

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “MANUEL
HUAMÁN GUERRERO”



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL DE
ÓRGANOS PÉLVICOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL PERIODO DE
ENERO-DICIEMBRE 2018

PRESENTADO POR LA BACHILLER
CLAUDIA FERNANDA VALENCIA CHIÓN

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO
DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH. D., MCR, MD

ASESOR DE TESIS

LIMA, PERÚ

2020

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a cada uno de los docentes de la universidad Ricardo Palma, en especial al profesor Willer Chanduvi y al dr. Dante Quiñones por sus consejos y compromiso para ayudarme a elaborar esta tesis.

Al personal del Hospital Militar Central, quienes me facilitaron el acceso a los datos utilizados en esta investigación.

Y en especial, agradezco a la Mg. Lucy E. Correa y a mi asesor Dr. Jhony De La Cruz Vargas por su apoyo incondicional y motivación para culminar este trabajo.

DEDICATORIA

*A Dios por permitirme
culminar mis estudios.*

*A mis padres y a mi hermana
Fiona que siempre me
apoyaron y que además, son
mi ejemplo a seguir.*

*A mis amigos, quienes me
acompañaron a lo largo de
esta trayectoria.*

*A cada docente por sus
palabras y consejos
transmitidos.*

RESUMEN

Introducción: Se conoce como distopia genital al descenso de un órgano pélvico (útero, cúpula vaginal, recto o vejiga) a través del canal vaginal producido por el relajamiento de las estructuras de soporte del suelo pélvico. Se estima que, en Perú el prolapso genital de órganos pélvicos femeninos puede llegar a presentarse hasta en el 33% de las mujeres. **Objetivo:** Determinar cómo los factores de riesgo se asocian a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central. **Métodos:** El diseño de investigación fue observacional, cuantitativo, analítico, retrospectivo y, de tipo casos y controles; siendo los casos las mujeres con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos atendidas en el Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero a Diciembre 2018. Se calcularon los OR con sus respectivos IC95% con el software estadístico SPSS. **Resultados:** De las 160 pacientes estudiadas, la media de los casos fue de 65,1 años \pm 15,1 y de los controles de 56,2 años \pm 21,6. En el análisis multivariado se encontró que el prolapso de órganos genital de órganos pélvicos estuvo asociado con el antecedente de parto vaginal (OR=3.15; IC 1.36-7.31), la edad mayor de 42 años (OR=6,09; IC 1,65-22,47), y la multiparidad (OR=10.93; IC: 4.27-27.96). **Conclusiones:** El antecedente de parto vaginal, la edad y la multiparidad son factores de riesgo para que las mujeres presenten prolapso genital de órganos pélvicos.

Palabras clave: (DeCS): Prolapso de órganos pélvicos, Factores de Riesgo, Paridad, Obesidad

ABSTRACT

Introduction: Genital dystopia is known as the descent of a pelvic organ (uterus, vaginal dome, rectum or bladder) through the vaginal canal produced by the relaxation of the pelvic floor support structures. It is estimated that in Peru the genital prolapse of female pelvic organs can occur in up to 33% of women.

Objective: To determine the risk factors for genital prolapse of pelvic organs in patients treated at the Central Military Hospital.

Methods: The research design was observational, quantitative, analytical, retrospective and, of cases and controls type; being the cases the women with diagnosis of pelvic organ prolapse in the Gynecology Service at the Central Military Hospital during the period from January to December 2018. The ORs were found with their respective 95% CI and the statistical evaluation was performed with the statistical software SPSS.

Results: Of the 160 patients studied, the average of the cases was 65.1 years \pm 15.1 and of the controls 56.2 years \pm 21.6. In the multivariate analysis it was found that the prolapse of the genital organs of the pelvic organs was associated with the history of vaginal delivery (OR = 3.15; CI 1.36-7.31), the age over 42 years (OR = 6.09; CI 1, 65-22.47) and multiparity (OR = 10.93; CI: 4.27-27.96).

Conclusions: The history of vaginal delivery, age and multiparity are risk factors for women to have pelvic organ prolapse.

Keywords: (DeCS): Pelvic Organ Prolapse, Risk Factors, Parity, Obesity

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital de órganos pélvicos (POP), es un trastorno en el que uno o más de los órganos pélvicos caen de su posición normal. Estas son causadas por una lesión en los músculos o tejidos que sostienen los órganos pélvicos e involucra distintos aspectos como físicos, psicológicos, emocionales, y de pareja, representando una condición muy común entre las mujeres peruanas.

La causa principal de esta lesión es el embarazo y el parto, especialmente el parto vaginal. Otras causas incluyen cirugía pélvica previa, menopausia y envejecimiento; por lo que se le considera una patología multifactorial.

Muchas mujeres con prolapso experimentan síntomas que afectan las actividades diarias, la práctica sexual y el ejercicio físico, llegando así a tener un gran impacto perjudicial en la imagen corporal y sexualidad de las personas.

Además, dentro de las condiciones asociadas encontramos a la pérdida o retención de orina, problemas para la evacuación intestinal, que se acompañan de otros síntomas como el dolor, sensación de pesadez, sensación o inclusive una masa que sobresale de la vagina, llegando a afectar negativamente la calidad de vida de la persona.

La tendencia creciente de este problema se debe al incremento de la longevidad femenina, no solo afectando enteramente a la persona; como su autoestima, la realización de sus actividades cotidianas y expectativas de vida, sino que también se vuelve un problema social cuando afecta los lazos familiares, las relaciones interpersonales y el trabajo.

Índice

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIA.....	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.4. DELIMITACION DEL PROBLEMA:.....	12
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2. BASES TEÓRICAS.....	19
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	30
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	32
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	32
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN	32
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	34
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	37

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	38
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	38
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	39
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
5.1. RESULTADOS	40
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	48
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	59

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce como distopia genital al descenso de un órgano pélvico (útero, cúpula vaginal, recto o vejiga) a través del canal vaginal producido por el relajamiento de las estructuras de soporte del suelo pélvico. ¹

A nivel mundial, el prolapso genital es un problema muy común que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76% de la población femenina general.²

En Estados Unidos, la distopia genital femenina alcanza a ser entre el 7,5-13% de las histerectomías¹, mientras que, en Perú, según la Guía de práctica clínica y de procedimientos en ginecología del departamento de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal, representa el 13% de las histerectomías en todos los grupos de edad.²

Se estima que, en Perú el prolapso genital de órganos pélvicos femeninos puede llegar a presentarse hasta en el 33% de las mujeres, convirtiéndose en una de las principales indicaciones de cirugía ginecología, ya que a su vez el 33% de estas serán sometidas a una intervención quirúrgica para reparar el defecto. ^{2,3}

Cuando se clasifica según el tipo de prolapso, el de grado II resulta ser más frecuente, seguido del grado III (50,4% vs. 46,7%). La edad promedio se considera a los 55 años.⁴

Sin embargo, diversos autores opinan que se encuentra infradiagnosticado, debido a la inconsistencia de los síntomas, así mismo, porque no es causa de consulta hasta que el prolapso haya superado el plano de la vulva o se halle una masa prominente en la vagina, es por esto que se cree que llega a presentarse hasta en el 50% de las mujeres multíparas. ^{2,5}

Aproximadamente la mitad de los prolapsos (44-56%) se asocia con incontinencia urinaria de esfuerzo⁴

La etiología de esta patología se considera multifactorial, sin embargo, el principal factor que aumenta el riesgo de padecerla entre 4 a 11 veces más, es el antecedente de parto vaginal.⁶

También se observa que, a mayor paridad, se correlaciona con tipos más avanzados de prolapso genital; esto se debe a que en un parto prolongado o precipitado no se produzca el relajamiento de las estructuras pélvicas.⁴

Otro factor frecuentemente descrito es la edad ya que el número de cirugías realizadas aumenta a medida que la mujer alcanza la menopausia⁵, llegando a ser el 11% de cirugías en mujeres de 80 años.¹ así mismo, se estima que el riesgo de tener una intervención por esta causa alcanza el 30%. Es considerada un factor que favorece esta patología debido a que, a mayor edad, se produce la relajación del tono muscular del piso pélvico y la reducción del tamaño del útero.^{4,7}

También encontramos otros factores de riesgo modificables como el sobrepeso, el estreñimiento, procesos bronquiales crónicos como el asma, bronquitis crónica o bronquiectasia), levantar cargas pesadas en forma repetitiva (esfuerzos violentos físicos) y no modificables como la raza, ya que es más frecuente en raza negras y poblaciones indias; la multiparidad, el hipoestrogenismo, trauma, colagenopatías, factores genéticos y cirugías previas que hayan producido disrupción del soporte natural.^{4,6}

Sin embargo, estos factores de riesgo han sido establecidos en otras poblaciones distintas a la nuestra, por lo antes expuesto, se sabe que no hay suficiente información respecto a este tema en nuestra población, recae ahí la importancia del presente estudio para el reconocimiento de aquellas variables que pueden influir y que aún no han sido exploradas en su totalidad en las población de mujeres peruanas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En razón de todo lo expresado, nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cómo los factores de riesgo se asocian a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero - diciembre 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Médica: En el ámbito médico, es importante evaluar la asociación de los factores de riesgo asociados a prolapso genital de los órganos pélvicos, debido a la alta prevalencia de esta en la población femenina, especialmente en las mujeres posmenopáusicas, ya que se estima que 9 de cada 10 mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida, sin embargo, solo el 10% se basa en el hallazgo de una masa que protruye por la vagina, siendo una enfermedad infradiagnosticada, que a su vez, puede acompañarse de otras condiciones asociadas como la incontinencia urinaria; y fecal, además, muchas mujeres la consideran parte normal del envejecimiento, conllevando a la disminución de la calidad de vida. ⁷

Epidemiológica: En el Perú y América Latina, la información que se encuentra respecto al grado de asociación entre prolapso y sus factores de riesgo es escasa. Actualmente, existen pocos estudios en el país que describan la incidencia, prevalencia y condiciones asociadas al prolapso de órganos pélvicos. Se pretende que este estudio sirva además como referencia para otros casos de análisis de factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del prolapso y puedan usarlo como guía para analizar otros grupos de estudio en diferentes instituciones de salud. Además de obtener datos estadísticos que muestren cual es la asociación entre los factores de riesgo y el prolapso.

