



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO DE PROLAPSO GENITAL EN  
MUJERES HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
2017– 2018

PRESENTADA POR  
RONALD ZAMY PERALTA HERNÁNDEZ

ASESOR  
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ  
2018



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO DE PROLAPSO GENITAL EN MUJERES  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2017– 2018**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR  
RONALD ZAMY PERALTA HERNÁNDEZ**

**ASESOR  
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2018**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	
<b>Índice</b>	
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	3
1. Viabilidad y factibilidad	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definiciones de términos básicos	19
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	21
3.1 Formulación de la hipótesis	21
3.2 Variables y su operacionalización	21
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	23
4.1 Tipos y diseño	23
4.2 Diseño muestral	24
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de datos	25
4.5 Aspectos éticos	25
<b>CRONOGRAMA</b>	27
<b>PRESUPUESTO</b>	28
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	29
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

A nivel mundial la distopia genital es una dificultad de salud que padecen millones de mujeres (1). Es la tercera prescripción de histerectomía en los estados unidos y la segunda a nivel de África. La mujer tiene peligro de tener distopia genital en un 11% a lo largo de su vida. Se sabe que esta aumenta en forma progresiva con la edad de la mujer. Aunque, existen pocos estudios de interés epidemiológica que precisen la preeminencia de la enfermedad (2).

En forma anatómica el descenso de alguno de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal, recto) dentro o más allá de la vagina, periné o cavidad anal se le puede decir distopia genital (22). El piso pelviano, constituye un soporte y no es una estructura estática, por el contrario, el acto coordinado de los músculos lisos de los órganos pélvicos, deben funcionar juntos para controlar el almacenamiento y la evacuación de orina y deposiciones, para mantener el equilibrio pelviano en cualquier situación de esfuerzo, incluyendo situaciones como el embarazo y el parto, y al verse afectado esta estabilidad permite la concurrencia de distopias genitales (24).

En Sudamérica constituye una de las prescripciones más frecuentes de intervenciones ginecológicas y se que se han realizado más de 0.5 millones de procedimientos al año. Existen varios factores que desencadenan el prolapso entre los que se destacan el parto, las alteraciones del tejido conectivo, neuropatías, factores congénitos y todos aquellos que nos lleven a un aumento de la presión intraabdominal como la obesidad, tos, ejercicio, etc. Cada uno de los componentes del prolapso de órganos pélvicos, bien sea del compartimiento anterior, medio o

posterior, se clasifica por grados y la clínica de cada uno de ellos está relacionada con la etapa, siendo más notable en aquellos con avanzada distopia genital (4).

En Chile es una patología que afecta negativamente la calidad de vida de la mujer y que puede presentarse hasta en el 50% de ellas (3), además, se estima que el riesgo durante su vida de tener alguna intervención por esta causa es de un 12.1 % y que el riesgo de reoperación es de un 35%. En Colombia, el 49% de las mujeres mayores de 50 años padece de prolapso genital (5). En Ecuador, el 58% de las mujeres mayores de 49 años, fueron diagnosticadas con prolapso genital (7).

Las investigaciones a nivel nacional relacionadas con la maternidad y las disfunciones del piso pélvico son un reto, debido al largo período de latencia entre los dos eventos. A pesar de este hecho reconocido, poco se sabe sobre la progresión natural de los síntomas y su impacto en los síntomas específicos de prolapso genital desde el embarazo con un seguimiento a largo plazo (9). La asociación entre embarazo y prolapso de órganos pélvicos que da lugar a síntomas de disfunción la cual es reconocida (12).

En Perú no es ajeno a esta problemática, es así que, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, las pacientes hospitalizadas por prolapso genital representan el 18.2% del total de hospitalizaciones en el Servicio de Ginecología (9).

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo que causan distopia genital en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital nacional arzobispo loayza 2017-2018?

### **1.3 Objetivos**

#### **a) Objetivo general**

Determinar los factores de riesgo para distopia genital en mujeres hospital nacional arzobispo loayza 2017–2018.

#### **b) Objetivos específicos**

Determina las características generales del grupo de estudio.

Reconocer la relación entre edad, historiales obstétricos (número de embarazos, número de partos), tipo de parto (cesárea o partos vaginales), lugar donde ocurrió el parto (hospital o en casa), climaterio, operaciones pélvicas (histerectomía, bloqueo tubarico bilateral, laparotomía abdominal, etc.) con distopia genital.

Establecer asociación entre factores que incrementan la presión intraabdominal con distopia genital.

### **1.4 Justificación**

La identificación de los factores de riesgo para prolapso genital puede contribuir en el asesoramiento de las pacientes que los posean, a modo de poder brindarles información sobre los mismos y así prevenir en ellas este padecimiento, teniendo como principales beneficiarios a estos en mención, promoviendo una cultura de prevención y así disminuir así los costos de su atención. Asimismo, se beneficiarán los médicos ginecólogos que contarán con sustento científico acerca de cuáles son los factores de riesgo para prolapso genital y podrán otorgar una buena calidad de vida.

Con esta investigación se busca aportar datos valiosos y reales que sirvan de referente para trabajos futuros en el país y en la unidad de salud donde

se realizara, igual que se buscara difundir estos conocimientos adquiridos para mejorar las estrategias en prevención, diagnóstico, tratamiento de esta patología y direccionar mejor los esfuerzos para prevenir su aparición. beneficiando así la atención que recibirán en esta casa de salud y otras.

### **1.5 Viabilidad y factibilidad**

El presente estudio es viable, pues el Hospital Nacional Arzobispo Loayza donde se tomará la muestra autorizará la ejecución del presente proyecto. El instrumento, para obtener la información, se podrá difundir a los médicos, ya que se cuenta con el permiso de cada jefe de servicio.

