

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



TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

“Histerectomía Subtotal como factor de riesgo para Prolapso Genital en pacientes
atendidas en el Hospital Albrecht de Trujillo”

Área de Investigación:
Cáncer y enfermedades no transmisibles

Autora:
Br. Gorriti Rubio, Ana Lucia

Jurado Evaluador:
Presidente: Vásquez Alvarado, Javier
Secretario: Lozada Caceda, Jorge
Vocal: Nuñez Rodas, Maritza

Asesor:
Vicuña Ríos, Hugo
Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8485-2096>

Trujillo-Perú
2021

Fecha de sustentación: 2021/03/08

DEDICATORIA

Mi agradecimiento a Dios por ser mi protector y guía durante todos estos años de estudio y por permitirme seguir viviendo experiencias dentro de esta carrera.

A mi madre Corin por ser mi fuerza y brindarme su amor y apoyo incondicional en cada momento bueno o complicado que se presentaba en todos estos años de estudio.

A mi hermana Ana Paula por ser mi ejemplo a seguir, mi consejera y mi soporte en cada situación y proyecto de mi vida.

Y por último y más importante a mi padre Carlos, por ser mi ángel y mi inspiración en cada momento y meta lograda en mi vida personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por día a día permitirme y brindarme salud y fuerza para estudiar y seguir esforzándome dentro de mi carrera.

A mis docentes por sus enseñanzas, educación y consejos brindados en todos mis años de estudio.

A mi asesor, Dr. Vicuña por su apoyo y guía durante la elaboración y ejecución de este proyecto.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCION	7
II.	MATERIAL Y METODOS	11
III.	RESULTADOS.....	18
IV.	DISCUSIÓN.....	21
V.	CONCLUSION	23
VI.	RECOMENDACIONES.....	24
VII.	REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS.....	25

Anexos

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la Histerectomía Subtotal es un factor de riesgo para Prolapso Genital en pacientes atendidas en el Hospital Albrecht de Trujillo.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo y de cohorte. La población de estudio estuvo constituida por 226 pacientes, distribuidos en dos grupos: con y sin Histerectomía Subtotal.

Resultados: La presencia de Prolapso Genital en pacientes sometidas a Histerectomía Subtotal y aquellas que no fueron intervenidas fue 32.7% y 72.6% respectivamente. El riesgo relativo de Histerectomía Subtotal en relación a Prolapso Genital fue de 0.45 ($p < 0.05$).

Conclusiones: Las pacientes intervenidas con Histerectomía Subtotal tienen menor riesgo de Prolapso Genital en comparación a las pacientes no intervenidas en el Hospital Albrecht de Trujillo.

Palabras Claves: Histerectomía Subtotal, Prolapso Genital.

ABSTRACT

Objective: To determine if Subtotal Hysterectomy is a risk factor for Genital Prolapse in patients treated at the Albrecht Hospital in Trujillo.

Material and methods: An analytical, observational, retrospective and cohort study was carried out. The study population consisted of 226 patients, divided into two groups: with and without Subtotal Hysterectomy.

Results: The presence of Genital Prolapse in patients who underwent Subtotal Hysterectomy and those who did not undergo surgery was 32.7% and 72.6% respectively. The relative risk of Subtotal Hysterectomy in relation to Genital Prolapse was 0.45 ($p < 0.05$).

Conclusions: Patients who underwent a subtotal hysterectomy have a lower risk of genital prolapse compared to non-operated patients at the Albrecht Hospital in Trujillo.

Keywords: Subtotal Hysterectomy, Genital Prolapse.

I.INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico es un complejo anatómico muy importante de la región pélvica, debido a su disposición y su función de soporte y sostén de órganos intraabdominales. Cualquier alteración en uno de sus elementos anatómicos como músculos o tejido conjuntivo, provocará diversas patologías como el prolapso de órganos pélvicos, donde se ve afectada enormemente el estilo de vida de la mujer.¹ Se denomina Prolapso Genital al descenso de la pared vaginal por medio del canal vaginal, el cual tiende a generarse por diversos factores. Por ello dentro de este marco resulta siendo una de las principales patologías a tratar por un ginecologo-obstetra.²

En estudios recientes se estimó la tasa de prevalencia del Prolapso Genital, siendo el resultado un 3-4% de la población general.³ Debido a que esta patología genera un cambio en la calidad de vida, un 10-20 % de estas mujeres deben someterse a una intervención quirúrgica por el mayor riesgo de complicaciones y recidivas, las cuales se aprecian en un 30% de estas mismas.⁴

