvicos fue cistocele III con 68 casos abarcando un 93.151% solo con los casos clasificados según Baden-Walker, seguido por histerocele III con 4 (5.479%) pacientes, en cuanto a la clasificación de POPQ, la más frecuente fue la de grado III, con 19(45.238%) pacientes , autores como Cherem B, Bañales J (6) y Sung VW, Hampton BS (16) utilizaron estas clasificaciones , de los 419 pacientes la mayoría presentó descenso anterior grado II (50,6 %) solo y acompañado de rectocele 22,7 %. El grado IV se

observó en pacientes de edad avanzada, promedio 72 años, grandes multíparas y referían peso y tumoración en genitales.

5.- CONCLUSION:

- En pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos, atendidos en el Hospital de Apoyo Sullana, la prevalencia en promedio fue de 1.21% y el año de mayor prevalencia de casos atendidos por servicio de ginecología fue el año 2013 con 1.82%.

- Factores de riesgo que propician a la aparición de prolapso de órganos pélvicos fueron: edad, la obesidad, una record de gestaciones por encima de 4 así como cirugías previas de origen abdomino pélvicas.
- Las características sociodemográficas fueron: la mayor cantidad de casos 40 (34.78%) en el año 2015; el grado de instrucción para casos: sin instrucción superior fueron 111(96.52%) comparado a los controles 108(93.91%), valor $p=0.354$; con respecto al estado civil, las pacientes con prolapso tuvieron pareja estable 81(70.43%), comparado a los controles que tuvieron pareja estable 66(57.39%), valor $p=0.039$, siendo estadísticamente significativo.
- Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial 26(22.61%), diabetes mellitus tipo 2 8(6.96%) y cirugía abdomino-pélvica 19(16.52%), siendo este último estadísticamente significativo con valor $p=0.006$, a comparación de los controles con mayor frecuencia fue hipertensión arterial con 22(19.13%), seguido por antecedente cirugía abdomino pélvica con 6(5.22%).
- El principal factor de riesgo fue la gran multípara, feto macrosómico, climaterio, cirugía abdominopelvica y la obesidad con una significancia < 0.001 .

6.- RECOMENDACIONES:

El impacto de este estudio es que a pesar de la baja prevalencia en el hospital Apoyo II-2 Sullana, ha sido posible identificar los factores de riesgo, sobre todo aquellos modificables como la obesidad y la paridad, con la finalidad de intervenir en los mismos, para lograr reducir la frecuencia de esta patología y mejorar así la calidad de vida.

1. Uniformizar un sistema de gradación universal, como por ejemplo el POP-Q.
2. Iniciar un plan de acción conjunto entre establecimiento de salud y paciente para realización de prevención y evitar su exposición a futuro.
3. Generar conciencia en las pacientes mujeres sobre aquellos factores de riesgo, sobre todo los modificables como el número de gestaciones , acudiendo a planificación familiar para que de esta manera puedan recibir información en beneficio de ellas mismas y la obesidad a través de estrategias educativas y programas de nutrición.
4. Educar a la población femenina para la práctica de ejercicios de kegel que permitan fortalecer el piso pélvico con énfasis en mujeres multíparas y gran multíparas por parto vaginal.
5. Realizar estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con el fin 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.

7. Referencias bibliográficas.

1. Juana María Vázquez Lara Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (SEGO) Prolapso genital (Internet). Prog Obstet Ginecol. 2015;58(4):205—208 . Disponible en:

http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf

2. Schorge. Schaffer. Halvorson. Hoffman. Bradshaw. Cunningham. Williams. Ginecología 2ed Mexino: Mc Graw Hill;2008 .
3. Latarjet Michel, Ruiz-Liard Alfredo. Anatomia Humana 4ed. Buenos Aires: Panamericana; 2011.
4. De Lancey JOL. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. Am J Obstet Gynecol 1994; 170:1713-23 Disponible en : DOI: [https://10.1016 / s0002-9378 \(94\) 70346-9](https://10.1016 / s0002-9378 (94) 70346-9)
5. Dietz, H.P. and A.B. Steensma, [The prevalence of major abnormalities of the levator ani in urogynaecological patients.](#) BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2006. 113(2): p. 225-30
6. Cherem B, Bañales J, Rendón A. Prolapso de la cúpula vaginal grado IV en paciente histerectomizada: caso clínico. An Med (Mex) 2012; 57(4): 332-338. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>
7. Espitia F. Factores de riesgo asociado con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Urología Colombiana 2015; 24(1): 12-18. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.003>
8. Segura H. Asociación entre alteración de la densidad mineral ósea y severidad de prolapso de órganos pélvicos en mujeres postmenopáusicas del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo: Segura Rodriguez, Hugo Leonardo editor ; 2017. Disponible en : <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2654>