1.4. DELIMITACION DEL PROBLEMA:

El presente trabajo se encuentra dentro de la matriz de prioridades regionales y nacionales de investigación en salud del Ministerio de Salud, Perú 2018 – 2021 como problema sanitario: Salud Materna, perinatal y neonatal. Además, se encuentra ubicado dentro de la línea de investigación nacional por enfocarse en un tema de promoción y prevención de salud. Ha sido desarrollado en el contexto del V CURSO - Taller de titulación por tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma y se llevó a cabo en pacientes mujeres que acudieron al Servicio de Ginecología del hospital Militar Central en la ciudad de Lima durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo los factores de riesgo se asocian a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero-Diciembre 2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la asociación entre el antecedente de parto vaginal y el prolapso genital de órganos pélvicos.
2. Determinar la asociación entre la edad y el prolapso genital de órganos pélvicos.
3. Determinar la asociación entre la obesidad y el prolapso genital de órganos pélvicos.

4. Determinar la asociación entre la multiparidad y el prolapso genital de órganos pélvicos.
5. Determinar la asociación entre el tabaquismo y el prolapso genital de órganos pélvicos

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Rodrigues Moura A, Maria de Oliveira L, de Falco Martins K, Del Roy C, Ferreira Sartori M, Batista Castello Girão M, et al (Brasil, 2009) en el artículo “Factores de riesgo para o prolapso genital em uma população brasileira” que tenía como objetivo evaluar los factores de riesgo para el desarrollo de prolapso genital, realizaron un estudio de casos y controles con una muestra de 107 pacientes y encontraron que el haber tenido al menos un parto vaginal presenta un OR=7,22; IC 95% (1.84-28.27), la historia familiar de prolapso tiene un OR= 2,27, IC95% = 1,04-4.9, y el IMC mayor a 27 tenía un OR=1,08; IC95% (1,0-1,1). Mientras que encontraron al antecedente la cesárea como un factor protector con un OR=0.43 IC95% (0,24-0,78).⁸

Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. (Francia, 2011) en el estudio “Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors” que tenía como objetivo estimar los factores de riesgo asociados a prolapso sintomático de órganos pélvicos, realizó un estudio transversal, con una muestra de 3114 mujeres entre los 50 y 60 años, determino que la prevalencia del prolapso sintomático fue del 3.6% y las cirugías realizadas estuvieron presentes en el 2.7%. Así mismo, la frecuencia de los síntomas de prolapso se asociaron con una puntuación de calidad de vida más baja y que los factores significativamente más asociados a prolapso fueron el alto índice de masa corporal IC 95% 0.20 (0.05–0.36) y el número de partos vaginales donde 1 parto vaginal tenía un OR de 1.89 (0.91–3.96), 2 partos tenía un OR de 2.49 (1.23–5.03), 3 partos 3.61 (1.68–7.76) mientras que la cesárea tenía un OR de 0.75 (0.20–2.81).⁹

Benites C. (Ecuador, 2014) en su tesis “Factores de riesgo asociados a prolapso genital total en pacientes atendidas en Hospital Abel Gilbert Pontón entre enero del 2012 a marzo 2014” que tenía como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al prolapso genital total, realizó un estudio de tipo casos y controles de 232 pacientes. Encontró que la macrosomía fetal tenía un OR de 1.75 (p de 0.003), partos vaginales OR 1.35 (p de 0.04), cesáreas OR 0.87 (p de 0.035) y multiparidad OR 1.21 (p de 0.043). Concluyendo que la cesárea fue un factor protector mientras que la macrosomía fetal, los partos vaginales y la multiparidad fueron los factores de riesgo para el prolapso.¹⁰

Espitia de la Hoz F. (Colombia, 2015) en el estudio “Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles” que tenía como objetivo estudiar los factores de riesgo y la prevalencia del prolapso, realizó un estudio de casos y controles, en 13824 mujeres, encontró que el 43% de las pacientes que tenían prolapso eran asintomáticas, el promedio de edad era entre los 57.6 años para los casos y 54.9 años para los controles; el promedio de embarazos fue de 6.3+/-4.2; donde el 38% tenía más de 6 gestaciones. Concluyendo que las características de las pacientes eran mujeres de edad avanzada, multíparas y obesas; además se relacionaron al EPOC, diabetes, raza blanca, menopaúsicas, tabaquismo e histerectomía previa.⁵

Masenga G, Shayo B, Rasch V (Tanzania, 2018) en el estudio “Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse in Kilimanjaro, Tanzania: A population based study in Tanzanian rural community” realizó un estudio transversal en mujeres de 18 a 90 años, examinaron a 1047 mujeres, en las cuales se encontró que el transporte de objetos pesados durante más de 5 horas poseía un OR de 4.70; (IC del 95% 1.67–13.2).¹¹

Tineke F. M. Vergeldt & Mirjam Weemhoff, Joanna IntHout & Kirsten B. Kluivers (Nueva Zelanda, 2015) en su artículo “Risk factors for pelvic organ

prolapse and its recurrence: a systematic review” que tenía como hipótesis el prolapso de órganos pélvicos es de causa multifactorial, realizó una búsqueda sistemática en PubMed y Embase; estudiaron 30 factores de riesgo asociados a prolapso, de los cuales Paridad, parto vaginal, edad y masa corporal estaban significativamente asociados a prolapso.¹²

Rortveit G, Brown J, Thom D, Van Den S, Creasman J, Subak L (Estados Unidos, 2009) en su estudio “Symptomatic prolapse of the pelvic organs: prevalence and risk factors in a racially and diverse population-based community” realizaron un estudio en 2001 mujeres seleccionadas al azar, de las cuales el riesgo de prolapso aumentó significativamente en mujeres con un parto vaginal (OR 2,8, IC95% 1.1–7.2), dos partos vaginales (OR 4.1, 95% CI 1.8–9.5) y tres o más partos vaginales (OR 5.3, IC 95% 2.3–12.3) en comparación con mujeres nulíparas. El síndrome del intestino irritable con un OR de 2.8 (IC 95% 1.7–4.6), el estreñimiento con un 2.5 (IC 95% 1.7–3.7) y el estado de salud regular o deficiente auto informados con un 2.3 (IC 95% 1.1–4.9) se asociaron fuertemente con el prolapso, así mismo, las mujeres afroamericanas tenían menos probabilidades de reportar prolapso sintomático en comparación con las mujeres blancas (OR 0,4; IC del 95%: 0,2-0,8).¹³

CM Kim, MJ Jeon, DJ Chung, SK Kim, JW Kim, SW Bai (Japon, 2007) en su artículo “Risk factors for pelvic organ prolapse” que tenía como objetivo evaluar los factores de riesgo para el prolapso y determinar la relación entre estos, fueron estudiados en 244 pacientes y encontraron como resultado que la edad mayor de 70 años (OR= 15.99, 95% CI= 1.82–140.78, la paridad superior a 3 (OR = 5.56, 95% CI = 3.29–9.40 y la menopausia (OR = 7.84, 95% CI = 3.75–16.39 se asociaron significativamente con prolapso.¹⁴

Nygaard, I, Bradley C, Brandt D (Estados Unidos, 2004) en su estudio “Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors” que tenía como objetivo determinar la prevalencia e identificar los factores asociados a

prolapso, para ello se realizó un ensayo clínico con 270 participantes encontrando como resultados que las mujeres que poseían un nivel menor de educación (OR 2.16, IC 95% 1.10–4.24), paridad vaginal más alta (OR 1.61, IC 95% 1.03–2.50), bebés macrosómicos (OR 1.97, IC 95% 1.07–3.64) se asociaron con el prolapso.¹⁵

Antecedentes Nacionales

Tafur J. (Lima, 2018). En su tesis "Paridad, obesidad y edad avanzada como factores asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital Central F.A.P. durante el periodo Julio 2016 a Junio 2017" planteo como objetivo determinar la asociación de la edad avanzada, paridad, y la obesidad con el prolapso genital de órgano pélvico. Para ello realizo un estudio con 160 pacientes que fueron seleccionados aleatoriamente y agrupados en 80 casos y 80 controles. Los resultados encontrados fueron que la edad mayor de 60 años tiene una asociación con prolapso genital con OR 8.429 (IC 95% 4.144 – 17.144); también se encontró asociación con la paridad que presento un OR de 11.205 (IC 95% 3.740-33.568) y con la obesidad ya que presentaba un OR 7.697 (IC 95% 3.779 – 15.674). Se concluyó que la edad avanzada, la multiparidad y la obesidad son factores de riesgo para prolapso genital.¹⁶

Caffo Aguilar, R. (Trujillo, 2017). En la tesis "Paridad y tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes del servicio de ginecología del hospital regional docente de Trujillo. Julio - diciembre 2016" quien realizó un estudio analítico, de casos y controles con una muestra de 105 mujeres encontró que la frecuencia de mujeres con paridad mayor o igual a 2 con prolapso genital fue de 97.1% encontrando a la paridad como asociación con un OR de 13.6 (p = 0.0035, 95%: (0.941 – 8.040), y para el tipo de parto reporta un OR de 3.33 (p = 0.0219, IC: 95%: (1.148 – 9.675)¹⁷

Jorge F. (Huancayo, 2016). En su tesis “Frecuencia del trastorno de piso pélvico en pacientes del hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, Junio-Setiembre 2015” que tenía como objetivo determinar la frecuencia del trastorno del piso pélvico en pacientes mujeres de este hospital, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se utilizó el cuestionario de prolapso e incontinencia EPIQ. La muestra fue 100 pacientes elegidas utilizando muestreo por conveniencia. Los resultados obtenidos fueron que el 80% de las mujeres evaluadas tenían entre 55-69 años; a mayor número de partos también aumento la frecuencia de esta patología. Las conclusiones fueron que las patologías que más se relacionan con el trastorno del piso pélvico son la incontinencia urinaria de esfuerzo y vejiga hiperactiva.¹⁸

Dionicio R (Lima, 2014) en su tesis “Factores de riesgo de distopia genital”, quien realizó un estudio de 200 casos y 200 controles encontró como los principales factores de riesgo a la edad mayor de 50 años ($p = 0.000$ and $OR = 6.1$), multiparidad vaginal ($p = 0.000$ and $OR = 26.3$), patología pulmonar, ($p = 0.000$ and $OR = 8.6$) y como factor protector, se encontró el antecedente de cirugía pélvica ($P = 0.005$ and $OR 0.4$)¹⁹

Rodríguez Paredes, J (Trujillo, 2017) en su estudio “Correlación entre el índice de masa corporal y el grado de prolapso de órganos pélvicos” realizó un estudio descriptivo correlacional en 155 historias clínicas, hallando que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el grado de prolapso y el IMC ($\gamma = -0,051$; $p = 0,661$).²⁰

Segura H (Trujillo, 2017) en su tesis “Asociación entre alteración de la densidad mineral ósea y severidad de prolapso de órganos pélvicos en mujeres postmenopáusicas del hospital Belén de Trujillo” realizó un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo en una muestra de 146 pacientes encontrando que la osteoporosis es un factor de riesgo asociado a la severidad del prolapso de órganos pélvicos en postmenopáusicas con un OR de 7.24 ($p < 0.05$) IC 95%: (1.42-12.48)²¹

2.2. BASES TEÓRICAS

Definición:

El prolapso genital se define como el descenso parcial o total de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto, esto se debe a un fallo en los medios de soporte que fijan estos órganos a la pelvis⁷.