Existen ciertos métodos que durante muchos años se han utilizado en el campo de la ginecología para diferenciar los distintos tipos de Prolapso Genital como el conocido sistema POP-Q o el Sistema de Baden-Walker.⁵ Puesto que estos sistemas de clasificación suelen ser un poco difíciles de aplicar durante la práctica, se suele recurrir a clasificar a esta patología según la disposición de los órganos pélvicos en relación a la pared vaginal, tales como: cistocele, uretrocele, histerocele, enterocele, rectocele y desgarro perineal.⁶ De acuerdo a un estudio realizado acerca de la incidencia anual de las diversas formas de Prolapso Genital, se encontró que en un grupo de 100 mujeres, los casos de cistocele fueron 9.3 %, rectocele 5.7% y solo 1.5 % de casos reportados histerocele.⁷

La mayoría de pacientes con diagnóstico de Prolapso Genital, en un inicio no refieren síntoma alguno, y eso se debe a los grados de presentación de esta patología.⁸ No obstante, existe un porcentaje importante de pacientes que acuden por molestias genitales y urinarias, por ejemplo: sensación de bulto a nivel de la vagina, urgencia o incremento de frecuencia de micciones, dificultad para la defecación, molestias durante el coito, entre otros.⁹ En otras palabras la clínica a veces resulta siendo muy específica durante la evaluación general, convirtiéndose en una pieza clave para el pronto diagnóstico.¹⁰

Para que se produzca esta patología, no solo es necesario que se altere una estructura del piso pélvico sino también se necesita la intervención de diversos componentes o factores que predispongan a padecer de esta misma, como el tipo de parto y de igual forma el número de hijos.¹¹ En un estudio realizado en Israel a un grupo de mujeres, un 13% de estas pacientes que fueron cesareadas y 86% que tuvieron parto natural se les diagnosticó Prolapso Genital.¹² Así pues esta patología también se debe a defectos anatómicos, multiparidad, IMC elevado, diabetes mellitus, constipación y cirugías ginecológicas tal como: histerectomía.¹³

La Histerectomía es uno de los procedimientos más realizados dentro de la especialidad de ginecología. Consiste en extirpar el útero ya sea de manera total o parcial.¹⁴ Para este tipo de procedimiento existen diversas indicaciones que van de la mano con la historia clínica y antecedentes de las pacientes.¹⁵ En estudios publicados indican que alrededor del 90% de histerectomías son realizadas por patologías benignas como miomas, adenomiosis, hemorragia uterina, entre otras; y un 5-10% están indicadas para un grado de malignidad.¹⁶

Hace unos años se introdujo una nueva manera de realizar este procedimiento quirúrgico, por vía laparoscópica, lo cual atribuía ciertos beneficios a las pacientes.¹⁷ A pesar de ello la técnica por vía abdominal aún sigue siendo utilizada por los especialistas; aunque se encuentra cierto debate al momento de decidir si la extirpación del útero debe realizarse de manera parcial o total.¹⁸ Estudios realizados en EE. UU comprobaron que ambas técnicas tienen sus diferencias en cuanto a las indicaciones, y

donde la Histerectomía Subtotal reducía el riesgo de reoperación o complicaciones a comparación de la Histerectomía Total ¹⁹

Tras una intervención de esta índole, siempre se corre el riesgo de que la paciente pueda tener complicaciones postoperatorias, las cuales puede presentarse de manera inmediata como hemorragia ó infección. De igual modo puede haber complicaciones tardías tales como obstrucción intestinal, adherencias, fistulas y una de las más frecuentes: Prolapso de órganos pélvicos.²¹ Todo lo mencionado anteriormente en su mayoría conllevaría a elegir un nuevo tratamiento ya sea médico o quirúrgico.²²

Thakar (London, 2002) en su estudio con 279 mujeres, donde la mayoría de pacientes eran pre menopáusicas y que fueron sometidas a histerectomía abdominal, el grupo de pacientes donde se utilizó la técnica subtotal presentaron menor días de hospitalización a comparación de aquellas donde se utilizó la técnica total. Sin embargo, en el primero grupo mencionado (HAS), 7% continuó con sangrado y el 2% presento prolapso genital.²³

Daniel Altman (Suecia, 2008) en su estudio longitudinal realizado con un promedio de 5270 pacientes con antecedente de histerectomía abdominal, se encontró que el riesgo de someterse a cirugía por prolapso pélvico fue alrededor de 33% en aquel grupo de pacientes donde se empleó la técnica subtotal, un mayor riesgo que con el grupo de histerectomía total.²⁴

Lea L. Andersen, Lars M. Alling Møller, Helga M. Gimbel (Dinamarca, 2015) Realizaron un ensayo clínico multicéntrico a largo plazo en cuyos datos fueron obtenidos de diferentes servicios de ginecología. De 304 mujeres, el 95 % tenían antecedente de histerectomía abdominal, 153 de tipo subtotal y 151 de tipo total, en donde se quería verificar el número de pacientes acuerdo a las complicaciones a evaluar. Se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes histerectomía abdominal subtotal con prolapso pélvico (12,6%) a diferencia de pacientes histerectomía abdominal total (11,3%) ²⁵