9. Persu C, Chapple C, Cauni V. [Pelvic Organ Prolapse Quantification System \(POP-Q\)-a new era in pelvic prolapse staging](#). Journal of medicine and life 2011; 4(1): 75.
10. Lakeman M. [Dynamic magnetic resonance imaging to quantify pelvic organ prolapse: reliability of assessment and correlation with clinical findings and pelvic floor symptoms](#). International urogynecology journal 2012; 23(11): 1547-1554.
11. Salas J. [Monoprótesis de polipropileno para corrección del prolapso vaginal anterior con o sin incontinencia urinaria](#). Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2015; 56(3): 214-219.
12. Delgado D, Grande J, Salvador J. Colpopexia anterior y uretrosuspensión con monoprótesis en el tratamiento quirúrgico del cistocele e incontinencia urinaria de esfuerzo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2015; 56(1): 32-38. Disponible en : <https://doi.org/10.31403/rpgo.v56i249>
13. Dionicio R. [Factores de riesgo de distopia genital](#). Lima: Dionicio Elera Rosa Beatriz editor; 2014 .
14. Rengifo R. Importancia de la reducción del prolapso vaginal anterior severo durante el examen clínico y estudio urodinámico, en el diagnóstico de incontinencia urinaria oculta. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2013; 59(3): 167-170. Disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/rqo/v59n3/a03v59n3.pdf>
15. Fitchett J. [Non-surgical interventions for pelvic organ prolapse in rural Nepal: a prospective monitoring and evaluation study](#). JRSM open 2015; 6(12): 6-11.
16. Sung VW, Hampton BS. [Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico](#). Obstet Gynecol Clin North Am. 2010; 36(3): 421-443.

17. Mancera A, Jiménez J, [Prolapso de órganos pélvicos](#), Rev Hosp Jua Mex 2013; 80(4): 248-250.
18. Manodoro S, Frigerio M, Cola A, Spelzini F, Milani R. Risk factors for recurrence after hysterectomy plus native-tissue repair as primary treatment for genital prolapse. Received: 26 May 2017 /Accepted: 31 July 2017 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28815283>
19. Vergeldt T, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers K. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. Received: 22 January 2015 /Accepted: 16 March 2015 Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25966804>
20. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom 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](#). 2013; 120(2): 60-152.
21. Vega R, García R, Arriaga J. [Manejo de prolapso de órganos pélvicos con colposacropexia laparoscópica: reporte de caso](#). Revista Mexicana de Urología 2015; 75(4): 236-239.
22. Uriona R, Cortez M. [Manejo del prolapso genital completo con técnica de Le Ford modificada más Sling y colpoperineoplastia posterior en pacientes adultas mayores](#). Gaceta Médica Boliviana 2014; 37(1): 23-26.
23. Bernúes Suarez, I. 2004 –España –“Universidad Pública de Navarra en el Estudio de [“Efectos de la Episiotomía sobre el Suelo Pélvico y Periné”](#)”.
24. Dixit P, Shek KL, Dietz HP. How common is pelvic floor muscle atrophy after vaginal childbirth? Ultrasound Obstet Gynecol. 2014; 43: 83-88. Disponible en : <https://doi.org/10.1002/uog.12543>

25. Gallo M, Díaz MA, Gallo JL. [Efectos del embarazo y parto sobre el suelo pélvico](#). Venezuela: Amolca; 2015.
26. Molina-Loza E, Altez-Navarro C, Ortiz-Lorenzo G. [Corrección transvaginal del prolapso total de cúpula vaginal con malla de polipropileno. Presentación de cinco casos](#). Tema Libre presentado al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, noviembre 2010.
27. Montalván Cabanillas Gretta Lissette en su tesis. [Obesidad como factor asociado a prolapso de órganos pélvicos en el hospital militar central](#) en el periodo Enero 2011- Diciembre 2015. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2017.
28. Young, N., Atan, I.K., Rojas, R.G. et al. [Obesity: how much does it matter for female pelvic organ prolapse?](#). Int Urogynecol J (2017).
29. Vergeldt, T. F. M., Weemhoff, M., IntHout, J., & Kluivers, K. B. (2015). [Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review](#). International Urogynecology Journal, 26(11), 1559–1573.
30. Mnacera A, Jiménez J. [Prolapso de órganos pélvicos](#). Rev. Hosp Jua Mex. 2017; 80(4): p. 248-250.
31. Abreu Y, Martínez J, Rodríguez E, Alerm A, Garcías J. [Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica](#). Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016; 8: p. 99-110.
32. Dionicio R., [“Factores de riesgo de distopia genital”, pacientes del HNAL](#). Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 59: p. 162-165
33. 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](#). Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013; 59: p. 167-170.