Resulta ser una condición común, muchas mujeres con prolapso experimentan síntomas que afectan las actividades diarias, la función sexual y el ejercicio. La presencia de POP puede tener un impacto perjudicial en la imagen corporal y la sexualidad.^{22, 23}

Es muy probable que el impacto del prolapso en la atención de la salud se expanda, según las estimaciones de una prevalencia creciente en la creciente población de mujeres ancianas.²⁴

Los términos comúnmente usados para describir sitios específicos del prolapso genital femenino incluyen:²⁴

Prolapso del compartimento anterior: hernia de la pared vaginal anterior a menudo asociada con el descenso de la vejiga (cistocele)

Prolapso del compartimento posterior: hernia del segmento vaginal posterior, a menudo asociada con el descenso del recto (rectocele)

Enterocele: hernia de los intestinos a través de la pared vaginal.

Prolapso del compartimento apical (prolapso uterino o de la bóveda vaginal): descenso del vértice de la vagina hacia la parte inferior de la vagina, hacia el himen o más allá del introito vaginal. El vértice puede ser el útero y el cuello uterino, el cuello uterino solo o la bóveda vaginal, dependiendo de

si la mujer se ha sometido a una histerectomía. El prolapso apical se asocia a menudo con enterocele.

Procidencia uterina: hernia de los tres compartimentos a través del introito vaginal.

Anatomía del soporte pélvico

En las mujeres el apoyo anatómico de los órganos pélvicos se produce mediante una interacción entre los músculos del suelo pélvico y los accesorios de tejido conectivo a la pelvis ósea. ^{6, 24}

El musculo elevador del ano, formado por los músculos pubococcígeo, puborrectal e iliococcígeo, brinda un apoyo primario a los órganos pélvicos, confiriendo una base firme, aunque elástica, sobre la cual descansan. ²⁴

Las uniones fasciales endopélvicas denominadas ligamentos uterosacros y cardinales, estabilizan los órganos pélvicos en la posición correcta para que los músculos pélvicos puedan proporcionar un apoyo óptimo ^{6, 24}

Los niveles de soporte de los órganos pélvicos han sido clasificado en un sistema de tres niveles integrados de soporte vaginal, donde todos están conectados a través de una red continua de soporte de la fascia endopélvica:²⁵

Nivel 1: complejo del ligamento uterosacral / cardinal²⁴

Suspende el útero y la parte superior de la vagina hasta el sacro y la pared lateral pélvica lateral.

Representa las fibras verticales del paracolpio que son una continuación del complejo del ligamento uterosacro / cardinal que se inserta de forma variable en el cuello uterino y la vagina

En un estudio de resonancia magnética (RM) en mujeres asintomáticas, se encontró que los ligamentos uterosacros se originaban en el cuello uterino en el 33%, cuello uterino y vagina en 63% y vagina sola en 4%

La pérdida del soporte de nivel 1 contribuye al prolapso del útero y / o al ápice vaginal.

Nivel 2: uniones paravaginales ²⁴

A lo largo de la vagina hasta la fascia superior del músculo elevador del ano y la fascia de la pelvis del arco tendinoso (también conocida como "línea blanca").

La pérdida del soporte de nivel 2 contribuye al prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele).

Nivel 3: cuerpo perineal, membrana perineal y músculos perineales superficiales y profundos²⁴

Soportan el tercio distal de la vagina.

Anteriormente, la pérdida del soporte de nivel 3 puede dar lugar a hipermovilidad uretral.

Posteriormente, la pérdida del soporte de nivel 3 puede dar lugar a un rectocele distal o descenso perineal.

Suministro de nervios: la inervación de la región pélvica se deriva de los segmentos S2, S3 y S4 de la médula espinal, que se fusionan para formar el nervio pudendo; este inerva al esfínter anal externo, mientras que los elevadores, los músculos coccígeos y el diafragma urogenital parecen estar inervados por una conexión directa de las fibras nerviosas S2, S3 y S4. ²⁴

Prevalencia:

La prevalencia exacta es difícil de determinar ya que todavía no existe un sistema de clasificación universal para el diagnóstico, los estudios varían en porcentajes según si la población es sintomática o no. Se estima que entre el 3-11% de mujeres padecen esta enfermedad de manera sintomática y el tratamiento solo está indicado para este grupo poblacional.^{1, 11, 24}

Se cree que no se sabe con exactitud la verdadera prevalencia del prolapso ya que solo se consideran a las mujeres que tienen la enfermedad avanzada (pacientes que tienen sensación de bulto o que se puede evidenciar al examen clínico) ya que las asintomáticas no buscan atención médica.^{2, 5, 24}

Los defectos de la pared vaginal anterior (33%) fueron más comunes que los de la pared posterior (18%) o los defectos apicales (14%).⁷

En el estudio Women's Health Initiative, que utilizó un examen físico no validado para evaluar el soporte de los órganos pélvicos en las postmenopáusicas, las tasas de prolapso fueron del 41% para las mujeres con útero y del 38% para aquellas que tenían histerectomía.¹⁵

Factores de riesgo

Los factores de riesgo establecidos incluyen la elevada paridad, edad avanzada, obesidad e histerectomía. Las mujeres que presentan estreñimiento crónico, las que tienen trabajos que incluyen levantar peso en exceso, así mismo, las latinas y las de raza blanca tienen mayor riesgo de prolapso.^{5, 8, 9, 10, 12}

a) Paridad: El riesgo de prolapso aumenta con el número de paridad.^{4, 12, 15} Un estudio de cohorte prospectivo de más de 17,000 mujeres seguidas durante 17 años encontró que, en comparación con la nuliparidad, el riesgo de ingreso hospitalario por POP aumentó notablemente después del primer

parto (cuatro veces) y el segundo nacimiento (ocho veces).), y luego aumentó menos rápidamente para los nacimientos posteriores (tercero: nueve veces; cuarto: 10 veces)²⁶ Se cree que la lesión del nervio pudendo, durante el parto pueden ser responsables de la anomalía anatómica.²⁵

Así mismo un alto peso al nacer, una segunda etapa prolongada del parto y una edad materna menor de 25 años en el primer parto También se asocian a prolapso.²⁴ Sin embargo, el prolapso vaginal también puede ocurrir en una mujer nulíparas²⁷

Se ha planteado también que la cesárea podría disminuir en parte el riesgo de desarrollar posteriormente prolapso genital.⁸

Se considera que los trabajos de parto prolongados pueden causar daño neurológico por compresión o distensión. que la episiotomía rutinaria aumenta la ocurrencia de desgarros severos con aumento del hiato genital y debilitamiento del piso pelviano.^{4, 5}

b) Edad avanzada: los estudios epidemiológicos generalmente asocian un mayor riesgo de prolapso con la edad avanzada^{5, 8, 9, 10, 12}

En el estudio POSST, con una muestra de más de 1000 mujeres que se presentaron a un examen ginecológico de rutina, se evidencio el un aumento progresivo en la tasa de prolapso con el aumento de la edad; cada 10 años adicionales de edad confirió un mayor riesgo de prolapso del 40%.²⁸

c) Obesidad: las mujeres con sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25 a 29.9 kg / m²) y obesas (índice de masa corporal ≥ 30 kg / m²) tienen un mayor riesgo de prolapso de órganos pélvicos en comparación con sus compañeros de peso normal. (OR 1,36; IC del 95%: 1,20 -1.53 y OR 1.47, IC 95% 1.35-1.59, respectivamente)²⁹

Si bien el exceso de peso es un factor de riesgo para el desarrollo de prolapso, todavía es controvertido si la pérdida de peso resulta en la regresión del prolapso.²⁴

d) Raza y etnia: los datos sugieren que las mujeres afroamericanas tienen una menor prevalencia de POP sintomático que otros grupos raciales o étnicos en los Estados Unidos.^{11, 15} El riesgo en mujeres latinas y blancas fue de cuatro a cinco veces mayor que en mujeres afroamericanas¹¹

e) La presión intraabdominal elevada: el estreñimiento crónico parece ser un factor de riesgo debido al aumento repetitivos en la presión intraabdominal¹⁵ Otras afecciones como las neumopatías crónicas, el tabaquismo o el EPOC, estos último pueden causar una lesión por estiramiento en el nervio pudiendo.¹³

Existe un conflicto de datos con respecto a si el riesgo de prolapso aumenta en mujeres con ocupaciones que implican levantar objetos pesados²⁸ Se cree que las mujeres que son obreras tienen grados de prolapso mucho más grave que las otras categorías de trabajo.²⁴

f) Enfermedades del tejido conectivo o colágeno como el sd. de Ehlers-Danlos, extrofia de la vejiga contribuyen al prolapso, esto se explica en mujeres nulíparas con articulaciones hipermóviles que tienen una mayor prevalencia, esto se debe a que ellas metabolizan el colágeno de manera que hay menos colágeno tipo I (que es el que constituye los ligamentos, tendones, piel y huesos) y más colágeno tipo III (que predomina en tejidos distensibles, flexibles y de menor resistencia)²⁴

g) Antecedentes familiares: Existe un riesgo 2.5 veces mayor de prolapso en mujeres con antecedentes familiares de la afección y un riesgo de 80% de recurrencia en aquellas que tenían historia familiar positiva.³⁰

Clínica

La mayoría de mujeres son asintomáticas, sin embargo, los síntomas más comunes en las mujeres sintomáticas son sensación de presión pélvica, presión o profusión del tejido por la vagina. Así mismo, las mujeres con

prolapso tienen otros desordenes del piso pélvico que incluyen molestias urinarias, intestinales y sexuales.²⁴

El prolapso se ha considerado como una enfermedad progresiva, con un prolapso leve que conduce inexorablemente a una enfermedad más avanzada. Sin embargo, los datos sugieren que el curso es progresivo hasta la menopausia, después de lo cual el grado de prolapso puede seguir un curso de progresión y regresión alternas.²⁴

Pueden presentar clínica relacionados específicamente con las estructuras prolapsadas, como una protuberancia o presión vaginal o con síntomas asociados que incluyen disfunción urinaria, defecatoria o sexual.