Tomando en cuenta que la Histerectomía Abdominal Subtotal es una intervención quirúrgica, que dentro de la especialidad de ginecología se indica con alta frecuencia, y al encontrarse ciertos estudios donde hablan acerca de su papel como factor de riesgo para Prolapso Genital; es por ello que resulta de gran interés realizar un estudio en nuestro medio, acerca de esta relación que se encuentra entre ambas variables, debido a que esta patología benigna como es el Prolapso Genital vendría a ser complicación muy frecuente en las mujeres , provocando alteración en su estilo de vida.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO:

¿Es la Histerectomía Subtotal un factor de riesgo asociado a Prolapso Genital en pacientes atendidas en el Hospital Albrecht de Trujillo?

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Establecer si la Histerectomía Subtotal es un factor de riesgo para Prolapso Genital en pacientes atendidas en el Hospital Albrecht de Trujillo.

Objetivos específicos:

-Establecer la frecuencia de Prolapso Genital en las pacientes intervenidas con Histerectomía Subtotal.

-Establecer la frecuencia de Prolapso Genital en las pacientes no intervenidas con Histerectomía Subtotal.

-Establecer si la condición de parto predispone a Prolapso Genital.

-Establecer si la condición de episodios de estreñimiento predispone a Prolapso Genital.

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna (Ha): La Histerectomía subtotal es un factor de riesgo asociado a Prolapso Genital en pacientes atendidas en el Hospital Albrecht de Trujillo.

Hipótesis nula (Ho): La Histerectomía subtotal no es un factor de riesgo asociado para Prolapso Genital en pacientes atendidas en el Hospital Albrecht de Trujillo.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1. Población Universo: Constituida por todas las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Albrecht de Trujillo, durante el periodo de 2014-2019.

2.2. Población de Estudio: Constituida por todas las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Albrecht de Trujillo, durante el periodo de 2014-2019., que han cumplido con los siguientes criterios de selección:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Cohorte expuesta:

- Mujeres > 40 años de edad.
- Mujeres con antecedente de Histerectomía Subtotal.
- Mujeres con diagnóstico de Prolapso Genital
- Mujeres con antecedente de parto vaginal

- Mujeres con antecedente de cesárea electiva
- Mujeres con antecedente de estreñimiento crónico.
- Pacientes con datos de historia clínica completos

Cohorte no expuesta:

- Mujeres > 40 años de edad.
- Mujeres con antecedente de Histerectomía Subtotal.
- Mujeres con diagnóstico de Prolapso Genital.
- Mujeres con antecedente de parto vaginal.
- Mujeres con antecedente de cesárea electiva.
- **Mujeres con antecedente de estreñimiento crónico.**
- Pacientes con datos de historia clínica completos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Cohorte expuesta:

- Mujeres <40 años de edad.
- **Mujeres con antecedente de infecciones ginecológicas como Enfermedad Inflamatoria Pélvica.**
- Mujeres con antecedente de tumores pélvicos.

Cohorte no expuesta:

- Mujeres <40 años de edad.
- **Mujeres con antecedente de infecciones ginecológicas como Enfermedad Inflamatoria Pélvica.**
- Mujeres con antecedente de tumores pélvicos.

2.3. Muestra:

Unidad de Análisis

Constituida por todas las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Albrecht de Trujillo, durante el periodo de 2014-2019.

Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por cada historia clínica de cada paciente atendida en el Servicio de Ginecología del Hospital Albrecht de Trujillo, durante el periodo de 2014-2019.

Tamaño Muestral

Para calcular el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para cohortes.

$$n_1 = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\varphi)\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{\varphi P_1(1-P_1)P_2(1-P_2)} \right)^2}{\varphi(P_1-P_2)^2}; n_2 = \varphi n_1$$

Donde:

φ es el número de no expuestos por expuesto

P_1 es la proporción de la enfermedad en los expuestos

P_2 es la proporción de la enfermedad en los no expuestos

$\bar{P} = \frac{P_1 + \varphi P_2}{1 + \varphi}$ es el promedio ponderado

$z_{1-\alpha/2}$ = Coeficiente de confiabilidad del (1- α) %

$z_{1-\beta}$ = Coeficiente asociado a una potencia de la prueba del (1- β) %

USO DE EPIDAT 4.2

DATOS:

Riesgo en expuestos: 13.500%
Riesgo en no expuestos: 3.200%
Razón no expuestos/expuestos: 1.000
Nivel de confianza: 95.0%

RESULTADOS:

Potencia (%)	Ji-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Expuestos	No expuestos
80.0	Sin corrección	113	113