34. Martha Lissette Banchón Rodríguez. Factores de riesgo y complicaciones del prolapso urogenital en edades entre 50 y 55 años. Hospital Enrique c. Sotomayor 2014. [Trabajo de Titulación presentado como requisito para optar por el Grado de Medico]. Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2016

35.Bozkurt M, Ender A, Sahin L. [Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor.](#) Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 2014; 53: p. 452-458. 6.

36.Durhashan A, Kenny L, Durnea U, Smyth M, O'Reilly B. [Prevalence, etiology and risk factors of pelvic organ prolapse in premenopausal primiparous women.](#) Int Urogynecol J. 2014; 25: p. 1463-1470.

8. ANEXOS:

ANEXO 1

FICHA DE REGISTROS DE DATOS DE TRABAJO DE INVESTIGACION

| FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON DISTOPIAS DE PISO PELVICO (PROLAPSO GENITAL) | | | |
|---|-----------------------|---------------------------|-------|
| NOMBRE: | | | |
| EDAD: | | | |
| SEXO: | | Femenino | |
| ESTADO CIVIL: | | | |
| RESIDENCIA: | | | |
| PROCEDENCIA: | | | |
| INSTRUCCIÓN: | | | |
| OCUPACION: | | | |
| DIAGNOSTICO: | | | |
| ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: | GESTAS: | | |
| | PARAS: | | |
| | ABORTOS | | |
| | CESAREAS: | | |
| | HIJOS VIVOS: | | |
| | HIJOS MUERTOS | | |
| | PARTOS DOMICILIARIOS: | | |
| | PARTOS HOSPITALARIOS: | | |
| | FUM: | | |
| | CICLOS: | | |
| | MENARQUIA: | | |
| | CLIMATERIO: | | |
| OTROS FACTORES ESTUDIARSE | A | ALTERACION DE COLAGENO: | Si No |
| | | ESTREÑIMIENTO: | Si No |
| | | EPISIOTOMIA: | Si No |
| | | CIRUGIA ABDOMINO-PELVICA: | Si No |
| | | FETOS MACROSOMICOS | Si No |
| PESO: | | | |
| TALLA: | | | |
| IMC: | | | |

ANEXO N° 2 : SOLICITUD DE PERMISO A LAS AUTORIDADES PERTINENTES

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

San Miguel de Piura 24 de Julio del 2018

A: Dr. Carlos Rojas Bardales

Director del Hospital de Apoyo II – Sullana - PIURA

ASUNTO: Permiso para la ejecución Proyecto de Tesis de Pre Grado y acceso a historias clínicas

Estimadas autoridades reciban mediante la presente mi más cordial saludo del mismo modo sirva la misma para solicitar la autorización de mi Proyecto de Tesis titulado: “INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL, HOSPITAL DE APOYO II SULLANA 2011 - 2016”, dentro de las instalaciones del Hospital II-Sullana así como el acceso a las respectivas historias clínicas para su ejecución.

Esperando una respuesta favorable me despido de Ustedes.

Atte.

E.M.H Carlos Brando Quispe Chumacero
ID: 000097469

ANEXO Nº 03: APROBACIÓN E INSCRIPCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

“AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL”

Piura; 06 de Abril del 2018

Dra.. Gladys Ligia Peña Pazos

Directora Académica UPAO Campus Piura

Dr. Jorge Mas Sánchez

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE REVISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA UPAO CAMPUS PIURA

Asunto:

APROBACIÓN E INSCRIPCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Yo; Carlos Brando Quispe Chumacero , identificado con ID N° 000097469 , alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana con el debido respeto me presento y expongo:

Que siendo requisito indispensable para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, recurro a su digno despacho a fin de que apruebe e inscriba mi Proyecto de Tesis titulado: "INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL, HOSPITAL DE APOYO II SULLANA 2011 – 2016". Asimismo, informo que el docente. Dr. Nelson Navarro Jiménez, será mi asesor por lo que solicito se sirva tener de conocimiento para lo fines pertinentes.

Por lo expuesto es justicia que deseo alcanzar.

Carlos Brando Quispe Chumacero

ID N° 000097469

ANEXO N° 04:

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Quién suscribe **Dr. Nelson Navarro Jiménez**, Docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana UPAO Campus Piura, hace constar que me comprometo a brindar el asesoramiento correspondiente para el desarrollo del Proyecto de Tesis titulado “**INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL, HOSPITAL DE APOYO II SULLANA 2011 – 2016**” de la Estudiante de Medicina Humana **Carlos Brando Quispe Chumacero**, de la Escuela de Medicina Humana UPAO Campus Piura.

Se expide la presente para los fines que estime conveniente.

Piura; 14 de Mayo 2018