La gravedad de los síntomas no se correlaciona bien con la etapa de prolapso³⁰ esto se debe a que están relacionados con la posición del paciente; a menudo son menos perceptibles en la mañana o mientras están en posición supina y empeoran a medida que avanza el día o cuando las mujeres están activas en posición vertical.²⁴

Síntomas de bulto o presión, donde el umbral anatómico para el prolapso sintomático parece ser el himen. La especificidad de los síntomas de bulto vaginal para predecir el prolapso más allá del himen es alta (99-100%); sin embargo, la sensibilidad es baja (16-35%) porque algunas mujeres con prolapso avanzado informan una ausencia de síntomas. Algunas mujeres pueden ver una protuberancia del prolapso más allá del introito, la protrusión de la vagina puede causar secreción crónica y / o sangrado por ulceración.²⁴

Síntomas urinarios: la pérdida de soporte de la pared vaginal anterior o el ápice vaginal puede afectar la función de la vejiga y / o la uretra. Los síntomas de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) a menudo coexisten con el prolapso en estadio I o II³¹ A medida que avanza el prolapso, las mujeres pueden experimentar una mejoría en la IUE, pero aumentan las dificultades para orinar. El prolapso anterior o apical avanzado, el prolapso puede "torcer" la uretra, lo que da como resultado síntomas de vaciamiento obstruido, como

un flujo lento de orina, la necesidad de cambiar de posición o reducir (entablillar) manualmente el prolapso para orinar, una sensación de incompleta Vaciado y, en casos raros, retención urinaria completa. Las mujeres con POP tienen un riesgo de dos a cinco veces mayor de síntomas de vejiga hiperactiva (urgencia, incontinencia urinaria de urgencia, frecuencia) en comparación con la población general. Los datos se mezclan con respecto a si el sitio anatómico (apical, anterior, posterior) y la severidad del prolapso se correlacionan con la presencia de tales síntomas. Además, algunas mujeres con POP experimentan enuresis o incontinencia con las relaciones sexuales.²⁴

Síntomas de defecación: son más frecuentes en las mujeres con prolapso de órganos pélvicos en comparación con la población general. La disfunción defecatoria afecta al 24 a 52% de las personas con prolapso de órganos pélvicos. Dos de los síntomas más comunes asociados con el prolapso son el estreñimiento y el vaciado incompleto. Otros síntomas defecatorios incluyen la urgencia fecal, la incontinencia fecal (pérdida accidental del intestino) y los síntomas obstructivos [por ejemplo, esfuerzo o la necesidad de aplicar presión digital a la vagina o el perineo (férula) para evacuar completamente]; algunas mujeres reportan incontinencia fecal durante las relaciones sexuales. Los síntomas defecatorios pueden estar presentes en mujeres con cualquier sitio anatómico de prolapso, aunque tienden a encontrarse más comúnmente asociados con defectos posteriores o apicales.²⁴

Efectos sobre la función sexual: el prolapso no parece estar asociado con una disminución del deseo sexual o con dispareunia. Algunas mujeres informan que evitan la actividad sexual debido al temor a la incomodidad o la vergüenza asociada con el POP, en particular las que tienen incontinencia urinaria o fecal durante la actividad sexual.²⁴

Prevención

Las estrategias de prevención del prolapso no han sido ampliamente estudiadas. Aunque el parto vaginal está asociado con un mayor riesgo de prolapso, no está claro si el parto por cesárea prevendrá la aparición de prolapso.²⁴

Intervenciones como la pérdida de peso, el tratamiento del estreñimiento crónico y la evitación de trabajos que requieren levantar objetos pesados son intervenciones potenciales para evitar el desarrollo o la progresión de POP y merecen una mayor investigación.²⁴

Diagnostico

La POP se diagnostica mediante examen pélvico. Un historial médico también es importante para provocar síntomas asociados con el prolapso, ya que el tratamiento generalmente está indicado solo para el prolapso sintomático. Desde su introducción en 1996 y la adopción por parte de la Society of Gynecologic Surgeons, American Urogynecologic Society y International Continence Society, el sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (POPQ) se ha convertido en el sistema de estadificación de prolapso más utilizado.²⁴

La clasificación del compartimento prolapsado ayuda a guiar la planificación del tratamiento quirúrgico. Para los pacientes con síntomas de bulto grave pero en quienes el examen físico revela poco o ningún prolapso, las imágenes pueden ser útiles para delinear mejor la presencia de un enterocele o intususcepción.²⁴

Tratamiento

Las mujeres con prolapso sintomático pueden ser tratadas mediante manejo conservador como los pesarios vaginales y ejercicios de los músculos del piso pélvico; o ser tratadas con cirugía. El tratamiento no está indicado en mujeres con prolapso asintomático.²⁴

El tratamiento está indicado para mujeres con síntomas de prolapso o afecciones asociadas (disfunción urinaria, intestinal o sexual). La micción obstruida, la defecación o la hidronefrosis debido al retorcimiento ureteral crónico son todas indicaciones para el tratamiento, independientemente del grado de prolapso.²⁴

El tratamiento se individualiza de acuerdo con los síntomas de cada paciente y su impacto en su calidad de vida.²⁴

Las mujeres con prolapso sintomático pueden manejarse de forma expectante o ser tratadas con terapia conservadora o quirúrgica. Deben ofrecerse opciones de tratamiento tanto conservador como quirúrgico.²⁴

La elección del tratamiento depende de las preferencias del paciente, así como de la capacidad de cumplir con un tratamiento conservador o de tolerar la cirugía. Algunos datos sugieren que la edad, el grado de POP medido por el descenso del borde anterior del prolapso, las puntuaciones de dolor pélvico preoperatorio y la cirugía de prolapso previa se asocian de forma independiente con las opciones de tratamiento.²⁴

El manejo expectante es una opción viable para las mujeres que pueden tolerar sus síntomas y prefieren evitar la cirugía.²⁴

Las mujeres con prolapso sintomático o asintomático que rechazan el tratamiento, particularmente en la etapa III o IV, deben ser evaluadas periódicamente para evaluar el desarrollo o empeoramiento de los síntomas y/o hallazgos urinarios o defecatorios.²⁴

La terapia conservadora es la opción de primera línea para todas las mujeres con POP, ya que el tratamiento quirúrgico conlleva el riesgo de complicaciones y recurrencia. Sin embargo, el prolapso suele ser un problema crónico y, en última instancia, muchas mujeres prefieren la cirugía a la terapia conservadora, ya que la cirugía exitosa no requiere un mantenimiento continuo.²⁴

Pesario vaginal: el pilar del tratamiento no quirúrgico para la POP es el pesario vaginal. Son dispositivos de silicona en una variedad de formas y tamaños, que soportan los órganos pélvicos. Aproximadamente la mitad de las mujeres que usan un pesario continúan haciéndolo en el término intermedio de uno a dos años. Los pesarios deben ser removidos y limpiados regularmente.²⁴

Ejercicios musculares del piso pélvico: el entrenamiento muscular del piso pélvico (PFMT, por sus siglas en inglés) parece dar como resultado mejoras en la etapa POP y los síntomas asociados a POP. **Terapia con estrógenos:** en la actualidad, no existen datos que respalden los estrógenos sistémicos o tópicos como terapia como tratamiento primario de POP.²⁴

Tratamiento quirúrgico: los candidatos quirúrgicos incluyen mujeres con prolapso sintomático que han fallado o rechazado el tratamiento conservador de su prolapso. Existen numerosas cirugías para prolapso que incluyen abordajes vaginales y abdominales con y sin materiales de injerto.²⁴

El pronóstico quirúrgico depende de la gravedad de los síntomas, la extensión del prolapso, la experiencia del médico y las expectativas del paciente. La cirugía se ha asociado tradicionalmente con una tasa de recurrencia / reoperación de hasta el 30 por ciento después de la cirugía inicial, y algunos centros informan reoperación en más del 50 por ciento de los pacientes que se han sometido a al menos dos procedimientos quirúrgicos previos para el prolapso.²⁴

Mujeres embarazadas: las mujeres pueden presentar nuevos síntomas o una exacerbación de POP durante el embarazo. Estas mujeres son manejadas de manera conservadora. ²⁴

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Prolapso genital de órganos pélvicos (POP): Es el descenso de un órgano pélvico (útero, cúpula vaginal, recto o vejiga) a través del canal vaginal producido por el relajamiento de las estructuras de soporte del suelo pélvico.

Edad: Edad cronológica en años cumplidos en la historia clínica, se considera una persona de edad avanzada a partir de los 60 años según definición dada por el MINSA.

Antecedente de parto vaginal: Parto que se desarrolla con total normalidad, por las vías naturales y sin exigir intervención instrumental.

Primíparas: Aquellas mujeres que solo han tenido 1 parto.

Múltiparas: Aquellas mujeres con 2 a más partos.

Obesidad: Es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se calcula para los adultos con la fórmula índice de masa corporal = masa (Kg)/estatura² (m²)., puede ser clasificado en los siguientes grados:

Obesidad Tipo I, cuando el IMC se ubica entre 30.0 y 34.9.

Obesidad Tipo II, cuando el IMC se ubica entre 35.0 y 39.9.

Obesidad Tipo III (extrema), cuando el IMC se ubica en más de 40.0

Fumadora: Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. Dentro de este grupo se puede diferenciar:

Fumador Diario Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.

Fumador Ocasional Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se lo debe considerar como fumador

Incontinencia urinaria: Cualquier pérdida involuntaria de orina

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

General

Existen factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero-Diciembre 2018.

Hipótesis Específica

- H1: El factor de riesgo antecedente de parto vaginal está asociado a prolapso genital de órgano pélvico
- H2: El factor de riesgo edad está asociado a prolapso genital de órgano pélvico
- H3: El factor de riesgo obesidad está asociado a prolapso genital de órgano pélvico
- H4: La multiparidad es un factor que está asociado a prolapso genital de órgano pélvico.
- H5: El tabaquismo es un factor que está asociado a prolapso genital de órgano pélvico.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

Variable dependiente:

Prolapso genital de órganos pélvicos

Variable independiente:

Parto vaginal.

Edad.

Obesidad.

Multiparidad.

Tabaquismo.

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación del presente estudio es de tipo observacional, cuantitativo, analítico, retrospectivo y, de tipo casos y controles.

- **Observacional**, por cuanto no existe intervención. Es decir, no se manipularon las variables, sólo se las observó.
- **Cuantitativo**, en razón a que se utilizaran datos recogidos del llenado de la hoja de recolección de datos y se estudió con métodos estadísticos posibles relaciones entre las variables expresadas numéricamente y es estadística inferencial, ya que utilizó la prueba de chi-cuadrado y OR
- **Analítico**, ya que se estudió y analizo la relación o asociación entre las 2 o más variables del estudio, en este caso la asociación entre los factores de riesgo (edad, tipo de parto, paridad, obesidad, tabaquismo e incontinencia urinaria) y el prolapso genital
- **Retrospectivo**: debido a que se utilizaron los datos del año anterior (Enero-Diciembre 2018)
- **Casos y controles**: porque se seleccionaron dos grupos de sujetos: un grupo llamado control, los cuales no tienen la enfermedad y otro grupo llamado casos en los cuales los sujetos si presentaron la enfermedad

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo son aquellas pacientes mujeres que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero-Diciembre 2018

Por la naturaleza de la investigación, la población bajo estudio quedó distribuido en dos grupos:

Definición de caso: aquellas pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Militar Central con el diagnóstico de prolapso genital de órgano pélvico.

Definición de controles: aquellas pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Militar Central sin el diagnóstico de prolapso genital de órgano pélvico.

La población de estudio está constituida por todas las pacientes mujeres con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero a Diciembre 2018 y en cuyas historias clínicas puedan definirse con precisión las variables de estudio

Se determinó la representatividad de la muestra mediante el cálculo del tamaño muestral y el tipo de muestreo.

Unidad de Análisis: Cada una de las pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Militar Central durante el periodo Enero-Diciembre 2018 y que cumplieron los criterios de selección correspondientes.

Unidad de Muestreo: Es la historia clínica de cada una de las pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Militar Central durante el periodo Enero-Diciembre 2018 y que cumplieron los criterios de selección correspondientes.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el calculador brindado por el curso de tesis.-Se seleccionó la opción de cálculo de tamaño muestral para estudios de tipo caso-control. Para ello se tomó como nivel de confianza al 95%, una potencial estadística del 80%, razón de controles por caso de 1.

El cálculo final de tamaño muestral ajustado con la prueba de Fleiss con corrección de continuidad fue de 160 pacientes, divididos en 80 casos (pacientes con diagnóstico de prolapso genital de órganos pélvicos) y 80 controles. (Pacientes sin el diagnóstico de prolapso genital de órganos pélvicos).

IGUAL NÚMERO DE CASOS Y CONTROLES	
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.3
ODSS RATIO PREVISTO	2.5
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ESTIMADA ENTRE LOS CASOS	0.52
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
VALOR Z PARA BETA	0.84
VALOR P	0.41
TAMAÑO DE MUESTRA	80

Se seleccionó a las pacientes que pertenecerían a los grupos de casos y control según la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

Criterios de Inclusión para los casos:

- Historias clínicas de pacientes mujeres con diagnóstico de prolapso genital de órganos pélvicos
- Edad mayor de 18 años

Criterios de Inclusión para los controles

- Historias clínicas de pacientes sin el diagnóstico de prolapso genital de órganos pélvicos.
- Edad mayor de 18 años

Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes mujeres con gestación actual.

Historias clínicas de cáncer de órgano pélvico.

Historias clínicas de nulíparas.

Historias clínicas que no cuentan con información completa y confiable.

4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

(Ver anexo 9)

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio se utilizó la información de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de prolapso genital de órgano pélvico del servicio de Ginecología del Hospital Militar Central durante el periodo Enero-Diciembre 2018 y que cumplieron con los criterios de selección correspondiente.

Lo primero que se realizó es una revisión en el sistema de registro de pacientes del Servicio de Ginecología, previa autorización del jefe de departamento de Ginecología y Obstetricia, para lo cual se presentó una solicitud correspondiente, se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes con prolapso genital de órgano pélvico que fueron atendidas durante el periodo Enero a Diciembre del 2018 y así mismo, se seleccionaron historias clínicas de pacientes atendidas sin prolapso durante el mismo periodo de tiempo; seleccionando así las pacientes que pertenecerían a los grupos de casos y control según la técnica de muestreo no probabilístico, por conveniencia.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se acudió a la Oficina de Estadística e Informática donde se identificó los números de las historias clínicas de las pacientes con el diagnóstico en estudio.

Se recogió los datos que proveen los factores de riesgo asociados a prolapso genital de órgano pélvico utilizando una ficha de recolección de datos diseñada por el autor, la cual constó de tres partes:

Datos personales

Presencia de prolapso de órgano pélvico

Factores de riesgo: edad, antecedente de parto vaginal, obesidad, multiparidad, tabaquismo e incontinencia urinaria.

Se continuó con el llenado hasta completar el tamaño muestral provisto para ambos grupos.

La base de datos se revisó minuciosamente para la detección de faltas de datos, mal llenado u otro factor que pudo alterar la integridad de los mismos. Posterior a la revisión, se contó con la revisión de un médico asesor y finalmente se procedió al análisis de los mismos.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron registrados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, posterior a ello, dicha Hoja fue sometida a un proceso de control de calidad que consistió en seleccionar 5 fichas de recolección de datos al azar y contrastar los datos con los registrados en la Hoja de cálculo para evitar la omisión o el ingreso de datos erróneos.

Respecto al plan de análisis, las variables cualitativas serán descritas mediante frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas serán analizadas según su

Normalidad y posteriormente descritas con medidas de tendencia central y dispersión según sea el caso.

En el análisis bivariado para determinar las diferencias significativas entre los grupos de categorías, se utilizó en el caso de variables cualitativas pruebas de chi cuadrado o test exacto de Fisher, y para variables cuantitativas las pruebas de t de student o U de Mann Whitney según sea el caso con un Intervalo de Confianza del 95% y un $p < 0.05$ significativo.

Posterior a ello, aquellas variables que demostraron diferencias significativas no debidas al azar fueron analizadas mediante el uso de regresiones logísticas utilizando como medida de riesgo el ODSS RATIO (OR).

El análisis de datos será realizado utilizando el programa estadístico SPSS Statidistics con licencia adquirida por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Para el presente estudio se cuenta con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Militar Central y de la Universidad Ricardo Palma, por ser un estudio de casos y controles, de tipo retrospectivo, en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; no fue necesario el consentimiento informado, así mismo, se tomara en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23) y la ley general de salud (Titulo cuarto: artículos 117 y 120).

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Para determinar los factores de riesgo que están asociados al prolapso genital de órganos pélvicos, se tomó una muestra de 160 pacientes que fueron atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero-Diciembre del 2018, de las cuales 80 fueron casos con diagnóstico de prolapso genital, y 80 controles.

Tabla 1. Características generales de las mujeres que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central. Enero-Diciembre 2018.

Variables	Casos (n=80)		Controles (n=80)		General (n=160)	
	n	%	n	%	n	%
Edad*	65,1 ± 15,1		56,2 ± 21,6		60,7 ± 19,1	
Obesidad	42	52.5	40	50.0	82	51.3
Tabaquismo	46	57.5	38	47.5	84	52.5
Incontinencia urinaria	37	46.3	12	15.0	49	30.6
Multiparidad	70	87.5	35	43.8	105	65.6
Parto vaginal	58	72.5	39	48.8	97	60.6
Cesáreas	22	27.5	41	51.3	63	39.4
Número de partos*	3,5 ± 1,5		1,6 ± 0,9		2,6 ± 1,5	

*media y desviación estándar

La edad promedio de las pacientes del grupo de los casos fue de 65,1 años con un rango de 40 a 90 años, y la edad promedio de las pacientes del grupo control fue de 56,2 años en con un rango de 18 a 92 años. Los casos presentaron no solo mayor edad promedio que los controles sino también mayor número de partos (3,5 en promedio comparado con 1,6 en promedio). Se observa también que el parto vaginal, la multiparidad, el tabaquismo y la incontinencia urinaria fue más frecuente en el grupo de casos que de controles.

Tabla 2. Análisis bivariado de los factores asociados a prolapso genital en mujeres que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central. Enero-Diciembre 2018.

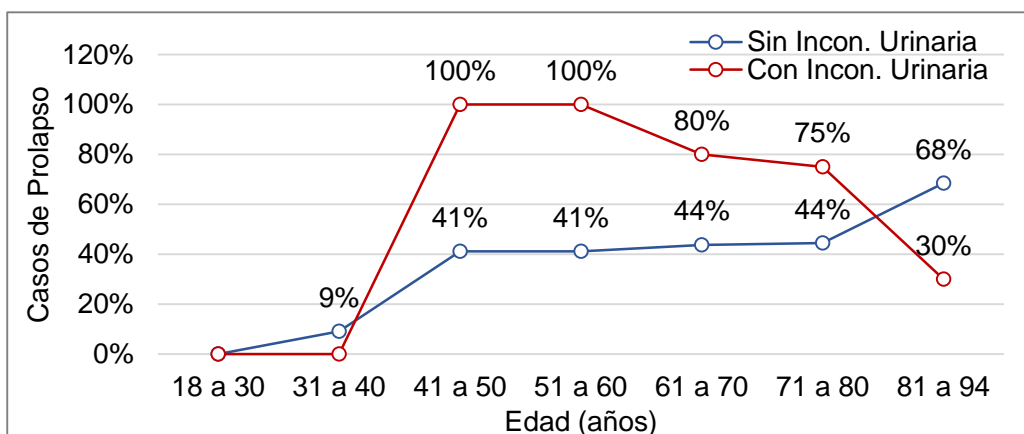
	Casos (n=80)		Control (n=80)		Total		OR	p valor
	n	%	n	%	n	%		
Edad (años)								
43 a 92	75	93,8	55	68,8	130	81,3	6,8	0,001
18 a 42	5	6,4	25	31,3	30	18,8		
Obesidad								
Sí	42	52,5	40	50,0	82	51,3	1,1	0,752
No	38	47,5	40	50,0	78	48,8		
Fuma								
Sí	46	57,5	38	47,5	84	52,5	1,5	0,205
No	34	42,5	42	52,5	76	47,5		
Incontinencia urinaria								

Sí	37	46,3	12	15,0	49	30,6	4,9	0,000
No	43	53,8	68	85,0	111	69,4		

De las características generales de las pacientes, Tabla 2, no se halló una asociación entre el prolapso ni con la obesidad ($p=0,752$) ni con el tabaquismo ($p=0,205$); y con respecto a la edad, ésta tuvo una asociación fuerte, indicando que las pacientes de edad mayores de 42 años fueron más frecuentes en el grupo de casos (93,8%) que en el grupo de controles (68,8%), es decir la edad sí es un factor de riesgo asociado al prolapso.