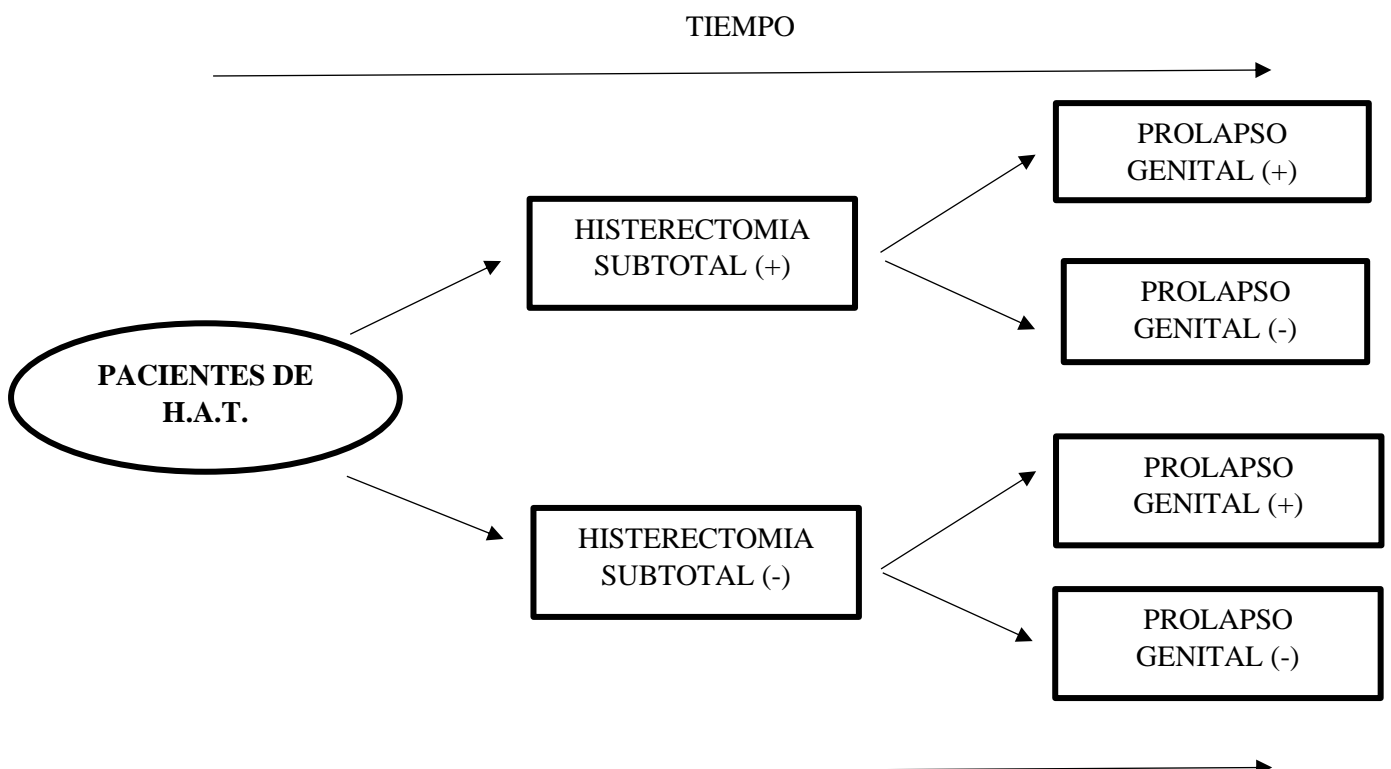
COHORTE EXPUESTA (Pacientes expuestas a Histerectomía Subtotal) =113

COHORTE NO EXPUESTA (Pacientes no expuestas a Histerectomía Subtotal) =113

2.4. Diseño de Estudio

Tipo de Estudio: Cohorte, Retrospectivo, Observacional, Analítico.

Diseño Específico:



DIRECCIÓN

2.5. Variables y escalas de medición:

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	VALORES
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	Antecedente quirúrgico de extirpación parcial del útero.	CATEGORICA	NOMINAL	Historia clínica	0= No 1= Si
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	VALORES
PROLAPSO GENITAL	Descenso de la pared vaginal por medio del canal vaginal a la evaluación	CATEGORICA	NOMINAL	Historia clínica	0= No 1= Si
VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	VALORES
EDAD	Tiempo vivido del paciente al momento del diagnóstico.	NUMERICA	CUANTITATIVA	Historia Clínica	# Años
TIPO DE PARTO	Antecedente de parto por vía vaginal o por cesárea.	CATEGORICA	NOMINAL	Historia clínica	0= Parto vaginal 1= Cesárea
PARIDAD	Cantidad de hijos a tener durante evaluación.	NUMERICA	CUANTITATIVA	Historia clínica	# de hijos
ESTREÑIMIENTO	Antecedente de dificultad en la evacuación de heces.	CATEGORICA	NOMINAL	Historia clínica	0= No 1= Si