Este estudio es factible, ya que se cuenta con los medios económicos y humanos que garanticen el desarrollo de la investigación sin dificultades

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Espitia F. (2017) publicó un estudio descriptivo retrospectivo, cuyo objetivo fue valorar los factores de riesgo relacionados con la distopia genital. La muestra incluyó a 13 824 mujeres, con 3 207 casos (pacientes con distopia genital) y 10.617 controles (pacientes sin distopia genital). El promedio de edad en los casos fue de  $57.6 \pm 11.4$  años, y de  $54.9$  años  $\pm 13$  en los controles. El 84% de las pacientes sintomáticas consultaron por síntomas de disfunción del piso pélvico: sensación de peso vaginal (42%), masa vaginal (27%), incontinencia urinaria de esfuerzo (18%) y 9% por menometrorragia e infección urinaria, y el otro 4% por otras condiciones ginecológicas. El número de embarazos osciló entre 0 y 15, con un promedio de  $6.3 \pm 4.2$ ; el 38% con 6 gestaciones. El número de partos estuvo entre 1 y 12, con un promedio de  $4.8 \pm 3.9$ ; la mayoría (45%) entre 1 y 3, el 39% de 4 a 6, y el 16% restante tenían más de 7 partos. Del total de las pacientes con prolapso ( $n = 3.207/13.824$ ), 1 662 (57,7%) tenían prolapso de grado I, 978 (56.5%) prolapso de grado II, 459 (14.3%) prolapso de grado III y 108 (3.37%) prolapso de grado IV. De las 3.207 pacientes con prolapso genital, el 57% fue sintomático ( $n = 1 828$ ) y en el 43% asintomático ( $n = 1 379$ ). Observó que existe mayor riesgo de presentar prolapso genital en las mujeres que tienen antecedentes de más de 3 partos vaginales (OR: 16 22 [IC 95%: 1.93-136 09];  $p < 0.05$ ). El autor concluyó que un factor de riesgo para distopia genital fue tener precedente de más de tres partos vaginales (1).

Minacera (2017) realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el número de gestaciones y el tipo de parto como factores de predisposición para distopia genital. La población estuvo conformada por 105 mujeres, que se dividieron en dos grupos: con y sin distopia genital. La frecuencia

de mujeres con paridad mayor o igual a 2 con prolapso genital fue de 97.1%. La frecuencia de paridad mayor o igual a 2 sin prolapso genital fue de 71.4%. La paridad fue factor de riesgo asociado a prolapso genital con un odds ratio de 2.75. De acuerdo al tipo de parto, el 85.7% de las que tuvieron parto vaginal presentaron prolapso genital, se observó diferencia significativa reportando un odds ratio de 3.33. El autor concluyó que en número de partos y el tipo de parto son factores de exposición para prolapso genital (2).

Laínez E. (2015) realizó una investigación cuyo objetivo fue conocer los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas más frecuentes del prolapso genital. Fue un estudio analítico retrospectivo en una muestra conformada por 110 pacientes. El grupo etario más común fue de 60-69 años con 28%. Según tipo de prolapso, el 44% tenía cistocele, el 25% prolapso genital completo, el 13% prolapso útero vaginal, el 10% rectocele y el 8% enterocele. De acuerdo al tratamiento que recibieron, el 76% tuvo manejo clínico y el 24% quirúrgico. El 84% era multípara, el 7% nulípara y el 9% primípara. El 61% era obesa, el 22% tenía bajo nivel educativo, el 90% se encontraba en menopausia y el 96% era mayor de 40 años. El autor concluyó que uno de los posibles factores de riesgo para prolapso genital fue la multiparidad (4).

Bozkurt (2014) realizó una investigación cuyo objetivo fue conocer la relación entre la edad, paridad y el IMC de la paciente con el prolapso genital a través de un estudio retrospectivo con una muestra de 181 pacientes encontró que la edad media de las mujeres afectadas con POP fue 61 años, y la media de IMC - 27.62; 80% de mujeres menopáusicas. El tiempo medio de síntomas relacionados con la enfermedad fue 65 meses, mientras que el tiempo de recaída de diagnóstico médico primero de POP para ingreso en el hospital fue de 50.6 meses. El 97.4 % de las mujeres afectadas eran multíparas. Los antecedentes familiares de prolapso se encontraron en el 13.4% de los pacientes. El hallazgo más

común durante el examen ginecológico fue cistocele 96,5%, seguido por recto-enterocele 92.7%, y el defecto central 79%(5).

Durhashan (2014) elaboró un estudio de casos y controles en pacientes atendidas del Hospital Abel Gilbert Pontón entre enero de 2012 a marzo 2014, que tuvo por objetivo principal determinar los factores de riesgo asociados al prolapso genital total. El grupo caso estuvo conformado por 131 pacientes y el grupo control por 520. El promedio de edad en el grupo caso fue 53 años y el grupo control 56 años. En el grupo caso, el 76% tuvo hijos, el 40% tuvo tres partos vaginales, el 35% dio a luz por cesárea, el 35% tuvo un recién nacido macrosómico. Se encontró para la macrosomía fetal un odds ratio 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. El autor concluyó que la macrosomía fetal, los partos vaginales y la multiparidad fueron factores de riesgo para distopia genital (6).

Dionicio R. (2014) realizó un estudio retrospectivo que buscó precisar los factores de exposición para distopia genital en pacientes atendidos en el HNAL. Se revisaron 400 historias clínicas, de las cuales, 200 pertenecían a pacientes con distopia genital y 200 a otras patologías ginecológicas. En las pacientes con distopia genital, el 58% tuvo más de 50 años, el 94% tuvo más de 1 parto vaginal, el 17% tenía alguna patología pulmonar, el 2% tenía diabetes mellitus, el 14.5% tuvo antecedente de parto macrosómico y el 32.5% antecedente de cirugía pélvica. Por otro lado, las pacientes que no tuvieron distopia genital, el 10.5% tuvo más de 50 años, el 34.5% tuvo más de 1 parto vaginal, el 4% tenía alguna patología pulmonar, el 0.5% tenía diabetes mellitus, el 14% tuvo antecedente de parto macrosómico y el 45.5% antecedente de cirugía pélvica. Se encontró que los factores de exposición para distopia genital fueron, la edad ( $p=0.000$  y  $OR=6.1$ ), multíparas vía vaginal ( $p=0.000$  y  $OR=26.3$ ) y antecedente de patología pulmonar ( $p=0.000$  y  $OR=8.6$ ). Resultó como factor benefactor el antecedente de cirugía pélvica ( $p=0.005$  y  $OR=0.4$ ). El

autor concluyó que un factor de exposición obstétrico para distopia genital fue tener más de 1 hijo por parto vía vaginal (7).