Al desglosar la edad en 2 categorías, se encontró que tuvo una asociación muy significativa con el prolapso ($p=0.001$), pues a medida que aumenta la edad aumenta el riesgo de prolapso, por ejemplo, en las menores de 42 años el 5% tuvo prolapso y este porcentaje aumentó a 75% entre las pacientes mayores de 43 años, obteniendo un OR de 6.8, lo que indica que existe 6,8 veces mayor riesgo de prolapso en aquellas pacientes cuyas edades están entre 43 y 92 años comparado con aquellas pacientes cuyas edades se encuentran entre 18 y 42 años.

Gráfico N° 1. Asociación entre la Incontinencia urinaria y el prolapso genital de órganos pélvicos en mujeres que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central. Enero-Diciembre 2018



En el Grafico N° 1 se observa el efecto que tiene la interacción de la edad y la incontinencia urinaria sobre la presencia de prolapso. De los 50 años hasta los 80 indudablemente la incontinencia urinaria es más frecuente entre las pacientes con prolapso (línea roja), pero pasados los 80 años de edad se invierten las tasas de prolapso.

Tabla 3. Características gineco-obstétricas en mujeres de edad avanzada que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central. Enero-Diciembre 2018.

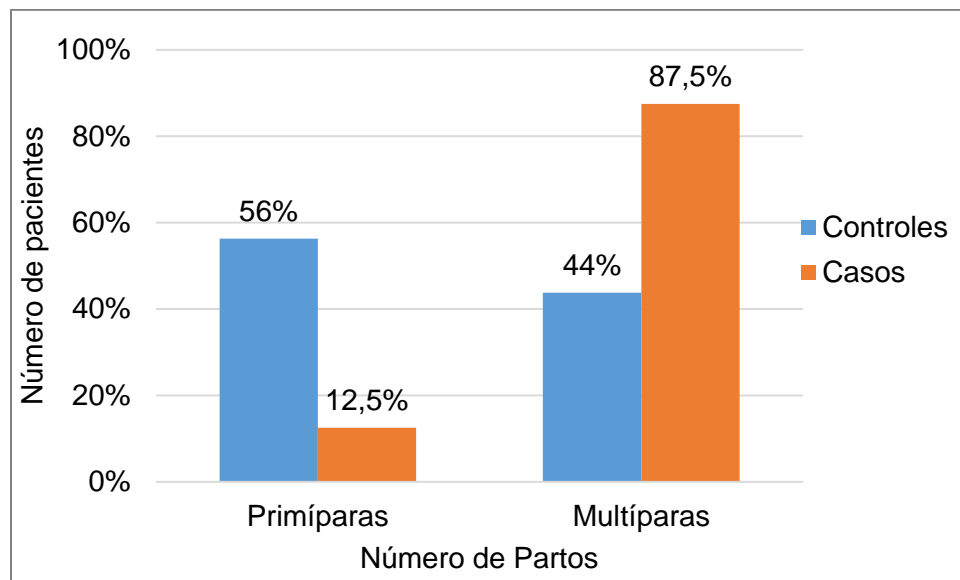
Factores	Casos		Controles		Chi cuadrado	p valor
	n	%	n	%		
Número de partos						
<i>De 1 a 2</i>	19	23,8	68	85,0		
<i>De 3 a 4</i>	43	53,8	11	13,8	61,771	<0,001
<i>De 5 a 7</i>	18	22,5	1	1,3		
Parto Vaginal						
<i>Si</i>	58	72,5	39	48,8	9,452	0,002
<i>No</i>	22	27,5	41	51,3		

De la Tabla 3, se observa que el número de partos resultó un factor fuertemente asociado al prolapso genital ($p < 0.001$), pues más de la mitad de pacientes con prolapso (casos) tuvieron entre 3 a 4 partos (53.8%), en cambio entre las pacientes sin prolapso (controles) solo el 13.8% tuvo de 3 a 4 partos.

Esta variable, número de partos, también puede ser expresada como multiparidad y también estuvo asociada con el prolapso, es decir, las multíparas tienen mayor riesgo de prolapso que las primíparas ($p < 0.001$).

El parto vaginal resultó un factor de riesgo asociado a prolapso genital, pues el 72.5% de pacientes con prolapso presentó parto vaginal, en cambio entre las pacientes sin diagnóstico de prolapso solo el 48.8% tuvo un parto vaginal, siendo esta diferencia porcentual muy significativa ($p = 0.002$).

Gráfico N°2. Asociación entre el número de partos y el prolapso genital de órganos pélvicos en mujeres que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central. Enero-Diciembre 2018.



Al cruzar la multiparidad con el diagnóstico de prolapso se encontró una asociación muy significativa entre ambas variables ($p < 0.001$). En el gráfico N°2, se observa que el 87.5% de casos de prolapso son multíparas, en cambio entre los controles ese porcentaje se reduce a 12.5%, esto indica que la multiparidad es un factor de riesgo de prolapso genital.

Hasta aquí en el análisis bivariado, hemos determinado en forma individual qué factores fueron significativos, sin embargo debemos averiguar cuál es el efecto conjunto o combinado de estos factores sobre el prolapso, por ejemplo tener un parto vaginal con lleva casi 3 veces más riesgo de prolapso que un parto por cesárea (OR=2.8, IC95%=1.4-5.7), pero este OR ¿no estará siendo influenciado por la edad u otro factor? Para deslindar este asunto se ha aplicado un modelo de regresión logística multivariado.

Tabla 4. Factores de riesgo según el análisis multivariado de prolapso genital de órganos pélvicos en mujeres que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central. Enero-Diciembre 2018.

Factores	OR ajustado	IC 95%
Edad		
<i>43 a 63</i>	6,09	1,65 - 22,47
<i>18 a 42</i>	1,00	
Tipo de parto		
<i>Vaginal</i>	3,15	1,36 - 7,31
<i>Cesárea</i>	1,00	
Múltipara		
<i>Si</i>	10,93	4,27 - 27,96
<i>No</i>	1,00	

Edad: Con una confianza del 95% (IC95%) se halló que la edad es un factor de riesgo de prolapso, esto es, las pacientes mayores de 42 años tienen 6 veces más riesgo de sufrir un prolapso que las pacientes menores de 42 años (OR=6,09, IC95%=1,65-22,47).

Tipo de parto: Las pacientes con parto vaginal tienen 3 veces más riesgo de prolapso con respecto a las pacientes que tuvieron un parto por cesárea (OR=3,15, IC95%=1,36 - 7,31). Vemos que el riesgo aumenta ligeramente, pues el parto vaginal sin el efecto de otros factores (edad, incontinencia urinaria, etc.) era de OR=2.8, pero considerando otros factores el riesgo se eleva a OR=3.2, siendo este el riesgo más preciso que el valor individual.

Multiparidad: Este factor resultó muy significativo ($p < 0.001$), y tiene mayor riesgo de prolapso que los otros factores, e indica que el riesgo de prolapso en pacientes multíparas es de 11 veces más en relación a las pacientes primíparas (OR=10,93 IC95%=4.27-27.96), en otras palabras, una pacientes primípara tendrá un 91% más protección contra un prolapso que una multípara.

Ni el tabaquismo ni la obesidad resultaron ser un factor de riesgo de prolapso ($p > 0.05$) en este trabajo.

Se realizó un subanálisis agrupando a las mujeres en edad avanzada, mayores de 60, y menores de 60 que se ve reflejado en las tablas 5 y 6.

Tabla 5. Factores de riesgo asociados a prolapso en mujeres de edad avanzada que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central. Enero-Diciembre 2018.

Factor	OR ajustado	IC 95%
Tipo de parto		

<i>Vaginal</i>	3,71	1,41 - 9,76
<i>Cesárea</i>	1,00	
Múltipara		
<i>Si</i>	5,16	1,89 - 14,11
<i>No</i>	1,00	

Según la Tabla 5, en las pacientes de edad avanzada, mayores de 60 años, solo dos factores son significativos, el tipo de parto y la multiparidad, es decir, el parto vaginal en estas pacientes tiene casi 4 veces más riesgo de prolapso que las pacientes con parto por cesárea. En forma general el riesgo era de OR=3.2 pero en este grupo apenas aumentó a OR=3.7. En el caso del factor multiparidad el riesgo disminuyó a 5.2, casi a la mitad, esto indica que la multiparidad conlleva mayor riesgo de prolapso en las pacientes menores de 60 que en las mayores de 60 años.

Tabla 6. Factores de riesgo asociados a prolapso en mujeres menores de 60 años que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central. Enero-Diciembre 2018.

Factor	OR	p	IC95%	
Paridad				
<i>3 a 4</i>	17.9	<0.001	4.4	72.4
<i>1 a 2</i>	1.0			

Finalmente, en el grupo de pacientes menores de 60 años, solo la paridad resultó ser un factor de riesgo de prolapso genital. Se observa que las pacientes con 3 o 4

partos tendrán 18 veces mayor riesgo de prolapso que las pacientes con 1 o 2 partos (OR=17.9, IC95%=4.4-72.4).

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se desarrolla la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación, por lo que serán analizados y comparados con otros estudios a continuación:

En nuestro estudio se ha encontrado algunos factores de riesgo que corroboran lo que otras investigaciones hallaron, y estos factores son la edad de la paciente, pues mujeres mayores de 42 años tienen mayor riesgo de tener un prolapso; otro factor fue la multiparidad, pues su presencia implica un mayor riesgo de prolapso, y esto es de suma importancia porque conocer el efecto de estos factores es la base para llevar a cabo estrategias, terapias, o talleres que concienticen a las mujeres sobre planificación familiar y sobre las disfunciones del piso pélvico, y darles así una mejor calidad de vida. Sin embargo hubo dos factores que no concuerdan con los resultados de la literatura mundial, y son el tabaquismo y la obesidad, que no resultaron factores de riesgo significativos en este estudio, por lo tanto es necesario continuar con otras investigaciones para ver si definitivamente no son factores de riesgo de prolapso en la población femenina peruana.

Las disfunciones del piso pélvico tienen muchas causas que elevan el riesgo de prolapso, por ejemplo están los factores promotores como es el tabaquismo y la obesidad, o factores estimuladores como la multiparidad, o factores descompensadores como la incontinencia urinaria y la edad de la mujer. El hecho de que el tabaquismo y la obesidad no hayan resultado significativos podría deberse a que en este trabajo no se ha considerado el tipo de prolapso ni su magnitud, por ejemplo la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) ha desarrollado una clasificación estandarizada para el prolapso (POPQ), que discrimina el tipo de prolapso según su grado; también está la clasificación del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología entre otras clasificaciones, y quizá al considerar el tipo de

prolapso o su grado es posible que el tabaquismo o el exceso de peso tengan alguna relación.

En el trabajo de Abreu ⁷ se hizo una revisión sistemática de artículos publicados a lo largo de la década pasada (Scielo, Imbiomed y Pubmed, y tesis) de los cuales se menciona que existen diversos síntomas del prolapso en órganos pélvicos, y que son varias las causas tales como el tipo de parto, la edad, la obesidad, entre otros, además de los factores genéticos y factores patológicos. En este sentido los resultados obtenidos coinciden en su totalidad con los factores mencionados a excepción de la obesidad, pues en nuestros resultados no hubo evidencia de que la obesidad sea un factor asociado al prolapso ($p=0.752$), ni en mujeres maduras ni en mujeres de edad avanzada. Otra explicación para entender por qué la obesidad no resultó un factor de riesgo de prolapso es que, según el trabajo de Tafur ¹⁶, el grupo de mujeres analizado eran más jóvenes que el grupo de casos de nuestro estudio. El presente estudio se corrobora con el trabajo de Gutiérrez³³, donde su muestra fueron 322 casos y 966 controles y entre los factores de riesgo de prolapso estuvieron la edad de 61 a 70 años, 4 gestaciones o más, la paridad de 4 o más, el parto vaginal.

El tabaquismo es una variable que debe de ser tomada con cuidado, pues medir esta variable con solo dos opciones (fuma, no fuma) puede traer conclusiones equivocadas, debido a que si la persona tiene prolapso y es fumadora de, por decir, 20 cigarrillos diarios, no es lo mismo que otra que fuma esporádicamente de 1 a 5 cigarrillos, entonces cabe preguntarse ¿por qué en algunos estudios el tabaquismo es un factor de riesgo de prolapso y en otros como el nuestro no lo es? la respuesta puede estar en la frecuencia del consumo y la cantidad, y no solamente si lo consume o no, por lo tanto es recomendable medir esta variable en función de su frecuencia de consumo, tal como algunos autores los hacen⁶, donde definen la presencia del tabaquismo cuando la persona tiene un consumo mínimo de un cigarrillo diario desde hace 6 meses antes de la ocurrencia del prolapso, y efectivamente el tabaquismo resultó un factor de riesgo de prolapso bajo tal

condición, la cual en nuestro estudio no la hemos registrado de esa manera sino simplemente presenta o no presenta tabaquismo.

Cabe resaltar que en ese estudio, tanto el tabaquismo como la obesidad fueron factores de riesgo de prolapso pero de grado IV, por eso es importante considerar los factores de riesgo para cada grado o tipo de prolapso, y quizá así se corroboren todos los factores que la literatura indica.

Al respecto en un estudio transversal se incluyeron a mil 42 mujeres atendidas desde enero del 2008 hasta Diciembre del 2012, a quienes se les registró su edad, índice de masa corporal, y sus antecedentes médicos; todas estas mujeres fueron clasificadas en 3 grupos excluyentes: con prolapso, con incontinencia urinaria, y con ambas patologías; de esta forma se determinaron los factores de riesgo en cada grupo. Se encontró que la edad avanzada o multíparas presentaron mayor riesgo de prolapso, sin embargo se detectó que el parto vaginal fue un factor de riesgo de prolapso (OR=3.03, IC95%=1.2-7.7), datos que confirman nuestros resultados, con valores muy similares, pues se había hallado que el parto vaginal, en mujeres en general, tiene un riesgo de prolapso de 3 veces más (OR=3.2, IC95%=1.3-7.4) con respecto a las mujeres de parto por cesárea, pero este riesgo aumenta ligeramente a 3.7 (IC95%=1.4-9.8) en mujeres de edad avanzada, mayores de 60 años.

Por los resultados y de los estudios revisados está demostrado que el prolapso genital es un fenómeno con causas multifactoriales, que es muy frecuente en las mujeres durante toda su vida, donde el prolapso de grado III y grado IV fueron los menos frecuentes, pero en general el prolapso es más prevalente en mujeres de edad avanzada y/o multíparas.

En el trabajo de Espitia ⁶, que fue un estudio retrospectivo, epidemiológico, se analizaron a todas las usuarias externas mayores de edad, no obstétricas, que acudieron al servicio de consulta ambulatoria del departamento de Ginecología de una clínica privada, durante el periodo de Enero del 2009 hasta Junio del 2012. Se confirmaron varios de los factores de riesgo de prolapso como son la cirugía pélvica previa, diabetes, estreñimiento, histerectomía previa, macrosomía fetal, obesidad, y

multiparidad. Aunque el tabaquismo y la obesidad no resultaron factores de riesgo en nuestros resultados, sí lo fue la multiparidad pues la frecuencia de consulta por prolapso genital aumentó con el número de partos.

En un estudio realizado el 2014 por Benites¹⁰, sobre una muestra de 232 pacientes, se determinaron los factores de riesgo de prolapso genital desde los años 2012 hasta Marzo del 2014, encontrando como factores de riesgo a la macrosomía fetal (OR=1.75, p= 0.003), a los partos vaginales (OR=1.35, p=0.040), y a la multiparidad (OR=1.21, p=0.043) lo cual confirma los resultados.

Se puede resumir que los únicos factores que la literatura menciona como de riesgo de prolapso genital de órganos pélvicos, y que nuestro estudio no fueron hallados significativos fueron la obesidad y el tabaquismo, y esto debido a las limitaciones del estudio, las historias clínicas no registran la frecuencia y el número de cigarrillos que consume la paciente; y para la variable obesidad, en nuestra muestra, ambos grupos (casos y controles) poseían cifras similares de mujeres con este diagnóstico, por lo cual no fue posible encontrar diferencias significativas.

CONCLUSIONES

El antecedente de parto vaginal resultó ser un factor de riesgo de prolapso genital de órganos pélvicos.

La edad de las pacientes es un factor de riesgo de prolapso genital de órganos pélvicos, es decir, a mayor edad mayor riesgo y viceversa.

La obesidad no mostro ser un factor de riesgo de prolapso genital de órganos pélvicos en nuestro estudio.

La multiparidad resultó ser un factor de riesgo de prolapso genital de órganos pélvicos, es decir, las primíparas tienen menos riesgo o están más protegidas frente al prolapso genital que las multíparas.

El tabaquismo no alcanzo significancia para ser un factor de riesgo de prolapso genital de órganos pélvicos en nuestro estudio.

En pacientes de edad avanzada solamente fueron factores de riesgo de prolapso el parto vaginal y la multiparidad.

En pacientes menores de 60 años solamente fueron factores de riesgo el tener más de 2 partos, y la edad, es decir, a mayor edad mayor riesgo de prolapso genital de órganos pélvicos.

RECOMENDACIONES

Como se pudo observar que la edad es un factor de riesgo para prolapso genital de órganos pélvicos, se recomienda que las mujeres a medida que empiecen la etapa de la perimenopausia realicen ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos de sostén del piso pélvico.

Dado que la multiparidad, ha sido el factor con mayor asociación, se recomienda realizar campañas de planificación familiar para evitar a futuro la aparición de prolapso genital de órganos pélvicos.

Para el factor de riesgo parto vaginal, se recomienda que los periodos intergenesicos sean más largos.

Se recomienda repetir el estudio en un hospital que cuente con una mayor población o que presente características más diversas, ya que la muestra utilizada fue pequeña como para asegurar la distribución representativa de la población, por lo tanto no se pueden realizar generalizaciones a partir de los datos que se obtuvieron, sin embargo, estos si pueden ser utilizados en este hospital en particular para implementar nuevas medidas en cuanto diagnostico precoz y tratamiento oportuno del prolapso genital de órganos pélvicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen D. Female pelvic organ prolapse: what you should know. Rev. Med. Clin. Condes - 2013; 24(2) 202-209. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/4-Dr.Cohen.pdf
2. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología del departamento de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de salud. 2011
3. Reátegui Rengifo Rosa, Acosta Flores Silvia. Importancia de la reducción del prolapso vaginal anterior severo durante el examen clínico y estudio urodinámico, en el diagnóstico de incontinencia urinaria oculta. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet].2013 Jul; 59(3):161-166.Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300003&lng=es.
4. Luna J. Epidemiología del prolapso genital. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología
5. Franklin J. Espitia de la Hoz.. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Urol Colomb. 2015;24(1):12-18.
6. Peter H. Guzmán Rojas, R. Diagnosis and management of pelvic organ prolapse, present and future. Rev. Med. Clin. Condes - 2013; 24(2) 210-217. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/5-Dietz.MD.pdf
7. Abreu Y, Martinez J, Rodriguez E, Alerm A, Garcia J. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2016;8(Supl):99-110
8. Rodrigues Moura A, Maria de Oliveira L, de Falco Martins K, Del Roy C, Ferreira Sartori M, Batista Castello Girão M, et al. Fatores de risco para o

- prolapso genital em uma população brasileira. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2009 Jan [cited 2019 Apr 10]; 31(1): 17-21. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000100004&lng=en
9. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Rev. Obstet Gynecol.* 2009 Mar;113(3):609-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19300324>
 10. Benites C. Factores de riesgo asociados a prolapso genital total en pacientes atendidas en Hospital Abel Gilbert Pontón entre enero del 2012 a marzo 2014. [Tesis de Medicina] Univ. Católica de Guayaquil, Ecuador, 2014. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/2183>
 11. Masenga GG, Shayo BC, Rasch V (2018) Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse in Kilimanjaro, Tanzania: A population based study in Tanzanian rural community. Available from PLoS ONE 13(4): e0195910.
 12. Tineke F. M. Vergeldt & Mirjam Weemhoff, Joanna IntHout & Kirsten B. Kluivers. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. Available from *Int Urogynecol J.* 2015 Nov;26(11):1559-73. Epub 2015 May 13.
 13. Rortveit G, Brown J, Thom D, Van Den S, Creasman J, Subak L. Symptomatic prolapse of the pelvic organs: prevalence and risk factors in a racially and diverse population-based community Available from *Obstet Gynecol.* 2007 Jun;109(6):1396-403.
 14. CM Kim, MJ Jeon, DJ Chung, SK Kim, JW Kim, SW Bai Risk factors for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Sep;98(3):248-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17408669>
 15. Nygaard, I, Bradley C, Brandt D Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors *Obstet Gynecol.* 2004 Sep;104(3):489-97.
 16. Tafur J. Paridad, obesidad y edad avanzada como factores asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital

- Central F.A.P. durante el periodo Julio 2016 a Junio 2017. [Tesis de Medicina] disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1258>
17. Caffo Aguilar, R. Paridad y tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes del servicio de ginecología del hospital regional docente de Trujillo. julio - diciembre 2016. [Tesis de Medicina] . disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3042>
 18. Jorge F. Frecuencia del trastorno de piso pélvico en pacientes del hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, Junio-Setiembre 2015 [Tesis de Medicina] Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/456>
 19. Dionicio R. Factores de riesgo de distopia genital. [Tesis de Medicina] Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1421/3/Dionicio_rb.pdf
 20. Rodríguez Paredes, J. Correlación entre el índice de masa corporal y el grado de prolapso de órganos pélvicos. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9614>
 21. 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 [Tesis de Medicina] Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2654>
 22. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). Obstetrics and Gynecology. Sixth edition. 2010
 23. Lowder J, Ghetti C, Nikolajski C, et al. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. Am J Obstet Gynecol 2011; 204:441.e1.
 24. UptoDate. Pelvic organ prolapse in women: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management>

25. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, et al. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2003; 101:46.
26. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:579.
27. Dietz HP, Clarke B. Prevalence of rectocele in young nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005; 45:391.
28. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:795.
29. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, et al. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol* 2017.
30. Lince SL, van Kempen LC, Vierhout ME, Kluivers KB. A systematic review of clinical studies on hereditary factors in pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2012; 23:1327.
31. Molina E, Altez-Navarro 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
32. Kiyoshi A Macotela-Nakagaki, Horacio Suárez del Puerto, Benjamín Valente-Acosta, Paulina Chabat-Manzanera. Relación entre incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81: 711-715.
33. Gutiérrez, C. Características clínicas y factores de riesgo asociados prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de ginecología del Hospital II Ramón Castilla de Lima, en el periodo 2012 a 2015. [Tesis de Medicina] Univ. Jorge Basadre, Tacna, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2018”**, que presenta el Srta. **CLAUDIA FERNANDA VALENCIA CHIÓN**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo, indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 11 de Abril del 2019

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

Carta de compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente, acepto el compromiso para desempeñarme como Asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr Claudia Fernanda Valencia Chión de acuerdo a los siguientes principios;

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como el Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis, Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos

Lima, 23 de Enero del 2020

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, Ph. D., MCR, MD
ASESOR

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°1711-2019-FMH-D

Lima, 06 de mayo de 2019

Señorita
CLAUDIA FERNANDA VALENCIA CHIÓN
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL PERIODO DE ENERO – DICIEMBRE 2018.**" presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 02 de mayo de 2019.

Por lo tanto queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

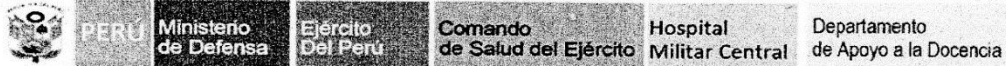
Atentamente,

Dr. Menandro Ortiz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Jesús María, 31 de Julio de 2019

Oficio N° 909 / AA-11/8/HMC/DADCI

Señorita Interna de Medicina VALENCIA CHION CLAUDIA FERNANDA

Asunto: Autorización para realizar trabajo de investigación que se indica

Ref: a. Solicitud del interesado s/n del 12/7/19
b. Proyecto de investigación (51 folios)
c. Directiva N° 002/ Y- 6.j.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para comunicarle que visto el proyecto de investigación, el Comité de Ética del HMC, aprueba que Usted Srta. Interna de Medicina VALENCIA CHION CLAUDIA FERNANDA, de la Universidad Ricardo Palma, realice el Trabajo de Investigación, titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL DE ORGANOS PELVICOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2018".

Por tal motivo como investigador debe coordinar con el Servicio de Ginecología y Obstetricia, Dpto. de Seguridad y Dpto. de Registros Médicos (Historias Clínicas) de nuestro hospital, sin irrogar gastos a la institución, sujetándose a las normas de seguridad existentes, incluyendo el consentimiento informado para actividades de docencia e investigación, a fin de no comprometer a la Institución bajo ninguna circunstancia, asimismo al finalizar el estudio deberá remitir una copia del trabajo en físico y virtual al Departamento de Capacitación del HMC (DADCI) para su conocimiento y difusión.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.



810032777-A+
LUIS MENDIETA MORODIAZ
CRL EP
Jefe del DADCI
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

DISTRIBUCIÓN:

- Serv. Gineco-Obstetricia.....01 (C'inf)
 - Dpto. Seguridad..... 01 (C'inf)
 - Dpto. Registros médicos.....01 (C'inf)
 - Archivo.....01/04
- LAMM/eyl

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2018", que presenta la Señorita CLAUDIA FERNANDA VALENCIA CHIÓN para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dr. Pedro Arango Ochante
PRESIDENTE

Mg. Lucy E. Correa Lopez
MIEMBRO

Dra. Luna Consuelo Muñoz
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director y asesor de Tesis

Lima, 13 de Enero del 2020

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Claudia Valencia**
Título del ejercicio: **V titulación tesis**
Título de la entrega: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIAD...**
Nombre del archivo: **tesis_claudia_valencia.docx**
Tamaño del archivo: **2.84M**
Total páginas: **63**
Total de palabras: **14,145**
Total de caracteres: **74,362**
Fecha de entrega: **27-ene-2020 12:01p.m. (UTC-0500)**
Identificador de la entrega: **1247185808**

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO
GENITAL DE ORGANOS PÉLVICOS EN PACIENTES
ATENIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DURANTE EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2018**

PRESENTADO POR LA DOCTORA
CLAUDIA FERNANDA VALENCIA CRÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH. D., MCR, MD
DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS

LIMA, PERÚ
2020

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2018"

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	es.slideshare.net Fuente de Internet	2%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

V CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

VALENCIA CHION CLAUDIA FERNANDA

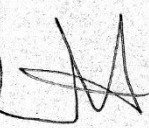
Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses marzo, abril, mayo, junio y julio del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

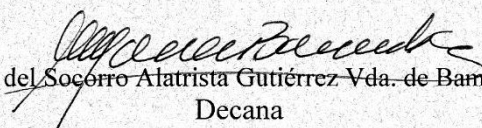
**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO
GENITAL DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DURANTE EL PERIODO DE ENERO – DICIEMBRE 2018”**

Se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por **06 conferencias académicas** para el Bachillerato, que considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° del Reglamento vigente de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018

Lima, 11 de julio del 2019




Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cómo los factores de riesgo se asocian a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero-Diciembre 2018?	<p>Objetivo general: ¿Cómo los factores de riesgo se asocian a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero-Diciembre 2018?</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la asociación entre el antecedente de parto vaginal y el prolapso genital de órganos pélvicos 2. Determinar la asociación entre la edad y el prolapso genital 3. Determinar la asociación entre la obesidad y el prolapso genital 4. Determinar la asociación entre la multiparidad y el prolapso genital 5. Determinar la asociación entre el tabaquismo y el prolapso genital 	<p>Hipótesis general</p> <p>Los factores de riesgo en estudio están asociados a prolapso genital de órganos pélvicos</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>: Prolapso genital de órganos pélvicos</p> <p>Variables independientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Parto vaginal 3. Obesidad 4. Mutiparidad 5. Tabaquismo 	<p>El diseño de la investigación es de tipo observacional, cuantitativo, analítico, retrospectivo y, de tipo casos y controles.</p>	<p>La población de estudio está constituida por todas las pacientes mujeres que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Ginecología en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero a Diciembre 2018. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el programa estadístico brindado por el curso de tesis.-Se seleccionó la opción de cálculo de tamaño muestral para estudios de tipo caso-control. Para ello se tomó como nivel de confianza al 95%, una potencial estadística del 80%, razón de controles por caso de 1, con un OR previsto de 2.5. La muestra fue de 160 pacientes, divididos en 80 casos y 80 controles.</p>	<p>Se utilizó la información de las historias clínicas de las pacientes.</p> <p>Se recogió los datos utilizando una ficha de recolección de datos diseñada por el autor.</p>	<p>Los datos recolectados serán registrados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.</p> <p>En el análisis bivariado para determinar las diferencias significativas entre los grupos de categorías, se utilizó en el caso de variables cualitativas pruebas de chi cuadrado o test exacto de Fisher, y para variables cuantitativas las pruebas de t de student o U de Mann Whitney según sea el caso con un Intervalo de Confianza del 95% y un p <0.05 significativo.</p> <p>El análisis de datos será realizado utilizando el programa estadístico SPSS</p>

ANEXO 9: OPERACIONES VARIABLES

	Nombre de la Variable	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	Prolapso genital	Herniación de los órganos pélvicos hacia o más allá de las paredes vaginales	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Diagnostico registrado en la historia clínica	0= Si 1= No
2	Edad	Edad cronológica en años cumplidos en la historia clínica	Independiente	Cuantitativa	De razón	Fecha de nacimiento	0= 43 años o mas 1= Menor de 42 años
3	Parto vaginal	Parto que se desarrolla con total normalidad, por las vías naturales y sin exigir intervención instrumental.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Tipo de partos	0= Parto vaginal o eutócico 1= Parto distócico o cesárea
4	Obesidad	Índice de masa corporal mayor o igual a 30 Kg/m ²	Independiente	Cualitativa	Nominal	Índice de masa corporal	0= Si 1= No
5	Multiparidad	Una mujer que ha dado a luz más de una vez	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Número de partos	0= Primípara (1 parto) 1= Multípara (>2 partos)
6	Fumadora	Una mujer que ha consumido tabaco	Independiente	Cualitativa	Nominal	Antecedente registrado en la historia clínica	0= Si 1= No

ANEXO 10: FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PROLAPSO GENITAL DE ÓRGANOS
PÉLVICOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DURANTE EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2018

1.- DATOS PERSONALES

Nº Historia Clínica: _____

Edad en años: _____

Nivel educativo: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

2.- DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Presencia de prolapso de órganos pélvicos: Si () No ()

3.- DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

G_P _____

Número de embarazos: _____

Multiparidad: Si () No ()

Antecedente de parto vaginal: Si () No ()

Cuantos partos vaginales: _____

Índice de masa corporal: _____

Obesidad: Si () No ()

Fuma: Si () No ()

Incontinencia urinaria: Si () No ()