2.6. Procedimientos:

Ingresaron al estudio las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Albrecht de Trujillo durante el periodo 2014-2019 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó la autorización al departamento de Ginecología y Obstetricia, así mismo al Departamento

de Estadística donde se obtuvieron los números de historias clínicas para proceder a:

1. Realizar la captación de las historias clínicas de las pacientes según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio.
2. Recoger los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporarán en la hoja de recolección de datos (Anexo N°1).
3. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.
4. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.7. Procesamiento y análisis de la información:

Los registros de datos estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos, fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS 25.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica:

Se hizo uso de la prueba estadística chi cuadrado para las variables cualitativas para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con los desenlaces en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtuvo el Riesgo Relativo (RR) para las variables en estudio, con intervalos de confianza al 95%.

		PROLAPSO GENITAL	
		SI	NO
HISTERECTOMIA	SI	a	b
SUBTOTAL	NO	c	d

$$\text{RIESGO RELATIVO: } a(c+d) / c(a+b)$$

2.8. Aspectos éticos:

La presente investigación conto con la autorización del comité de ética e Investigación del Hospital Albrecht de Trujillo. Debido a que fue un estudio de cohorte retrospectivo en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de las pacientes, se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23) ²⁶ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁷

III. RESULTADOS

TABLA N°01. Características de las pacientes incluidas en estudio en el Hospital Albrecht de Trujillo.

CARACTERISTICAS		PROLAPSO GENITAL		p
		Si = 119	No = 107	
EDAD		58 (12)	52 (8)	0.000
PARIDAD (N° DE HIJOS)		2 (1)	2 (1)	0.009
TIPO DE PARTO	Cesárea	110 (92)	98 (92)	0.814
	Vaginal	9 (8)	9 (8)	
ESTREÑIMIENTO	Si	37 (31)	20 (19)	0.032
	No	82 (69)	87 (81)	

FUENTE: HOSPITAL ALBRECHT DE TRUJILLO- Archivo de historias clínicas 2014-2019

TABLA N° 02. Frecuencia de pacientes con Prolapso Genital sometidas a Histerectomía Subtotal en el Hospital Albrecht de Trujillo.

Histerectomía Subtotal	Prolapso Genital				Total
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Si	37	32.7%	76	67.3%	113

FUENTE: HOSPITAL ALBRECHT DE TRUJILLO- Archivo de historias clínicas 2014-2019

En la tabla N°2 se aprecia la distribución de las pacientes expuestas a Histerectomía Subtotal; pudiéndose observar que la frecuencia de las pacientes intervenidas y con presencia de Prolapso Genital es de 37/113 representando el 32.7%.

TABLA N° 03 Frecuencia de pacientes con Prolapso Genital no sometidas a Histerectomía Subtotal en el Hospital Albrecht de Trujillo.

Histerectomía Subtotal	Prolapso Genital				Total
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
No	82	72.6%	31	27.4%	113

FUENTE: HOSPITAL ALBRECHT DE TRUJILLO- Archivo de historias clínicas 2014-2019

En la tabla N°03 se evidencia la frecuencia de las pacientes que padecen de esta patología sin el antecedente quirúrgico de Histerectomía Subtotal siendo 82/113, representando el 72.6%.

GRAFICO N° 01. Frecuencia de Prolapso Genital en pacientes intervenidas con y sin Histerectomía Subtotal