Gutiérrez (2012) llevaron a cabo un estudio de casos y controles, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos con incontinencia uterina de esfuerzo. La muestra estuvo conformada por 88 casos y 88 controles. En el grupo caso, el 92% era mayor de 40 años, el 93.2% era ama de casa, el 70.5% procedía de la zona urbana, el 35.2% era casada y el 81.8% tenía nivel de escolaridad bajo. Además, el 96.6% tenía una paridad mayor o igual a 2, el 94.3% tenía antecedentes de parto vaginal. En el grupo control, el 46.6% era mayor de 40 años, el 83% era ama de casa, el 77.3% procedía de la zona urbana, el 35.2% era casada y el 59.8% tenía nivel de escolaridad bajo. Además, el 53.4% tenía una paridad mayor o igual a 2, el 72.73% tenía antecedentes de parto vaginal. En cuanto a factores de riesgo se encontraron; la paridad mayor o igual a 2 OR ajustado de 10.98 y un IC95% 2.99 - 40.22, y la edad mayor o igual a 40 años con un OR ajustado de 4.83 y un IC95% 1.75 - 13.27. Los autores concluyeron que, un factor de riesgo obstétrico para distopia genital fue la paridad mayor o igual a 2 (10).

Reátegui (2013) propalaron un estudio de cohorte, con la finalidad de investigar los factores de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos. La muestra estuvo conformada por 9 423 pacientes. La prevalencia de distopia genital fue mayor posterior a un parto vaginal en contraste con cesárea (14.6 frente a 6.3%, odds ratio 2.55. La episiotomía, la extracción al vacío y la laceración de segundo grado o más no se asociaron con una mayor exposición de distopia genital en contraste con el parto vaginal espontáneo. El prolapso de órgano pélvico sintomático aumentó 3% (OR 1.03, IC 95% 1.01-1.05) con cada aumento unitario del índice de masa corporal actual y en 3% (OR 1.03, IC 95% 1.02-1.05) por cada 100 g de aumento del peso al nacer. Las madres  $\leq$  160 cm que tuvieron un hijo con peso al nacer  $\geq$  4000 g tuvieron una prevalencia doble de distopia genital en comparación con las madres cortas que tuvieron un bebé con un peso

<4000 g (OR 2.06, IC 95% 1.19-3.55). Se concluyó que es un factor de riesgo para distopia genital el peso del recién nacido mayor a 4000 gr (9).

Elenskaia K. (2014) realizaron un estudio longitudinal de cohortes que buscó determinar la asociación entre el modo de parto, la paridad y el prolapso de órganos pélvicos en un total de 1 964 mujeres. La edad media, el IMC y la paridad de la población de estudio fueron, respectivamente, 43.4 años, 26.9 y 1.93 hijos. Además, el 22.4% de las mujeres fueron fumadoras y 30.2% estaban en la menopausia. Dos tercios (66.0%) de la población de estudio tenía un historial de parto vaginal. En la población de estudio, el 86.4%, 7.2 % y 6.4% tuvieron prolapso de órganos pélvicos de las etapas 0-I, II y III-IV, respectivamente, y 7.9% tuvieron prolapso significativo más allá del himen. La edad media, la paridad y el número de partos vaginales fueron significativamente mayores en el prolapso que en el grupo sin prolapsos. El parto vaginal se asoció con una odds ratio de 2.92 (intervalo de confianza del 95%) para el prolapso en comparación con la nuliparidad. Cada parto vaginal aumentó el riesgo de prolapso (odds ratio: 1.23; intervalo de confianza del 95%: 1.12-1.35), mientras que, La cesárea no tuvo impacto en las probabilidades de prolapso. Los autores concluyeron que, el parto vaginal es un factor de riesgo para distopia genital (11).

Mercado (2004) en un estudio transversal, con el objetivo de valorar el predominio y los factores de riesgo asociados del prolapso de órganos pélvicos (POP). La muestra estuvo conformada por 174 mujeres, la edad tuvo una media de 40.4, la paridad una media de 3, la edad del primer parto tuvo una media de 20.4 años, el 89.1% trabajaba durante su embarazo, el 52.9% tuvo un parto horizontal y el 47.1% tuvo parto vertical. De las 174 mujeres incluidas en el análisis, 106 (60.9%) tenían estadio II POP o superior. En total, 93 mujeres (53.4%) tuvieron cistocele, 63 (36.2%) tuvieron rectocele y 37 (21.3%) tuvieron prolapso uterino. El análisis univariado halló una alta paridad; edad joven en el primer parto; menopausia; posición vertical durante el parto; y regresar temprano al

trabajo después del parto como factores de exposición para el POP. La regresión logística multivariada reveló que el parto en posición acostada presentaba un menor riesgo de cistocele que la posición en cuclillas o de pie. Se concluyó que las causas de exposición para distopia genital fueron la alta paridad, la edad joven en el primer parto y la posición vertical durante el parto (12).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Prolapso genital**

La distopia genital es la caída o protusión de los órganos pélvicos y de sus segmentos vaginal asociados, a través de la vagina hacia la vulva, que se origina a partir del fallo de sus elementos de suspensión y sustentación (19).

### **Fisiopatología**

Aún no se conoce del todo la fisiopatología, se han supuesto múltiples hipótesis acerca de su origen, pero el componente multifactorial de la distopia genital limita los avances en este campo. Cada mujer posee un riesgo exposición propio para desencadenar la distopia genital que actualmente no es predecible. Por ejemplo, cualquier sea la modificación de la anatomía de la pelvis podría esta trascender sobre las moviidades fisiológicas ya que, estas dependen de la entereza anatómica de la pelvis, de su constitución histológica y de las fuerzas a las que son sometidas (20).

De igual modo, en los tejidos prolapsados se han detectado modificaciones tisulares, lo que es difícil de determinar es si estas alteraciones son el origen de las distopias o si la modificación de los tejidos se da como producto de las cargas mecánicas. En consecuencia, el tejido conjuntivo es un tejido de sostén que contiene abundante colágeno, cualquier modificación de la cantidad de colágeno o su desorganización estructural puede alterar la resistencia al estiramiento. Por esta razón, las distopias genitales se dan como resultado de un defecto de soporte y de suspensión de órganos pélvicos (21).

Desde otra perspectiva, se dice que en el origen de las distopias genitales existiría una tendencia familiar, esto se relaciona con una alteración de la expresión génica de los componentes tisulares. Además, en pacientes caucásicas se ha habitualmente mayor distopia genital que en pacientes afroamericanas (22).

### **Clasificación**

A través de los años, los ginecólogos utilizaron varios tipos de clasificación en relación a los prolapsos genitales y a sus magnitudes. En el año 1996, la sociedad internacional de continencia estableció una estandarización denominada clasificación POP-Q, posteriormente, en el año 2006, se produjo una modificación de la misma a fin de simplificar la clasificación que sigue vigente hasta la actualidad. En esta clasificación se evita el uso de terminología como cistocele, En su lugar asigna, 2 puntos de referencia en la pared vaginal posterior (Ap y Bp) y 2 puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), un punto relacionado al cérvix (C), un punto en relación al fórnix posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (tv), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb). Estos valores se trasladan a una cuadrícula para un registro adecuado. El punto de

referencia utilizado para objetivar la caída de los distintos puntos antes descritos es el himen (16).

**Tabla 1. Registro puntaje POP-Q**

<b>Pared anterior</b>	<b>Pared anterior</b>	<b>Cuello uterino o cúpula vaginal</b>
<b>Aa</b>	<b>Ba</b>	<b>C</b>
<b>Hiato genital</b>	<b>Cuerpo perinatal</b>	<b>Largo vaginal total</b>
<b>gh</b>	<b>pb</b>	<b>tl tvI</b>
<b>Pared posterior</b>	<b>Pared posterior</b>	<b>Fórnix posterior</b>
<b>Ap</b>	<b>Pb</b>	<b>D</b>

Fuente: The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction (16).

Se les asigna números negativos cuando se encuentren por sobre el himen a los 6 puntos de referencia y cuando se encuentren por fuera de éste se les asigna números positivos. Siempre serán números positivos la evaluación de longitud vaginal, hiato genital y cuerpo perineal. Examinados estos valores, se podrá definir el estadio de

descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical (17).

Serán clasificados así:

0: no hay descenso.

I: descenso sea 1 cm sobre el himen.

II: descenso es +/- 1cm del himen.

III: el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm de la (IV).

IV: cuando estamos frente a una protrusión completa.

### **Síntomas**

Suelen referir impresión de presión o pesadez pélvica y/o salida de tejidos desde la vagina, malestar inguinal, lumbago, dispareunia o síntomas urinarios. Cuando existe exposición del epitelio cervical por encontrarse fuera del introito puede haber dolor, sangrado o descarga (2). Usualmente, los síntomas son menos perceptibles en la mañana y tienden a empeorar a medida que progresa el día y se reducen al acostarse. De igual modo, las distopias de pared vaginal posterior pueden provocar disfunción defecatoria. En cambio las distopias de pared vaginal anterior se asocian a hipermotilidad del cuello vesical e incontinencia urinaria (8).

### **Diagnóstico**

La exploración física deberá incluir:

**Inspección visual:** Teniendo en cuenta el diámetro transversal del hiato genital, se observará la protrusión de las paredes de la vagina o el cuello uterino hacia el introito o fuera de él (19). Se debe evaluar también, el estado del periné y si hay evidencia de prolapso rectal. En pacientes con prolapso más allá del himen, se explorará la presencia de úlceras.

**Exploración con espéculo:** Se introducirá el espéculo y se retirará poco a poco para inspeccionar cada pared de la vagina observando si desciende (19).

### **Exploración bimanual**

**Exploración recto-vaginal:** Se realiza en busca de rectocele o enterocele.

**Exploración neuromuscular:** El tono muscular del suelo pélvico se puede evaluar solicitándole a la paciente que contraiga dichos músculos alrededor de los dedos que examinan, los músculos hipofuncionales carecen de la capacidad de contraerse voluntariamente y no son funcionable cuando no hay evidencia de acción muscular palpable en el suelo pélvico(20).

## **Tratamiento**

El tratamiento de los prolapsos genitales dependerá de la severidad de los síntomas sumado al estado de salud de la paciente y los deseos de la misma (19). De este modo, se puede optar por el manejo conservador o quirúrgico.

### **Manejo conservador**

El manejo convencional puede ser la única opción para aquellas mujeres que por razones médicas o personales no pueden o no desean someterse a una cirugía (21) Dentro de las opciones se encuentran dispositivos mecánicos que se remiten al uso de pesarios vaginales cuya elección estará en base al tipo y estadio del prolapso junto con las características anatómicas de la paciente, no obstante, pueden traer

complicaciones como infecciones vaginales (13). Otra posibilidad, es la kinesiólogía del piso pélvico cuya mejoría se manifiesta en esencia en pacientes con distopia en estadios iniciales, aunque no es la solución definitiva del problema.

### **Manejo quirúrgico**

Actualmente hay distintas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de distopia genital que involucran abordajes tanto vía vaginal como vía abdominal. Las técnicas reconstructivas están orientadas a mantener la funcionalidad de la vagina y se denominan técnicas obliterativas a aquellas que no tienen esta finalidad, estas son las más utilizadas en la actualidad y van desde el uso de mallas sintéticas no reabsorbibles a modo de brindar sostén a los órganos pélvicos prolapsados, hasta la reparación de las estructuras anatómicas con materiales de sutura reabsorbibles (22).

### **Factores de riesgo**

Se considera que el desarrollo del prolapso de órgano pélvico (POP) es multifactorial y se reconocen en la literatura un sin número de factores de riesgo, encontrándose que los principales son los siguientes:

**Edad:** Avanzada edad también está implicada al desarrollo de POP. En mujeres entre 20 a 59 la incidencia de POP casi se multiplica por dos con cada decenio de la vida, encontrándose que el riesgo de POP tiende a elevarse en las mujeres mayores de 55 años, es decir frecuencia de prolapso uterino se incrementa con la edad, para las mujeres de 52 a 55 años y  $\geq 56$  años (5).

**Parto vaginal:** Viene a ser el factor de riesgo citado con mayor frecuencia durante el parto se producen una serie de modificaciones sobre el tejido conectivo, nervioso y muscular. El feto ejerce una distensión y compresión sobre estas estructuras pudiendo condicionar una rotura de las fibras, o incluso una denervación de la rama perineal

del nervio pudendo, ocasionando una lesión, que es más evidente cuando los periodos activos y expulsivos del parto son prolongados, cuando se instrumentan los partos, y cuando los fetos son grandes. Un tercio de las mujeres después de su primer parto vaginal no complicado presenta lesiones asintomáticas del nervio pudendo, demostradas mediante electromiografía cuantitativa (24). Las técnicas para un periodo expulsivo asistido, como por ejemplo la técnica de Kristeller; esta técnica efectuada con la paciente en apnea inspiratoria provoca un incremento importante de la presión intraabdominal con caída perineal y exposición a sobreestiramiento del pudendo y empuje del útero en anteflexión, de igual forma riesgo de riesgo de desgarro perineal y sobredistensión de los ligamentos uterosacros y también del plexo hipogástrico vinculándose a la distopia uterina (25).

**Cesárea:** Existe una vinculación significativa entre la cesárea y un riesgo de exposición menor de POP. El coeficiente de probabilidad de POP en las mujeres que se sometieron a cesárea, ajustado por la edad de la madre, el año del último parto, y la paridad, fue 0.18 (IC 95% de 0.16-0.20). Los cesárea se asocia con un riesgo mucho menor de diagnóstico de POP que el parto vaginal, y que el riesgo tiende a disminuir más después de varias cesáreas en equiparación con varios partos vaginales (28).

**Alta paridad:** Durante el embarazo existen una serie de modificaciones hormonales que disminuyen la consistencia del suelo pélvico; además de ello, se produce un factor de exposición para POP (22). El incremento del tamaño uterino que aumenta la presión, beneficiando con ello la aparición de disfunciones. También se ha visto en el puerperio, que más de la mitad de las mujeres que se comportaban como incontinentes durante la gestación dejan de serlo, cuando los cambios hormonales y la sobrecarga han desaparecido (15). El número de partos vaginales guarda una asociación con la frecuencia de los

distopias genitales. En el segundo parto ya se observa un incremento discreto que continúa en ascenso hasta el cuarto parto y se mantiene. En las publicaciones latinoamericanas, la gran multiparidad se ve frecuentemente asociada a prolapsos grado III y IV o totales. El riesgo de prolapso genital aumenta 1.2 veces en cada parto vaginal. Se ha demostrado que el riesgo de POP aumenta progresivamente con el número de partos vaginales (24).

**Tipo de parto:** La frecuencia de prolapso genital, varían según el tipo de parto. Informó la disfunción del suelo pélvico en 58% de las mujeres que tuvieron parto vaginal, en comparación con el 43% de los que se sometió a una cesárea. La historia de un solo parto vaginal se asoció con una probabilidad diez veces mayor de desarrollar prolapso (8).

En comparación con la nuliparidad, el riesgo de ingreso hospitalario para distopia de órganos pélvicos aumentaba notablemente para el primer hijo (cuatro veces), el segundo (ocho veces), y luego aumentaba con menor rapidez para los nacimientos posteriores: 9 veces para el tercero y 10 veces para el cuarto (14).

**Aumento de la presión intraabdominal:** La presencia de determinados hábitos; como fumar, retener mucho tiempo la orina, hacer presión con el abdomen, utilizar fajas o prendas muy ajustadas, el tipo de actividad profesional trabajos que impliquen carga de pesos, estancias de pie muy prolongadas, o enfermedades como la obesidad, el estreñimiento, la tos crónica (asma o bronquitis), etc. aumentan considerablemente la incidencia de prolapsos genitales (26).

**Actividad física:** El atletismo, la gimnasia que son actividades físicas de alta competición, se asocian con una mayor numero de eventos de alteraciones de la función del suelo pélvico, mientras, suponen un riesgo menor la natación No obstante, no se debe pensar, que el sedentarismo sea beneficioso o preventivo para esta patología. Lo que

reduce el riesgo de desarrollar estas alteraciones es la actividad deportiva moderada debido a que potencia la musculatura pélvica (27),

**Actividad laboral:** También puede desencadenar alteraciones de la fisiología del suelo pélvico estar de pie durante largos periodos de tiempo (28).

**Obesidad:** Se considera un factor de riesgo muy importante, un índice de masa corporal superior para la altura y edad correspondientes (29).

**Estreñimiento:** Sobre el nervio pudendo, tanto por compresión (prensa abdominal), como por estiramiento (prolongación de la defecación) parece producir un efecto lesivo crónico. Esto empeora el estreñimiento debido a que origina cierto grado de neuropatía pélvica, que a su vez, cierra un círculo vicioso que acaba por generar una importante debilidad del suelo pélvico (30).

**Episiotomía y laceraciones perineales:** No se encontró evidencia de que la episiotomía pueda ser un factor protector contra la incontinencia fecal, prolapso o disminución de la fuerza muscular del piso pélvico (12).

El traumatismo del esfínter anal es un factor predisponente independiente para la incontinencia fecal (12).

### **2.3 Definiciones de términos básicos**

**Prolapso genital:** Es una asociación clínica anatómica que se relaciona al fallo de las estructuras de sostén y de suspensión de los órganos pelvianos de la mujer, llegando éstos a protruir a través de la abertura vulvogenital (5).

Las mujeres con distopia genital refieren que sus síntomas disminuyen con el descanso y en decúbito, incrementándose con el bipedismo y los esfuerzos.

Frecuentemente, acuden al consultorio porque sienten un bulto o masa que les protruye a través de sus genitales externos, mayormente cuando hace esfuerzos, asociado con frecuencia a dolor en el bajo vientre. En otras oportunidades refieren problemas miccionales, defecatorios o incluso dificultades en el acto sexual lo que las lleva a consultar (7).

#### **Gestas, paridad y tipo de parto**

**Paridad:** representa el número de productos nacidos vivos eutócicos, mayor a 20 semanas de gestación (22).

**Parto Vaginal:** es la expulsión del feto por la vía natural o sea la vagina (23).

**Cesárea:** es un acto quirúrgico a través de una incisión en el abdomen, se extrae al producto de la madre (3).

**Obesidad:** Ese el exceso de grasa que origina un aumento de peso corporal con respecto al que corresponde según talla, sexo y edad (3).

**Estreñimiento:** Es la dificultad para evacuar las heces ya sea por volumen acumulado o consistencia de las mismas.

Al igual que ocurre en el parto vaginal, parece que esta patología produce un efecto lesivo crónico sobre el nervio pudendo, tanto por compresión (prensa abdominal), como por estiramiento (prolongación de la defecación). El daño del nervio pudendo, causado por el pujo repetido y prolongado en la defecación, conlleva a denervación de los músculos del piso pélvico y del esfínter anal externo pudiendo causar prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria y fecal. El síndrome del descenso perineal puede producir denervación de los elevadores de una manera independiente a la del esfínter anal externo (22).

### **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 Formulación de la hipótesis**

No es necesario hipótesis por ser un trabajo descriptivo.

#### **3.2 Variables y su operacionalización**

Variables		Definición operativa	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus valores	Medio de verificación
VARIABLE DEPENDIENTE	Factores obstétricos	Antecedente de parto vaginal	Presencia de partos vaginales previos en las pacientes incluidas en el estudio.	Cualitativa	Tipo partos vaginales	Nominal	Sí / No
		Número de partos vaginales	Se refiere a la cantidad de partos vaginales que tuvieron las pacientes incluidas en el estudio.	Cualitativa	Cantidad de partos vaginales	Nominal	>1 / ≤ 1
		Antecedente de gestación previa	Constituye el estado de gravidez previo en las pacientes incluidas en el estudio	Cualitativa	Gravidez	Nominal	Sí / No
		Numero de gestaciones previas	Es la cantidad gestaciones que tuvieron las pacientes incluidas en el estudio	Cuantitativa	Cantidad de gestaciones	Nominal	≥3 / < 3
		Antecedente de cesárea	Presencia de intervención quirúrgica previa para la extracción del producto de la gestación, en las pacientes incluidas en el estudio	Cualitativa	Intervención quirúrgica	Nominal	Sí / No
		Antecedente de parto de hijo macrosómico	Se refiere al hecho de haber tenido un hijo cuyo peso al nacer fue mayor o igual a 4000gr	Cualitativa	Peso del recién nacido	Nominal	Sí / No
		La edad avanzada, el IMC elevado, son factores de exposición para prolapso de órganos pélvicos.	Se refiere a que si estos factores generan prolapso en los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa	Edad en años, índice de masa corporal,	Nominal	Sí / No
VARIABLE INDEPENDIENTE	Prolapso genital	Es una asociación clínica anatómica que se relaciona con el fallo de las estructuras de sostén y de suspensión de los órganos pelvianos de la mujer, llegando éstos a protruir a través de la abertura vulvogenital.	Cualitativa	Grado del prolapso genital	Nominal	Sí / No	Ficha de recolección de datos

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo y diseño de investigación**

La investigación será de tipo descriptivo.

Diseño ser retrospectivo y transversal.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Pacientes ginecológicas atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2017-2018.

#### **Población a estudiar**

Conformado por todos las mujeres ginecológicas atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017–2018.

#### **Unidad de estudio**

Mujer ginecológica atendida en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017 –2018.

#### **Tamaño muestral**

Se utilizará el programa EpiInfo v.7, considerando una confiabilidad del 95%, con una potencia del 80%, un odds ratio de 2.05 con una frecuencia de exposición al factor de riesgo (multiparidad) en las mujeres sin prolapso genital del 42.0% y una frecuencia de los expuestos al factor de riesgo en las mujeres con prolapso genital del 64.4%.

Por lo tanto, el tamaño de la muestra resultante será de 78 para cada grupo. Es decir 78 mujeres con distopia genital y para mantener la relación de 1 a 1 en ambos grupos el grupo control estará conformado por 78 mujeres sin distopia genital

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

#### **Grupo estudio**

- Pacientes que presentaron distopia genital
- Mayores e igual a 18 años
- Sexo femenino
- Historias clínicas que cuentan con información completa y confiable

#### **Grupo control**

- Pacientes que no presentaron distopia genital
- Mayores e igual a 18 años
- Sexo femenino
- Historias clínicas que cuentan con información completa y confiable

#### **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas de pacientes menores a 18 años
- Sexo Masculino
- Historias clínicas de nulíparas
- Historias clínicas que no cuentan con información completa y confiable

### **4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

El tipo de muestreo será probabilístico y la técnica será el muestreo aleatorio simple. Es decir, se seleccionara de manera aleatoria cada historia

clínica de las mujeres con y sin prolapso genital, cumpliendo con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

## **Técnica y Método del trabajo**

### **Técnica**

La técnica de recolección de datos será documental ya que se recurrirán a fuentes secundarias de información (historia clínica).

### **Instrumento**

El instrumento será la ficha de recolección de datos, el cual estará comprendida por 5 partes los cuales son:

- Distopia genital
- Características epidemiológicas
- Factores obstétricos
- Manifestaciones clínicas
- Tratamiento

## **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Luego de haber realizado la recolección de datos se procederá con los siguientes puntos:

Se procederá a realizar la numeración de cada ficha de recolección de datos, para luego proceder con el llenado de estos.

Se creara una hoja de cálculo en el programa estadístico SPSS vs 23 en español.

Se procederá a realizar el llenado de los datos en la hoja de cálculo del programa de SPSS vs 23 en español, luego de ello se realizara el control de calidad de los datos (consistencia interna, depuración y re-categorización de los datos) todo esto de acuerdo a la operacionalización de las variables, objetivos del estudio y a la matriz de codificación.

Finalmente, se procederá a realizar el análisis estadístico, obteniendo tablas simples y doble entrada.

### **Análisis de datos**

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas (numéricas), se utilizara la medida de tendencia central (promedio) y la medida de dispersión (desviación estándar). Mientras que para el análisis de las variables cualitativas (categóricas) se utilizaran las frecuencias absolutas (n) y relativas (%).

Para determinar los factores de exposición para prolapso genital en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se estimará el grado de asociación o relación entre los factores de riesgo y prolapso genital a través de la prueba Chi-Cuadrado, para luego precisar el riesgo sobre la base del cálculo del Odds Ratio de cada variable con un nivel de significancia del 5% considerando un valor  $p < 0.05$  significativo.

### **4.5 Aspectos éticos**

La declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) en su última versión, considera a estos como estudio de investigación sin riesgo en seres humanos, definido como estudios que emplean técnicas y métodos de investigación retrospectivos documentales y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes que

participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Mantendremos el secreto de la información y se asegurará que los datos obtenidos se utilizaran exclusivamente para fines de este estudio.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2018				
	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Análisis bibliográfico	X				
Organización del proyecto	X				
Revisión del proyecto	X				
Presentación ante autoridades	X				
Verificación de instrumentos	X				
Reproducción de los instrumentos	X				
Preparación del material de trabajo	X				
Elección de la muestra	X				
Recopilación de datos		X	X	X	X
Control de calidad de datos				X	X
Tabulación de datos				X	X
Codificación y preparación de datos para análisis					X
Investigación e interpretación					X
Redacción informe final					X
Impresión del informe final					X

## PRESUPUESTO

<b>PRESUPUESTO</b>				
<b>BIENES</b>				
Nº	Especificación	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Costo total (S/.)
1	Hojas bond A4	2000	0.05	100
2	Lapiceros	40	1.0	40
3	USB	2	35	70
4	Folder	4	7	28
5	Tablero	2	20	40
<b>SUB- TOTAL (1)</b>				<b>278</b>
<b>SERVICIOS</b>				
Nº	Especificación	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Costo total (S/.)
1	Copias	600	0.1	60
2	Anillado	12	25	300
3	Equipo de cómputo Modulo	1	800	800
4	Otros gastos		900	900
<b>SUB- TOTAL (2)</b>				<b>2060</b>
			<b>(1)</b>	<b>278</b>
			<b>(2)</b>	<b>2060</b>
			<b>TOTAL</b>	<b>S/. 2338</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Espitia F. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. *Medicas UIS*. 2017; 28(3): p. 309-315.
2. Mnacera A, Jiménez J. Prolapso de órganos pélvicos. *Rev. Hosp Jua Mex*. 2017; 80(4): p. 248-250.
3. Abreu Y, Martínez J, Rodríguez E, Alerm A, Garcías J. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2016; 8: p. 99-110.
4. Lainez E. "Prolapso genital femenino: Factores de riesgo y manejo clínicoquirúrgico en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2015. Tesis de Grado. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015.
5. Bozkurt M, Ender A, Sahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2014; 53: p. 452-458.
6. Durhashan A, Kenny L, Durnea U, Smyth M, O'Reilly B. Prevalence, etiology and risk factors of pelvic organ prolapse in premenopausal primiparous women. *Int Urogynecol J*. 2014; 25: p. 1463-1470.
7. Dionicio R., "Factores de riesgo de distopia genital", pacientes del HNAL. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 59: p. 162-165
8. Mere J. factores de exposición para distopia genital en pacientes atendidos en el HNAL. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 59: p. 145-149.
9. Reátegui R, Acosta S. Importancia de la reducción del prolapso vaginal anterior severo durante el examen clínico y estudio urodinámico, en el diagnóstico de incontinencia urinaria oculta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2013; 59: p. 167-170.
10. Gutiérrez A, Solórzano M, Trujillo C, Plata M. Prevalencia de prolapso del piso pélvico en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. *Revista Urología Colombiana*. 2012; p. 41-49.

11. Elenskaia K, Thakar R, Sultan A, Scheer I, Onwude J. Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: A longitudinal cohort study. *Int Urogynecol J*. 2012; p. 2-12.
12. Mercado M, Pacheco J. la técnica Kelly modificada en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia, Ginecol. obstet.* 2004.
13. González-Merlo J et al, *Ginecología 6ª Edición*, Salvat Editores, Barcelona 2001 p45-48.
14. Bump, Richard y Norton, Peggy. Datos epidemiológicos y evolución natural de la disfunción del piso pélvico. *Clínicas de ginecología y obstetricia. Temas actuales. Volumen 4.* p. 688-690. Año 2004.
15. Jarvis SK, Hallam TK, Lujic S, Abbott JA, Vancaillie TG. Peri-operative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and or prolapse surgery: Results of a randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005; pag300-304.
16. Bump RC, Norton PA: Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North AM*: 723-46, 1998.
17. Anzoátegui, Iliana; Medina, Luis; Pérez, Carmen. Efectos de la multiparidad sobre el piso pélvico / Effects of the multiparidad structure pelvis. *Biblioteca Virtual en salud. Fonte: Col.med. estado Táchira*; 12(3):6-11, sept.-dic. 2003.
18. Grupo de Estudio Proyecto Menopausia Italia. Instituto de Investigación Farmacológica Mario Negri, vía Eritrea 62-20.157, factores de riesgo de prolapso fenital en mujeres no histerectomizadas cercanas a la menopausia Milán, Italia, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española)*; 1: 226-231, 2001.
19. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor muscle disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*;107(12):1460-70, año 2000
20. Thompson, John D. Defectos del compartimiento anterior. Colporrafia anterior para la reparación del cistourethrocele. *Ginecología Quirúrgica. Te Linde. 8ª Edición. Cáp. 37.* 2004
21. González J. Plastía vaginal anterior. Colporrafia anterior. Corrección del cistocele y del urethrocele. *Atlas de operaciones ginecológicas. Tomo I. Cáp.*

4. Plastía posterior de la vagina y perineo. Colpoperineoplastía. Reparación del rectocele. Atlas de operaciones ginecológicas. Tomo I. Cáp. 5. Cuidados postoperatorios. Complicaciones intra y postoperatorias. Atlas de operaciones ginecológicas. Tomo I. Cáp. 15. 2005
22. Colau JC, Couturier JY, Antoine JM, Prolapsus Génitaux. Encyclopédie MédicoChirurgicale, Paris, Gynécologie 290 A 10, 6, p 1- 12, 2002.
23. Glazener CMA, Cooper K. Reparación vaginal anterior para la incontinencia urinaria en las mujeres (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1. Oxford: Update Software. 2007. Pag 222-227.
24. Melgar E y col: La obesidad como factor de riesgo en la cirugía anti-incontinencia. Ginec. Obst. México 2001 p 343-347.
25. Echavarria L. Fijación sacroespinal en el manejo del prolapso de cúpula vaginal y hernia pélvica: diez años de experiencia). Rev Colomb Obstet Ginecol, vol.55, no.1, p.3742. ISSN 0034-7434. Ene./mar. 2004.
26. Hernández Sánchez A, Bellón del Amo A. Gutiérrez Alaguero A, Escudero Fernández M. Epidemiología y Etiopatogenia del Prolapso Genital, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. 2005.
27. Leyes S, López S. Kusmiruc, A. Cátedra de Clínica Ginecológica, Facultad de Medicina. UNNE y Hospital J. R. Vidal. Necochea 1050, (3400). Corrientes. Argentina. 2002.
28. Torres S, Segura E, Ramón M, Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Joan XXIII de Tarragona Colposuspensión transvaginal al ligamento sacroespinal en una serie de quince casos, 2002.
29. Rodríguez O, Santiso R, Ginecología Fertilidad Salud Reproductiva, Editorial Ateproca, 2000, Prolapso Genital pag. 170 – 171. Caracas Venezuela.
30. Grody J, Marvin D. Defectos del compartimiento posterior. Rectocele y defectos Perineales: evaluación y corrección. Ginecología Quirúrgica. Te Linde. 8ª. Edición. Cáp. 37. 2003.
31. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Tratamiento quirúrgico de órganos pélvicos. Biblioteca Cochrane Plus 2007.

32. Chaudhuri SK 2003: Lugar de las intervenciones de cabestrillo para el tratamiento del prolapso genital en la mujer joven. *Int J Gynaecol Obstet* 16: 314-320.
33. . Berrios Quezada C. Complicaciones de las cirugías correctoras de los trastornos de estática pélvica servicio de ginecología, León Nicaragua. *Heodra* julio 2002.
34. Grupo de Estudio Proyecto Menopausia Italia. Instituto de Investigación Farmacológica Mario Negri, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (Ed. Española) 2001; 1: 226-231.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Titulo	Pregunta de investigación	Objetivo	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores de riesgo de prolapso genital en hospital nacional arzobispo loayza 2017 – 2018	¿Cuáles son los factores de riesgo que generan prolapso genital en pacientes atendidas en el	Objetivo general Determinar los factores de riesgo para Prolapso Genital en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017 – 2018.	La presente investigación será de tipo Observacional.	Estará conformado por todas las mujeres ginecológicas atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017 – 2018.	Ficha de recolección de datos adjunta en anexos
	servicio de ginecología del hospital nacional arzobispo loayza 2017-2018?	Objetivo específico Determinar la relación entre antecedentes obstétricos como (número de embarazos, número de partos), tipo de parto (cesárea o parto vaginal), lugar de atención del parto (hospitalario o domiciliario), historial de cirugías pélvicas pasadas (histerectomía, bloqueo tubárico, laparotomía abdominal, entre otras) con Prolapso Genital. Determinar la asociación entre factores que incrementan la presión intraabdominal (sobrepeso, estreñimiento, EPOC) con Prolapso Genital.	Estudio analítico (de casos y controles), retrospectivo y transversal.	Se procederá a realizar el llenado de los datos en la hoja de cálculo del programa de SPSS vs 23 en español, luego de ello se realizara el control de calidad de los datos (consistencia interna, depuración y recategorización de los datos) todo esto de acuerdo a la operacionalización de las variables, objetivos del estudio y a la matriz de codificación.	

## 2. Instrumento de recolección de datos

Nº HC: \_\_\_\_\_

Fecha de recolección: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. **Distopia genital:** Si ( ) No ( )

2. **Características epidemiológicas:**

- Edad: \_\_\_\_\_ años
- Estado civil: ( ) Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Separada ( )  
Viuda ( )
- Grado de instrucción: ( ) Sin instrucción ( ) Primaria  
( ) Secundaria ( ) Superior
- Peso: \_\_\_\_\_ kg
- Talla: \_\_\_\_\_ cm
- IMC: ( ) Bajo peso (< 18.5) ( ) Normal (18.5 – 24.9)  
( ) Sobrepeso (25 – 29.9) ( ) Obesidad (≥ 30)

3. **Factores de riesgo:**

- Antecedente de parto vaginal: Sí ( ) No ( )
- Número de partos vaginales: Sí ( ) No ( )
- Antecedente de gestación previa: Sí ( ) No ( )
- Numero de gestaciones previas: -----
- Antecedente de cesárea: Sí ( ) No ( )
- Antecedente de parto de hijo macrosómico: Sí ( ) No ( )
- Peso: Sí ( ) No ( )

4. **Manifestaciones clínicas**

- Dolor pélvico: Sí ( ) No ( )
- Disuria y polaquiuria: Sí ( ) No ( )
- Incontinencia urinaria: Sí ( ) No ( )
- Dispareunia: Sí ( ) No ( )
- Sensación de cuerpo extraño en vagina: Sí ( ) No ( )

5. **Tratamiento:** Clínico ( ) Quirúrgico ( )

### 3. Consentimiento informado

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Consentimiento Informado

Fecha.....de..... de 201..... Hora: .....

Yo ....., con DNI....., expongo haber leído y comprendido el objetivo de la investigación y sus riesgos. Asimismo, que el médico....., CMP ....., ha explicado el fin de realizar este estudio y haber resuelto todas mis preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; doy mi consentimiento para que bajo la supervisión y observación del profesional de salud se realice este estudio.