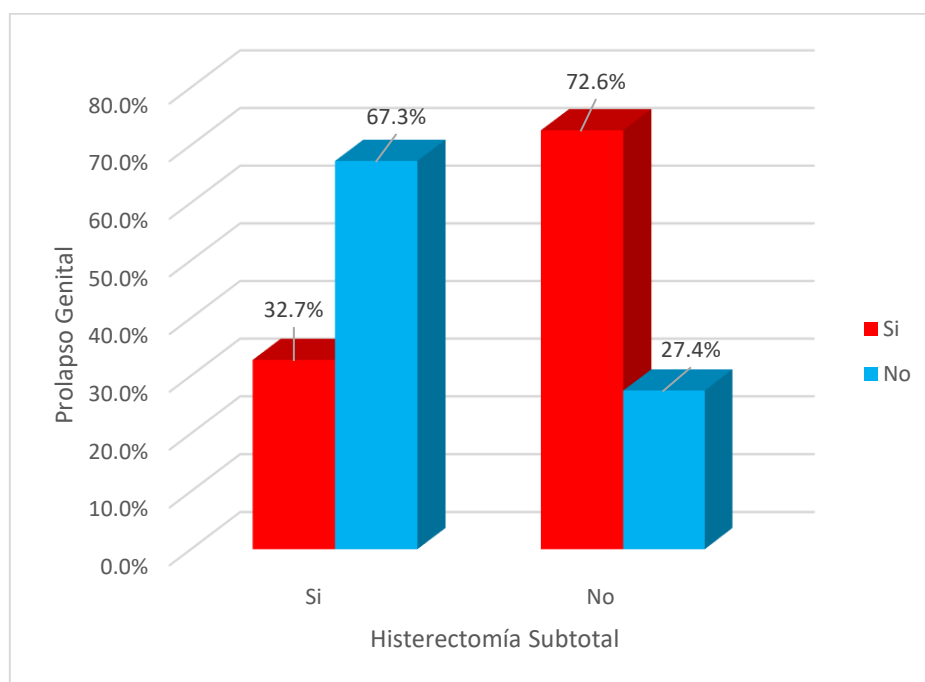


TABLA N° 04. Histerectomía Subtotal no factor de riesgo asociado para Prolapso Genital en pacientes atendidas en el Hospital Albrecht de Trujillo.

Histerectomía Subtotal	Prolapso Genital				Total
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Si	37	32.7%	76	67.3%	113
No	82	72.6%	31	27.4%	113

FUENTE: HOSPITAL ALBRECHT DE TRUJILLO- Archivo de historias clínicas 2014-2019

- Chi Cuadrado: 35.9
- P <0.05
- Riesgo relativo: 0.45
- Intervalo de confianza al 95%: 0.338-0.602

Respecto al análisis estadístico mediante la prueba chi Cuadrado se encontró una asociación entre la variable Histerectomía Subtotal y la variable Prolapso Genital, al obtenerse un valor de $p < 0.05$. Así mismo el riesgo relativo calculado es de 0,45 lo que indica que las pacientes sometidas a Histerectomía Subtotal tienen menor riesgo de padecer Prolapso Genital en comparación a las pacientes no intervenidas.

IV. DISCUSIÓN

Como resultado de varios estudios realizados y con el transcurrir de los años se evidenció que el Prolapso Genital es una de las principales patologías ginecológicas por la cual muchas mujeres se les ve alteradas su estilo de vida.¹ Todo ello se debe a que la mujer en cierto rango de edad y junto con diversos factores que predisponen a una alteración a nivel de las estructuras del piso pélvico, generan la producción y evolución de esta patología.²

Muchos trabajos demostraron que esta patología no solo se presentaba por todo lo mencionado anteriormente, sino también como una complicación tardía muy frecuente dentro de una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas en el área de Ginecología como es la Histerectomía.²¹ Lo cual generaba que las pacientes tuvieran que ser nuevamente sometidas a una operación para evitar cuadros más complejos y/o recidivas.²²

Para el estudio llevado a cabo se tomó en cuenta ciertos antecedentes clínicos como parte de las características de las pacientes. Con ello consideramos estos aspectos como variables intervinientes, las cuales nos permitieron diferenciar entre ambos grupos de pacientes. De acuerdo a la variable edad y la variable paridad se encontró diferencias significativas, siendo la mediana de edad y de números hijos mayor en las pacientes con diagnóstico de Prolapso Genital; hallazgos similares a lo encontrado por P Persson, J Brynhildsen, P Kjolhede-Suecia 2013²⁸ quienes también registran estas diferencias en sus grupos de estudio.

Se ha evidenciado que, a diferencia de pacientes nulíparas, el riesgo relativo de presentar Prolapso Genital es de 8,4 para una mujer que ha tenido dos hijos y de 10.9 en mujeres con más de tres hijos.³⁵ Y con respecto a la edad se ha demostrado que en estados postmenopáusicos tras haber una disminución en los niveles de estrógenos se genera una reducción de contenido de colágeno del tejido genitourinario lo que predispone a las mujeres a padecer daños a nivel del suelo pélvico.³⁶

Respecto a la variable estreñimiento, en las mujeres sometidas a este estudio, se encontró que la frecuencia de este antecedente fue mayor siendo una variable significativa, lo cual diferiría de lo expuesto por Patrick Dallenbach, Isabelle Kaelin-Gambirasio, Jean-Bernard Dubuisson, Michel Boulvain -Suiza 2007³⁰ en cuyo estudio de casos y controles se encontró que esta variable resulto siendo no significativa en ambos grupos de pacientes ($p= 0.87$).

El resultado obtenido podría deberse a que las mujeres que sufren de estreñimiento crónico generan una mayor presión intraabdominal lo que generaría a largo plazo lesiones por estiramiento del nervio pudiendo, que conllevaría a la denervación de los músculos del piso pélvico teniendo como consecuencia la presentación de un Prolapso Genital.^{33,34}

En relación a la variable tipo de parto en nuestro estudio no se encontró diferencia significativa, no concordando de lo descrito por Adolf Lukanovic, Katarina Drazic – Eslovenia 2010 ²⁹ quienes muestran que es su grupo estudio y su grupo control hubo diferencias significativas en aquellas pacientes con antecedente de parto vaginal ($p =0.007$) y con antecedente de cesárea ($p=0.021$).

De acuerdo a las principales variables en estudio, Histerectomía Subtotal y Prolapso Genital se encontró que la frecuencia de pacientes sometidas a esta intervención quirúrgica y con el posterior diagnóstico de esta patología fue de 32.7% en comparación a un 72.6% de mujeres que presentaron Prolapso Genital sin contar con este antecedente quirúrgico; similar al estudio realizado por Lee A. Learman, Robert L. Summitt, Edward Varner- Estados Unidos 2003³¹ que dentro de su grupo de estudio conformado por 135 mujeres, 1.6% de ellas presentaron Prolapso Genital siendo anteriormente sometidas a Histerectomía Subtotal y un 3.2 % de estas pacientes con Prolapso Genital no tuvieron dicha intervención, observándose menor incidencia de esta patología con antecedente de Histerectomía Subtotal.

El hecho que las pacientes sometidas a Histerectomía Subtotal presenten pocos efectos o complicaciones a corto o largo plazo, se debe a que dicha técnica quirúrgica tiende a generar menor incidencia de daño vesicouretral y/o genital, puesto que al preservar intactos los ligamentos uterosacros y cardinales generan que haya adecuado soporte del suelo pélvico, lo que permite que las mujeres posteriormente no presenten síntomas relacionados a estas estructuras e incluso ni la presencia de infecciones.³²

V. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de Prolapso Genital en pacientes con antecedente quirúrgico de Histerectomía Subtotal fue de 32,7%.
2. La frecuencia de Prolapso Genital en pacientes no intervenidas a Histerectomía Subtotal fue de 72.6%
3. La Histerectomía Subtotal no es un factor de riesgo asociado a Prolapso Genital en las pacientes atendidas en el Hospital Albrecht de Trujillo.
4. La paridad y estreñimiento son factores de riesgo para presentación de Prolapso Genital.

VI. RECOMENDACIONES

1. La asociación entre estas variables de estudio debe tenerse en cuenta como base para generar estrategias preventivas y de seguimiento para así reducir la aparición de Prolapso Genital en las mujeres de nuestro medio.
2. Al obtener en el presente estudio resultados que no validen la hipótesis planteada, se recomienda la realización de más estudios sobre esta patología y sus factores asociados, para de esta manera tener más conocimiento de su aparición y evolución en los diferentes casos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dra. Bárbara Yumila Noa Pelier, Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres, Dr. José Ángel García Delgado. Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016
2. G. Giraudet, J.-P. Lucot, J.-F. Quinton, M. Cosson. Prolapsos genitales. EMC - Ginecología-Obstetricia. Volumen 53, Capitulo 1. Marzo 2017. 1-18
3. Shivani Shah M.D y Matthew J. Fagan M.D. Pelvic Organ Prolapse. Ferri's Clinical Advisor. 2019. 1040-1042
4. Carolina Narcisca Chavez Ruiz. Factores de riesgo y complicaciones del Prolapso Genital, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo. Universidad de Guayaquil. Mayo 2017.
5. Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Joseph I. Schaffer. Williams Ginecología. Vol 1. 2 ed. Mexico: Mcgraw-Hill Interamericana; 2014
6. Cheryl B. Iglesia and Katelyn R. Smithling. Pelvic Organ Prolapse. Georgetown University School of Medicine. Washington. 2017
7. Chendrimada Kaveriappa Madhu, Hashim Hashim. Surgery for Pelvic Organ Prolapse. Southmead Hospital, North Bristol NHS Trust, Bristol, UK. European Urology Supplements. 2018.119 – 125.
8. MSc. Lic. Yahima Abreu Pérez, MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams, MSc. Dra. Alina Alerm, González, MSc. Dr. José Ángel García Delgado. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación .2016.
9. Jason Cooper & Manjula Annappa & Davina Dracocardos & Wendy Cooper & Sara Muller & Christian Mallen. Prevalence of genital prolapse symptoms in primary care: a cross-sectional survey. The International Urogynecological Association. 2014.

10. José Eduardo Silva Delgado. Características Epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas de Prolapso de Órgano Pélvico en la “Unidad Municipal de Salud Sur”. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2016.
11. Jordy Jean Pierre Rodríguez Paredes. Correlación entre el índice de masa corporal y el grado de prolapso de órganos pélvicos. Universidad Nacional de Trujillo. 2017.
12. Polina Schwarzman, Eyal Sheiner, Dorit Paz, Ruslan Sergienko, Asnat Walfisch. Pelvic Organ Prolapse: The role of obstetrical history. American Journal of Obstetrics & Gynecology.2019.
13. Franklin J. Espitia de la Hoz. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Revista Colombiana de Urología.2015.
14. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Hysterectomy .2018.
15. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. The Cochrane Collaboration.2015.
16. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. No. 377- Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications.2019.
17. Gabriel Francisco Aleixo, MD.; Marcelo C.M. Fonseca, M.D; Maria A.T. Bortolini, M.D; Luiz Gustavo O. Brito, M.D.; and Rodrigo A. Castro, M.D. Total versus subtotal hysterectomy: systematic review and meta-analysis of intraoperative outcomes and postoperative short-term events. Sao Paulo. 2019.
18. Innie Chen, Michelle R. Wise, Sheila Dunn, Geoffrey Anderson, Naushaba Degani, Guylaine Lefebvre, Arlene S. Bierman. Social and Geographic Determinants of Hysterectomy in Ontario: A Population-Based Retrospective Cross-Sectional Analysis. University of Ottawa.2017.

19. Farhat YUSUF, Stephen LEEDER and Andrew WILSON. Recent estimates of the incidence of hysterectomy in New South Wales and trends over the past 30 years. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2016.
20. Mariña Naveiro Fuentes. *Complicaciones de la Histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores*. Universidad de Granada. 2018.
21. Jessica Reyes Reyes. *Complicaciones Post Quirúrgica de la Histerectomía*. Universidad de Guayaquil. 2018.
22. Julia C. Radosa, MD, Gabriele Meyberg-Solomayer, Christina Kastl, MD, Christoph G. Radosa, MD, Russalina Mavrova, MD, Stefan Gräber, Sascha Baum, MD, and Marc P. Radosa. Influences of Different Hysterectomy Techniques on Patients' Postoperative Sexual Function and Quality of Life. *International Society for Sexual Medicine*. 2014.
23. Thakar, R., Ayers, S., Clarkson, P., Stanton, S., & Manyonda, I. (2002). Outcomes after Total versus Subtotal Abdominal Hysterectomy. *New England Journal of Medicine*, 347(17).
24. Altman, D., Falconer, C., Cnattingius, S., & Granath, F. (2008). Pelvic organ prolapse surgery following hysterectomy on benign indications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(5), 572.e1–572.e6.
25. Lea L. Andersen, Lars M. Alling Møller, Helga M. Gimbel. Objective comparison of subtotal vs. total abdominal hysterectomy regarding pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a randomized controlled trial with 14-year follow-up. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015.
26. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

27. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N. N°007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.
28. P Persson, J Brynhildsen, P Kjolhede. Pelvic organ prolapse after subtotal and total hysterectomy: long-term follow-up of an open-label randomized controlled multicenter study. Suecia.2013
29. Adolf Lukanovic, Katarina Drazic. Risk Factors for Vaginal Prolapse after Hysterectomy. Eslovenia.2010.
30. Patrick Dallenbach, Isabelle Kaelin-Gambirasio, Jean-Bernard Dubuisson, Michel Boulvain. Risk Factors for Pelvic Organ Prolapse Repair After Hysterectomy. Suiza.2007.
31. Lee A. Learman, Robert L. Summitt, Edward Varner. A Randomized Comparison of Total or Supracervical Hysterectomy: Surgical Complications and Clinical Outcomes. Estados Unidos. 2003.
32. A. A. A. Ewies, K. S. J. Olah. Subtotal abdominal hysterectomy: a surgical advance or a backward step. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. November 2000.
33. Antonio J. García López. Prolapso de órganos pélvicos. Medellín. Marzo. 2002.
34. Rebecca G Rogers, MD, Tola B Fashokun, MD. Pelvic organ prolapse in women: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management. Estados Unidos .2020.
35. J Eric Jelovsek, Christopher Maher, Matthew D Barber. Pelvic organ prolapse. March.2007.
36. Andrea Tinelli, Antonio Malvasi, Siavash Rahimi. Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. Italy.2010.

ANEXOS

ANEXO N°1

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

N° HISTORIA CLINICA:

I. DATOS GENERALES:

Procedencia:

II. VARIABLE INDEPENDIENTE:

- HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUBTOTAL: SI () NO ()

III. VARIABLE DEPENDIENTE:

- DIAGNOSTICO DE PROLAPSO GENITAL: SI () NO ()

IV. VARIABLES INTERVINIENTES

- TIPO DE PARTO: CESAREA () VAGINAL ()

- PARIDAD:

- ESTREÑIMIENTO: SI () NO ()

- EDAD: