UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEON

AREA DE CONOCIMIENTO DE CIENCIAS MEDICAS.

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Tesis para optar el título de especialista en Ginecología & Obstetricia

“Prevalencia y factores asociados al prolapso de órganos pélvicos en pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, en el período comprendido entre enero 2022 a diciembre 2024”.

Autora:

Dra. Marian Juniette Morales Ortiz.

Residente de Ginecología y Obstetricia.

Tutor:

Dr. Germán Bravo Canales

Especialista en Ginecología & Obstetricia

Subespecialista en Urología ginecológica

Febrero, 2025

León, Nicaragua

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por no dejarme sola a pesar de las adversidades que se presentaron en el camino logrando alcanzar este peldaño tan importante en mi vida.

A mi familia por su apoyo y amor incondicional durante este largo camino.

A cada uno de mis docentes que con su conocimiento de una u otra manera contribuyeron a que yo pudiera finalizar la especialidad.

A mis abuelos que con su bendición me protegen desde el cielo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme llegar hasta donde estoy.

A mi familia por compartir conmigo cada acierto y desacierto vivido durante el desempeño en la especialidad

Al Ministerio de Salud y a las autoridades del HEODRA por la oportunidad y el permiso para realizar esta especialidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN León y todos los docentes de la especialidad, por los conocimientos compartidos.

A Dra. Miurel Toruño y todos maestros que con su aporte de conocimiento contribuyeron para la realización de este trabajo de investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados al prolapso de órganos pélvicos en pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, 2022-2024".

Diseño metodológico: estudio analítico transversal en 110 pacientes, se calculó prevalencia, se realizó análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes, se estimó la razón de prevalencia, el intervalo de confianza al 95% y el valor de p como pruebas de asociación y significancia estadística.

Resultados: la edad promedio fue de 72 años. Entre las principales características sociodemográficas de las pacientes en estudio predominaron un grupo etario de 71 a 80 años con un 47.3%, procedencia rural con un 63.6%, escolaridad primaria 64.5%, estado civil de unión de hecho con 76.4% y la ocupación de ama de casa de 80%. Con respecto a la indicación de las histerectomías realizadas predominó el dolor pélvico crónico + sangrado uterino anormal 26.2%. El tipo de histerectomía realizada en las pacientes que predominó fue la de tipo abdominal con un 71.8%. La prevalencia del POP en las pacientes intervenidas quirúrgicamente fue de 26.4% (29 pacientes). El principal factor de riesgo fue la multiparidad" (RP: 2.2, IC95%:1.01-5.1; P: 0.03).

Conclusión: la prevalencia del POP fue de 26.4%, y se asocia a factores como multiparidad, vía del parto y tipo de histerectomía.

Palabras claves: Prolapso órgano pélvico, prevalencia, factores asociados.

INDICE

INTRODUCCION **1**
ANTECEDENTES **2**
JUSTIFICACION **5**
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **6**
OBJETIVOS **7**
MARCO TEORICO **8**
HIPOTESIS **20**
DISEÑO METODOLOGICO **21**
RESULTADOS **25**
DISCUSION DE RESULTADOS **29**
CONCLUSIONES **31**
RECOMENDACIONES **32**
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS **33**
ANEXOS **37**

INTRODUCCION

El prolapso de órganos pélvicos es definido como el descenso de uno o más órganos que tienen relación con la pared anterior, posterior, el ápice o cúpula vaginal después de la histerectomía; haciéndose uso de estos términos de manera subjetiva sin ninguna estandarización[1].

El prolapso genital es un problema muy común y tiene una prevalencia entre un 43-76% en la población femenina en general y un 40% en las mujeres postmenopáusicas. Su intervención quirúrgica suele ser de un 11%; y existe un 30% de riesgo de reaparición del prolapso en algún momento de la vida de las pacientes[2,3], afecta de manera significativa a la mitad de las mujeres mayores de 50 años, siendo hasta en un 76% el motivo de la consulta diaria y su cirugía corresponde con un riesgo a lo largo de la vida de un 19%[4,5].

El desarrollo y aparición de esta patología es el resultado de una combinación de varios factores, entre ellos tenemos la denervación de la musculatura del piso pélvico o defecto a nivel de la fascia endopélvica y los ligamentos de soporte. En diversas investigaciones se han identificado factores como la edad avanzada, la multiparidad, deficiencia de estrógeno, constipación, tos crónica, el aumento de fuerza o peso abdominal, e incluso la predisposición genética[6].

Uno de los factores controversiales y que se ha relacionado significativamente en el desarrollo del prolapso son las mujeres que han sido sometidas a histerectomía. La histerectomía es la extracción del útero por diversas indicaciones, esto al final predispone al desarrollo del prolapso provocando sintomatología molesta en la mujer, que limita en ocasiones su vida cotidiana[5,6].

Sabiendo que la histerectomía es un procedimiento común día a día, es importante conocer la cantidad de prolapsos que se producen posterior al procedimiento quirúrgico. El propósito de este trabajo es determinar la prevalencia de prolapsos de órganos pélvicos y que factores se asocian a esto.

ANTECEDENTES

A nivel internacional

Martines Castaño y Martínez Méndez del 2011 al 2016 describieron las características clínicas de las pacientes con prolapso genital sometidas a corrección quirúrgica en el Hospital Universitario Mayor (HUM) de Mederi. Se estudiaron a 282 pacientes, con una edad media de 64,9 años. La mediana de embarazos y partos vaginales fue de 3. El 90% de las pacientes se encontraban en la postmenopausia. El 62% tenían un IMC > 29, el 46% tuvieron afectación de 3 compartimentos vaginales y el grado de prolapso más frecuente fue el 3 en el 48% de los casos. La infección de vías urinarias fue la complicación más frecuente y se encontró una tasa de reprolapso del 14,5%[7].

En el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca Ecuador, en el 2017, Sarmiento determinó la prevalencia y factores asociados a prolapso de órganos pélvicos en mujeres entre 35 – 60 años que acudieron a consulta externa de Ginecología. Se realizó un estudio transversal, ingresaron por asignación secuencial 196 mujeres. La mediana de edad fue de 46 años; el número de partos vaginales fluctuó entre 0 y 8; el 34,2 % presentaron obesidad. La prevalencia de prolapso fue del 20 %, estuvo asociada a multiparidad; menopausia y antecedente de histerectomía, el prolapso grado II fue el más frecuente (11%)[8].

En otro estudio, en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado, en el Ecuador, en 2017 Cabezas determinó los factores de riesgo que padecen las pacientes atendidas que con prolapso genital. Se analizaron 138 pacientes, el rango de edad fue de 40 años a 60 años con una media de 49. Se destacó mayor incidencia en el estadio II 54 paciente con un 39% y el estadio III 53 pacientes con 38%. Se observó que en el grupo de mayor edad (56-60 años) el estadio del prolapso III es el que presentó mayor frecuencia con un 39%. Las pacientes que tuvieron el mayor porcentaje (64%) de prolapso fueron las mujeres que tuvieron parto vía vaginal. Se observó que las mujeres que tuvieron un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 30 presentaron prolapso de mayor estadio grado III en la misma frecuencia (30 pacientes)[9].

En el 2021 se publicó un estudio por Iowa Gabriel et al, el cual evaluó el riesgo de prolapso después de la histerectomía abdominal, vaginal y laparoscópica o robótica. Se estudiaron a 2,158 pacientes, 1459, 375 y 324 se sometieron a histerectomía abierta, vaginal y laparoscópica o robótica, respectivamente. La principal indicación fue el cáncer para la histerectomía abdominal (33%) y laparoscópica o robótica (25%) y el prolapso para la histerectomía vaginal (60%). El

tiempo hasta el prolapso fue más corto después de la cirugía vaginal (27 meses) y más largo después de la cirugía laparoscópica o robótica (71 meses). El grado de prolapso fue similar en los 3 grupos. En el seguimiento de 17 años, la vía de la histerectomía no se asocia con una diferencia en la recurrencia, el grado o el tratamiento posterior del prolapso cuando se considera la indicación de histerectomía[10].

Vermeulen et al, en el 2021 publicó la prevalencia a largo plazo del prolapso de órganos pélvicos (POP) después de la histerectomía laparoscópica (LH) en comparación con la histerectomía vaginal (VH). Se estudió a 406 de 706 pacientes elegibles (58%). 68 pacientes que equivalen al 17% recibieron tratamiento para el prolapso; 8% LH, 39%. La prevalencia de prolapso de la cúpula vaginal fue del 4,4% para LH y 28% para VH. La prevalencia de prolapso ≥ estadio 2 en cualquier compartimento fue del 62% VH y en el 42% del grupo LH. El POP después de una histerectomía vaginal por prolapso de órganos pélvicos ocurre con más frecuencia que después de una histerectomía por otras indicaciones[11].

A nivel nacional

En el 2011, Medina y Munguía determinaron los factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología. Se estudió una muestra de 176 pacientes, encontrando que la mayoría de las pacientes son mayores de 40 años, amas de casa, casadas o en unión libre, del sector urbano y con baja escolaridad. En cuanto a factores de riesgo se encontraron; la paridad mayor (OR=11; IC95% 2.99 - 40% RA= 90.89) y la edad mayor o igual a 40 años (OR: 4.83; IC95% 1.75 - 13.27; %RA= 79.3), la histerectomía no fue determinada como factor en este estudio[12].

En el 2015, Aguinaga y Torrez determinaron la prevalencia de Prolapso de órganos pélvicos la cual fue del 24%. El grupo etario más representativo fue los mayores de 65 años, se trataba de mujeres amas de casa, con sobrepeso y obesidad respectivamente, procedentes de la zona rural su mayoría. El trastorno del piso pélvico más frecuente fueron cistocele y rectocele en sus respectivos grados para indicación quirúrgica, vale destacar que en esta unidad asistencial en su gran mayoría se encontró la utilización del sistema Baden y Walker Half Way. Los procedimientos quirúrgicos que más se realizaron en las pacientes fueron histerectomía vaginal, colpoplastia anterior y posterior. La diabetes mellitus, Hipertensión arterial crónica, histerectomía, multiparidad, parto vaginal, feto macrosómico y obesidad fueron los factores asociados a la aparición de POP[13].

JUSTIFICACION

El prolapso de órganos pélvicos tiene una gran prevalencia en la población femenina, siendo un problema de salud pública que provoca un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres que la padecen, contrayendo alteraciones en el desenvolvimiento profesional, social, sexual y familiar. Siendo multifactorial su causa, algunos factores pueden ser modificados, alterando el comportamiento del desarrollo del prolapso[14]. La histerectomía es un procedimiento común en los hospitales nicaragüenses, del 15 al 20% aproximadamente.

Este estudio pretende determinar la relación estadística entre la histerectomía de patología benigna con la presencia de prolapso de órganos pélvicos en mujeres atendidas en el servicio de ginecología del HEODRA.

Esto llenaría un vacío de conocimiento existente en la literatura nacional e internacional, convirtiéndose este trabajo en un documento de referencia para próximas investigaciones sobre el tema, además de que podría ser tomado en cuenta para la realización de actualizaciones en los protocolos hospitalarios de atención a la mujer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los factores que alteran el suelo pélvico y conllevan a los prolapsos pueden ser predisponentes, promotores, descompensadores e incitadores, dependiendo en qué momento de la vida de la paciente actúan y con qué impacto afectan[6]. El antecedente de cirugía vaginal y la histerectomía total se encuentran entre los factores que pueden alterar la indemnidad del suelo pélvico, provocando el desarrollo de la patología ya descrita.

Mientras sigan dándose diferentes patologías en la pelvis, la histerectomía continuará siendo una opción terapéutica y necesaria; por eso el interés debe aumentar en realizar cirugías menos invasivas y una buena oportunidad para ello es desarrollando técnicas laparoscópicas que permitan agregar las ventajas propias de la técnica como menos sangrado intraoperatorio, estadía hospitalaria menor, menos morbilidad y rápido retorno a actividades previas.

La histerectomía total es una cirugía que puede provocar daño de los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte, es necesario la búsqueda de la técnica más adecuada para preservar la indemnidad del SP. La histerectomía supracervical laparoscópica podría ser la opción por sus benevolencias con el suelo pélvico, pero antes se debe documentar la relación existente entre los prolapsos y la histerectomía en las mujeres. Por esto, surge la pregunta:

¿Cuál es la prevalencia del prolapso de órganos pélvicos (POP) en pacientes sometidas a histerectomía en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello en el período de 2022 al 2024?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la prevalencia y factores asociados al prolapso de órganos pélvicos en pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, en el período comprendido entre enero 2022 a diciembre 2024".

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes intervenidas.
2. Estimar la prevalencia de los tipos de prolapsos de órganos pélvicos en las pacientes estudiadas.
3. Mencionar el tipo de histerectomía realizada y sus indicaciones.
4. Identificar los factores asociadas al prolapso de órganos pélvicos en las pacientes.

MARCO TEORICO

1. Concepto de prolapso de los órganos pélvicos (POP)

Se define como el descenso de uno o más órganos, entre los que se incluyen el útero, la vagina, la uretra, la vejiga, el recto, desde su posición anatómica habitual. Dicho desplazamiento se produce como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y puede alcanzar diferentes grados[15].

El POP es una patología importante dentro de las disfunciones del suelo pélvico (SP) con las que con frecuencia se asocia requiriendo en muchas ocasiones un enfoque multidisciplinario. En la exploración ginecológica se manifiesta como un descenso del cuello uterino o de las paredes vaginales (anterior, lateral, posterior o superior) tras las cuales están los otros órganos prolapsados. Así, detrás del prolapso de la pared vaginal anterior pueden encontrarse la uretra y/o la vejiga, de la pared posterior el recto y/o parte del intestino y de la pared superior el útero y/o parte del intestino[15].

La estática de los órganos pélvicos se establece mediante el sistema de orientación del útero (fondo uterino hacia delante por los ligamentos redondos y hacia atrás por los ligamentos útero-sacros), sistema de suspensión (ligamentos cardinales y paracolpos) y por último por el sistema de sustentación (piso pélvico, músculos elevadores del ano y coccígeos, diafragma urogenital y cuña perineal)[16].

1.1 Cuantificación del prolapso de órganos pélvicos.

En 1996, la Interenational Continence Society definió un sistema de cuantificación del Prolapso de órgano Pélvico (POP-Q). Este sistema contiene una serie de mediciones de sitios específicos del soporte de órganos pélvicos femeninos. Se mide el prolapso en cada segmento con relación al himen, que es una relación anatómica fija que puede identificarse de manera constante[16].

Se localizan 6 puntos con referencia al plano del himen: dos en la pared vaginal anterior (puntos Aa y Ba), dos en la vagina porción apical de la vagina (C y D) y dos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp). Todos los puntos de POP-Q, salvo la longitud vaginal total (tvl), se miden durante la maniobra de Valsalva y deben reflejar la protrusión máxima[16].

1.2 Valoración con POP-Q

Con el plano del himen definido como cero, se mide en centímetros la posición anatómica de estos puntos a partir del himen. Los puntos por arriba o proximalesal himen se escriben con un numero negativo. Las posiciones inferiores o distales al himen se registran con un número positivo. Las mediciones de los dos puntos pueden organizarse en una matriz de tres por tres[16].

1.3 Cinco etapas

El grado de prolapso también puede cuantificarse con un sistema ordinal de cinco etapas[16]:

- **Etapa 0:** No se demuestra prolapso. Los puntos Aa, Ap, Ba y Bp están a -3 cm y punto C o el D están entre –TVL y – (TVL-2) en cm. [16]
- **Etapa I:** No se cumplen los criterios de la etapa 0, pero la porción más distal del prolapso es >1 cm por arriba del nivel del himen (es decir, su valor de cuantificación es < –1 cm). [16]
- **Etapa II:** La parte más distal del prolapso es ≤1 cm proximal o distal al plano del himen (o sea, su valor de cuantificación es ≥ –1 cm, pero ≤+1 cm). [16]
- **Etapa III:** La parte más distal del prolapso es >1 cm por debajo del plano del himen, pero no sobresale más de 2 cm menos de la longitud vaginal total en centímetros (o sea, su valor de cuantificación es >+1 cm, pero <+ [TVL–2] cm)[16].
- **Etapa IV:** En esencia, se demuestra la eversión completa de toda la longitud del aparato genital inferior. La parte distal del prolapso sobresale al menos (TVL–2)cm (esto es, su valor de cuantificación es ≥+ [TVL–2] cm. En la mayoría de los casos, el borde más sobresaliente del prolapso en etapa IV será el cuello uterino o la cicatriz del muñón vaginal. [16]

Las etapas se asignaron de acuerdo con la porción más marcada del prolapso. [16]

Clasificación de Baden[15,16]

Era una de las clasificaciones más utilizadas en la práctica clínica y la mayor parte de los ginecólogos estamos familiarizados con ella, pero le falta reproductibilidad y especificidad. Utiliza la nomenclatura clásica de cistocele, uretrocele, prolapso uterino o de cúpula vaginal, rectocele y enterocele, para definir el órgano que se encuentra prolapsado en cada caso.

- El cistocele es el descenso de la vejiga, el uretrocele es el descenso de la uretra, el rectocele se corresponde con el descenso del recto.

- El prolapso uterino es el descenso del útero. El prolapso de la cúpula vaginal es el descenso de la cúpula vaginal en pacientes histerectomizadas.
- El enterocele se correspondería con el descenso del fondo de saco de Douglas donde con frecuencia se incluyen asas intestinales. Divide el prolapso en cuatro grados y toma como punto de referencia el himen:

Grado I: el compartimento prolapsado está en la mitad de camino al himen.

Grado II: el compartimento prolapsado está a la altura del himen.

Grado III: el compartimento prolapsado sobrepasa el himen.

Grado IV: prolapso total del compartimento.

El Pelvic Organ Prolapse Quantification system está constituido por un conjunto ordenado de valores que permiten una descripción precisa del soporte pélvico sin necesidad de establecer un grado de severidad. Facilita la evaluación de la estabilidad o progresión del prolapso y está estandarizado y aprobado por diferentes asociaciones internacionales[16].

El POPQ se basa en la medición de las distancias comprendidas entre seis puntos situados en la vagina y un punto fijo de referencia que es el himen[15].

Se expresan en centímetros y van precedidas de un signo "–" siempre que el punto se encuentre proximal o por encima del himen, o de un signo "+" cuando el punto está por debajo o distal al himen. Cuando la posición de estos puntos coincide con el plano del himen se le da un valor cero. Se acepta una precisión de 0,5 cm. Los puntos vaginales son los siguientes[15,17]:

– Punto Aa: punto fijo localizado en la línea media de la pared vaginal anterior a 3 cm del meato uretral.

– Punto Ba: este punto no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal anterior y el punto Aa.

– Punto Ap: localizado en la línea media de la pared vaginal posterior, a 3 cm del himen.

– Punto Bp: este punto no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal posterior y el punto Ba.

– Punto C: es el punto más distal del cérvix o de la cúpula vaginal.

– Punto D: es el punto más distal del fórnix vaginal posterior (fondo de saco de Douglas).

– El POPQ incluye también otras medidas que nos describen la anatomía del SP:

– El gh (hiato genital): se mide desde la línea media del meato uretral y el himen posterior.

– El pb (cuerpo perineal): se mide desde el margen posterior del hiato genital hasta la mitad del orificio anal.

– El tvl (longitud vaginal total): se mide con el prolapso reducido. Los valores que se obtienen con la exploración siguiendo el sistema POPQ se pueden agrupar en estadios que se asignan teniendo en cuenta la porción más severa del prolapso:

– Estadio I: la parte más distal del prolapso no alcanza el himen.

– Estadio II: la porción más distal del prolapso está entre 1 cm por encima del himen y 1 cm por debajo del mismo.

– Estadio III: la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por debajo del himen, pero no es mayor que 2 cm menos de la longitud vaginal total.

– Estadio IV: se corresponde con la eversión completa de la longitud vaginal total. La porción más distal del prolapso protruye al menos la longitud vaginal total menos 2 cm.

2 Factores de riesgo[18,19]

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

a. Edad: La edad avanzada también está implicada al desarrollo de POP. En mujeres entre 20 a 59 la incidencia de POP casi se duplica con cada decenio de la vida[16]. En un estudio de Fritel, encontró que el riesgo de POP aumenta en las mujeres mayores de 55 añoshallando un OR de 1.19, sin embargo, con un IC (0.80–1.77), por lo que no es estadísticamente significativo[17], sin embargo, Progetto Menopausa Italia (2000) encontró que la frecuencia de prolapso uterino aumenta con la edad, el OR de prolapso uterino fue de 1,3 y 1,7 respectivamente, para las mujeres de 52 a 55 años y ≥ 56 años[18].

b. Parto vaginal: Es el factor de riesgo citado con mayor frecuencia. El feto ejerce una distensión y compresión sobre estas estructuras pudiendo condicionar una rotura de las fibras, o incluso una denervación de larama 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[12].

Un tercio de las mujeres después de su primer parto vaginal no complicado presenta lesiones asintomáticas del nervio pudendo, demostradas mediante electromiografía cuantitativa. Anormalidades del haz pubovisceral del elevador del ano, evidenciadas con resonancia magnética se observaron con mayor frecuencia cuando se realizó episiotomía[12].

Las maniobras para un expulsivo asistido, como por ejemplo la maniobra deKristeller; esta maniobra realizada además con la paciente en apnea inspiratoria provoca un aumento importante de la presión intraabdominal con descenso perineal y riesgo de sobreestiramiento del pudendo y empuje del útero en anteflexión, además de riesgo de desgarro perineal y sobredistensión de los ligamentos uterosacros y por tanto del plexo hipogástrico asociándose al prolapso uterino[12].

c. Cesárea: En el cual concluyeron que existe una asociación significativa entre la cesárea y un riesgo 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)[12].

d. Multiparidad: durante la gestación se producen una serie de cambios hormonalesque debilitan la consistencia del suelo pélvico; además de ello, se produce un progresivo aumento del tamaño uterino que incrementa la presión, favoreciendo con ello la aparición de disfunciones. También se ha visto que más de la mitad de las mujeres que se comportaban como incontinentes durante la gestación dejan de serlo en el puerperio, cuando los cambios hormonales y la sobrecarga han desaparecido[12]. El número de partos vaginales guarda una relación con la frecuencia de los prolapsos genitales. En el segundo parto ya se observa un aumento 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[12, 16].

e. Intervenciones quirúrgicas efectuadas sobre los órganos pélvicos: Una preparación y/o recuperación insuficiente, como sucede en histerectomías, cirugía de colon y recto, intervenciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria, cirugías de vejiga, se

acompañan de lesiones y disfunciones musculares pélvicas de grado variable susceptibles de tratamiento reeducador fisioterápico[12,18].

f. 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 (tienen mayor riesgo aquellos 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[12].

g. Actividad física: La actividad deportiva de alta competición, sobre todo la gimnasia y el atletismo, se relacionan con una mayor incidencia de alteraciones de la función del suelo pélvico, mientras que otros deportes, como la natación, suponen un riesgo menor. Sin embargo, tampoco cabe pensar, por ello, que el sedentarismo sea beneficioso o preventivo. Laactividad deportiva moderada potencia la musculatura pélvica, lo que reduce el riesgo de desarrollar estas alteraciones[12].

h. Actividad laboral: parece que el trabajo que supone estar de pie durante largos periodos, con un esfuerzo físico marcado, también puede desencadenar alteraciones de la fisiología del suelo pélvico[12].

i. Obesidad: La presencia de un índice de masa corporal superior para la altura y edad correspondientes, supone un factor de riesgo muy importante que, en muchos estudios ha demostrado ser independiente de otros factores implicados, como la paridad, el tabaco, la cirugía o los antecedentes familiares[12].

j. Estreñimiento: parece producir un efecto lesivo crónico sobre el nervio pudendo, tanto por compresión (prensa abdominal), como por estiramiento (prolongación de la defecación). Estos fenómenos originan cierto grado de neuropatía pélvica, que, a su vez, empeora el estreñimiento, cerrándose un círculo vicioso que acaba por ocasionar una importante disfunción del suelo pélvico con sus consecuencias[12]. En un estudio el 61% de las mujeres con prolapso genital y el 30% de las que presentaron incontinencia, padecieron estreñimiento crónico durante los años previos al establecimiento de estas alteraciones, frente al 4% de las patologías establecidas en mujeres que nunca presentaron este trastorno intestinal crónico[12].

2.2 Factores predisponente según el mecanismo de acción[19,] [20]

a. Alteración en el Parto vaginal: este puede contribuir al prolapso de órganos pélvicos por el daño directo al sistema de sostén dado por la aponeurosis endopélvica y a las paredes de la vagina, y además de esto por el daño indirecto a los músculos y nervios del piso pélvico. Pruebas inequívocas de la participación del parto vaginal como suceso incitante del prolapso de órganos pélvicos son el efecto protector que se obtiene como resultado de la cesárea. Numerosos estudios han demostrado la relación entre el parto vaginal y la aparición de neuropatías pélvicas dado por la compresión directa entre las superficies fetales y maternas, así como por la distensión.

Smith y colaboradores han demostrado que la desnervación del piso de la pelvis con lesión del nervio pudendo, los pélvicos, o ambos, por el parto, puede ser causa de incontinencia anorrectal. También se ha demostrado el daño de los músculos del plano de salida de la pelvis; hay disminución de la fuerza de los músculos del piso pélvico después de la episiotomía y el parto vaginal y no hay efecto protector de estos músculos después de ella[20].

b. Alteración en el tejido conectivo: se cree que el prolapso o la incontinencia son producto de defectos de tejidos conectivos endopélvicos. Rara vez se encuentra prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo genuina en nulíparas jóvenes. Pruebas cada vez más numerosas sugieren que las mujeres con prolapso de órganos pélvicos y con incontinencia urinaria de esfuerzo tienen deficiencias de la colágena que le da fortaleza al tejido conectivo pélvico. Puede haber deterioro progresivo en cantidad y calidad de la colágena por deficiencia de estrógenos lo cual contribuye al prolapso de órganos pélvicos y a la incontinencia urinaria de esfuerzo[19].

c. Alteraciones neurológicas: Neuropatías pélvicas: El daño del nervio pudendo**,** causado por el pujo repetido y prolongado en la defecación, conlleva a desnervación 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 desnervación de los elevadores de una manera independiente a la del esfínter anal externo[19].

d. Factores congénitos: los que afectan la medula **y** las raíces de nervios pélvicos como la distrofia muscular, traumatismo, mielodisplasia y el mielomeningocele causan parálisis flácida de los músculos del piso pélvico y por consiguiente prolapso de órganos pélvicos. Se ha encontrado

que más de 80% de prolapso uterino en recién nacidas y nulíparas se vincula con espina bífida. La espina bífida oculta también se ha relacionado con prolapso de órganos pélvicos y de incontinencia urinaria de esfuerzo. Los defectos de fusión de la línea media por defectos complejos o ausencia total de la pared abdominal inferior, como la extrofia vesical, también contribuyen al prolapso de órganos pélvicos[19].

e. Alteraciones que aumentan la presión intrabdominal: los aumentos crónicos y repetitivos de la presión intraabdominal como la obesidad, la tos fuerte y repetitiva, el levantamiento de objetos pesados y el cambio de las fuerzas abdominales de la pared abdominal anterior a la pelvis y al diafragma pélvico por la adopción de la posición erecta, acentuado por la pérdida de la lordosis lumbar y aumento de la cifosis torácica han llevado al prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria de esfuerzo y a la incontinencia de fecales[18,19].

2.3 Según la clasificación de Bumb y Norton[19] existen diferentes factores de riesgo relacionados con las disfunciones del SP: factores predisponentes (raza, variaciones anatómicas, colágeno); 4 factores iniciadores (cirugía pélvica radical, radioterapia, parto vaginal); factores favorecedores (obesidad, déficit estrogénico, tos crónica, ejercicio físico intenso); y factores descompensadores (envejecimiento, comorbilidades, medicación).

3. Clasificación por etapas de los componentes del prolapso de órganos pélvicos[20].

A cada componente del prolapso de órganos pélvicos se le atribuye una etapa o grado que va de 0 a 4, en tanto la paciente puja. Los componentes a que hace referencia la puntuación son: uretrocele, cistocele, histerocele, prolapso de cúpula, Enterocele y rectocele[18,20].

- **ETAPA Ó GRADO 0**: No se demuestra prolapso de órganos pélvicos.
- **ETAPA Ó GRADO I**: La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por arriba del nivel del himen.
- **ETAPA Ó GRADO II**: La porción más distal del prolapso está entre –1 cm y +1 cm medidos desde el nivel del himen.
- **ETAPA Ó GRADO III**: La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por abajo del plano del himen, pero no más de 2 cm.
- **ETAPA Ó GRADO IV**: La porción distal del prolapso está a más de 2 cm sobre el plano del himen.

Para el desgarro perineal crónico se tiene (5):

- **0** normal (no más que el desgarro del himen).
- **1** desgarro de la mitad anterior del rafe central del perineo.
- **2** desgarro del rafe central, pero no del esfínter anal.
- **3** desgarro que incluye el esfínter anal.
- **4** desgarro que incluye la mucosa rectal.

4. Tratamiento[16,24]

El tratamiento del prolapso genital es fundamentalmente quirúrgico y solo excepcionalmente será un tratamiento médico. La elección del tipo de tratamiento dependerá, fundamentalmente, de la clínica y de la afectación a la calidad de vida de la paciente[12].

4.1 Tratamiento médico conservador

Una vez diagnosticado un prolapso se puede optar por medidas conservadoras cuando éste no afecta a la calidad de vida, no produce sintomatología clínica o si está contraindicada la cirugía[16].

- Eliminar o minimizar factores de riesgo.
- Ejercicios de Kegel para fortalecer la musculatura pélvica.
- Tratamiento hormonal local con estrógenos.
- Tratamiento mecánico mediante el uso de pesarios.

4.2 Tratamiento quirúrgico

El objetivo es obtener la satisfacción funcional de la paciente, restauración de la longitud y eje de la vagina, restablecimiento de la continencia urinaria y fecal, y obtención de resultados duraderos. Estos objetivos no siempre son alcanzables y dependen en gran medida de las características de la paciente y de la presenciade factores de riesgo de recidiva[16].

La mayor parte de la cirugía correctora del prolapso pélvico se realiza por vía vaginal (son alternativas la vía abdominal abierta o laparoscópica), y en muchos casos incluye: histerectomía, colporrafia anterior y posterior (colpoperineoplastia)[16,24].

Se indicará cirugía ante:

- Prolapsos sintomáticos.
- Asociación de clínica de incontinencia urinaria o fecal.
- Disfunción sexual.
- Dolor pélvico (tras descartar otras causas).

Técnicas quirúrgicas: vía vaginal

La vía vaginal se utiliza típicamente en mujeres postmenopáusicas para las que la actividad sexual no es tan importante y, en aquellas mujeres en la que se van a realizar otras técnicas correctoras que precisen de la vía vaginal[16].

Técnicas quirúrgicas: vía abdominal

Se indicará la vía abdominal ante: patología anexial o uterina, imposibilidad de acceso por vía vaginal o predominio de la incontinencia urinaria de esfuerzo sobre el grado de prolapso. Si se asocia incontinencia urinaria de esfuerzo realizarintervención correctora.

Técnicas quirúrgicas percutáneas

De reciente aparición, estas técnicas utilizan mallas unidas a agujas percutáneas, como el Sistema Gynecare Prolift. Se trata de mallas extensas con un sistema de anclaje que permiten dar un soporte más integral y que se aplican con técnica de mínima invasión. El sistema cuenta con un set de instrumentos (una guía, cánulasy dispositivos de tracción de la malla) para facilitar su introducción y su localización. En general, su uso se reserva para prolapsos grado III y IV[16].

6. La histerectomía y el Prolapso de órganos pélvicos[25]

La histerectomía total es una cirugía que puede provocar el daño de los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte, la búsqueda de la técnica más adecuada, debe necesariamente considerar que permita, además, preservar la indemnidad del SP. La histerectomía supracervical laparoscópica reúne estas necesidades, ya que incorpora los beneficios de la laparoscopia, entre lo que se encuentra la menor invasión, y por otro lado permite al dejar el cuello uterino, preservar la indemnidad del SP.

La histerectomía supracervical: un estudio publicado por Esdaile y cols en que preguntaba a ginecólogos oncólogos, demostró que frente a patología benigna uterina un 88% de los especialistas británicos encuestados prefería la supracervical, versus el 55% de los estadounidenses. Lo que demuestra el creciente interés en esta técnica. Al preguntar a las mujeres que trabajaban en estos hospitales, el 72% respondió que preferiría para sí misma la histerectomía supracervical laparoscópica. Ellos concluyen que pacientes y ginecólogos apoyan la idea que la histerectomía supracervical debe reemplazar a la total en patología benigna del útero[26].

Tipos de Histerectomías[37-31]

En la actualidad se puede abordar la histerectomía con un mayor número de opciones, cada una con diferentes ventajas y limitaciones: histerectomía abdominal total (HAT), histerectomía vaginal (HV), histerectomía total laparoscópica (HL), histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), histerectomía supracervical laparoscópica (HSL).

La histerectomía abdominal total permite al cirujano palpar los órganos pélvicos directamente. Sin embargo, puede aumentar la formación de adherencias y generalmente produce mayor dolor durante el postoperatorio. Además, deja cicatriz en la pared abdominal. No necesariamente se obtiene una mejor visión de la cavidad abdominopélvica en algunas situaciones y patologías.

En las grandes series se describe entre 9 y 41% de complicaciones. Si comparamos la técnica total con la subtotal por vía abdominal, esta última tienen una recuperación más rápida, estadía hospitalaria más corta y una menor posibilidad de complicaciones. La histerectomía vaginal permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas. Además, facilita la sección de los ligamentos uterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas. Las complicaciones fluctúan entre 7 y 8%. La histerectomía total laparoscópica permite y facilita el diagnóstico y tratamiento de patologías como endometriosis y adherencias. Facilita la remoción ovárica, la sección del ligamento ancho, la identificación de los uréteres, y permite realizar una hemostasia prolija. Las complicaciones fluctúan en alrededor de un 10%. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal, con complicaciones que llegan a un 5% aproximadamente.

La histerectomía supracervical laparoscópica: permite y facilita lo mismo que la histerectomía total laparoscópica, pero una de las principales ventajas es que mantiene la indemnidad del SP[32]. Además, permite acortar los tiempos operatorios, es un procedimiento mínimamente invasivo y se asocia a menos pérdida de la función sexual, menos posibilidad de complicaciones y menos lesiones y síntomas urinarios. Para indicarla se requiere como condición que: el SP se encuentre indemne, ausencia de prolapso genital, ausencia de dolor pélvico y/o de dispareunia, citología de Papanicolau normal, relativa seguridad de control y seguimiento a futuro, patología benigna del cuerpo uterino y/o de los anexos[33,34].

HIPOTESIS

La prevalencia del prolapso de órgano pélvico supera al 20% en las pacientes intervenidas quirúrgicamente por histerectomía y se asocia a factores que afectan el piso pélvico como la multiparidad, la vía de parto y el tipo de histerectomía realizada.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Estudio observacional, tipo transversal analítico, retrospectivo.

Área de estudio:

El estudio se llevó a cabo en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello.

Población de estudio

Se realizó en mujeres que fueron sometidas a histerectomías por diagnóstico de patología benigna en el período de estudio. No se tomó muestra con el propósito de estudiar todos los casos, y disminuir los sesgos.

Definición de casos:

Todas las pacientes que fueron diagnosticadas con prolapso de órganos pélvicos a partir del Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q), en su seguimiento por consulta externa posterior a la cirugía.

Criterios de inclusión:

Mujer con antecedente de habérsele realizado histerectomía por patología benigna.

Criterios de exclusión:

- Paciente con un defecto congénito en el suelo pélvico que produce el prolapso de órgano pélvico o enfermedad con aumento de presión intraabdominal (ascitis, tumores)
- Pacientes con datos incompletos.

Fuente de información

Fue secundaria, se realizó el llenado de una ficha de recolección de datos a través de los expedientes clínicos de las pacientes.

Recolección de la información:

Se solicitó la autorización del estudio a las autoridades de la unidad hospitalaria previamente a la recolección de datos, se dio una copia al director del departamento de ginecobstetricia. La ficha de datos estuvo compuesta por las variables que surgen de los objetivos planteados y fueron colocadas en el mismo orden (ver anexos).

Plan de análisis

Se realizó una base de datos en el programa SPSS versión 25, la cual se llenó en su momento para su respectivo análisis estadístico. El primer análisis fue descriptivo, un análisis univariado de frecuencias y porcentajes por variables cualitativas, con respecto a las variables cuantitativas se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión. Estas luego se transformaron en forma cualitativa para ser interpretadas de mejor manera. Para la asociación entre la variable independiente (factores del paciente) y la variable dependiente (POP) se estimó razón de prevalencia, el intervalo de confianza y el valor de P, el cual es significativo si es menor de 0,05 y el intervalo si no contiene a la unidad.

Consideraciones éticas.

Se solicitó permiso a las autoridades de la institución para obtener la información necesaria de los expedientes clínicos de las pacientes, comprometiéndome a mantener el anonimato de las pacientes incluidas en el estudio y que los datos obtenidos fueron utilizados solamente para fines científicos. No se incluyeron los nombres de los pacientes en la ficha para garantizar la confidencialidad de la información.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES		
Variable	**Definición operacional**	**Escala**
Grupo etario	Es el tiempo transcurrido desde el Nacimiento hasta el momento del procedimiento quirúrgico.	• 50 a 60 años • 61 a 70 • 71 a 80 • ≥ de 81 años
Procedencia	Lugar de origen.	• Urbana • Rural
Estado civil	Es la condición conyugal, representa la presencia de su pareja ya sea de manera legal o no.	• Soltera • Casado • Unión de hecho • Viuda
Escolaridad	Es la categoría asignada a la paciente por la cantidad de años académicos aprobados.	• Analfabeta • Primaria • Secundaria • Universitario
Ocupación	Actividad laboral que desempeña para obtener una remuneración económica.	• Profesional • Ama de casa • Comerciante
Tipo de histerectomía	Se extirpa el útero mediante cirugía junto con otros órganos o tejidos o sin estos, y cada categoría tiene sus ventajas y desventajas.	• Abdominal • Vaginal

Presencia de POP	Protrusión a través de la que sobresalen los órganos de manera anómala porque se ha debilitado el tejido del suelo pélvico.	• Si • No
Obesidad	La OMS define como obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a 30 kg/m².	• IMC menor de 30 kg/m2 • IMC mayor o igual de 30 kg/m2*
Paridad	Número de partos que ha tenido la paciente.	• ≥2 • < 2
Vía del Parto	Proceso fisiológico que pone fin al embarazo determinando queel feto y sus anejos abandonen el útero y salgan al exterior.	• Vaginal • Cesárea
Enfermedad crónica	Es una enfermedad crónica que se produce cuando previa a la histerectomía.	• Diabetes mellitus • HTA • ERC • Anemia • Neuropatías • Epilepsia • Cardiopatía

RESULTADOS

Este estudio es un trabajo con un enfoque observacional transversal, para conocer la frecuencia del Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) en pacientes sometidas a histerectomía en el servicio de ginecología en el periodo del 2022 - 2024.

La edad promedio fue de 72 años, con una desviación estándar de 8.5 años. La mediana de 75 y la moda de 78 años. La edad menor fue de 56 años y la edad mayor fue de 89 años.

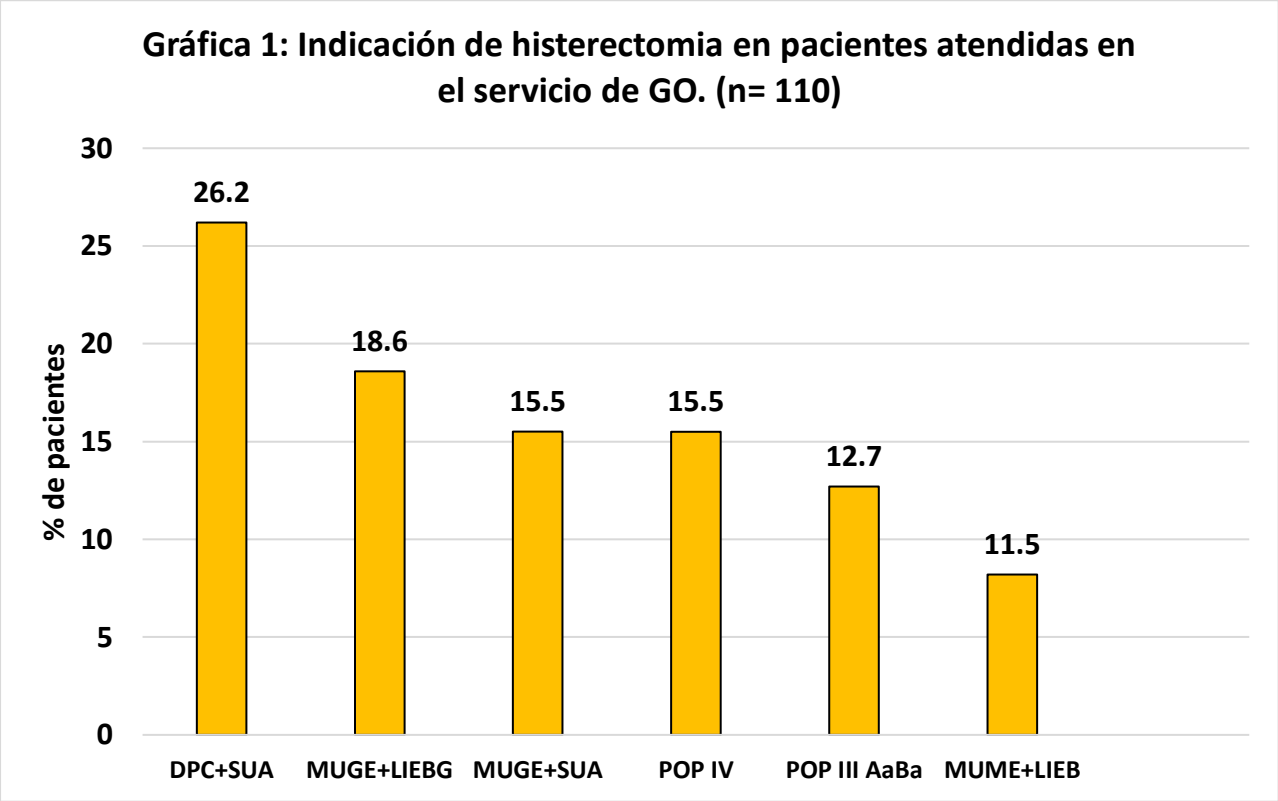
Con respecto a las principales características sociodemográficas de las pacientes se encontró un predominio en el grupo etario de 71 a 80 años con un 47.3%. La procedencia rural 63.6%, el estado civil unión de hecho con 76.4%, escolaridad primaria con un 64.5% y la ocupación de ama de casa de 80%.

Tabla 1: Principales características sociodemográficas de las pacientes sometidas a Histerectomía, servicio de ginecología.

Variable	Frecuencia (n=110)	Porcentaje
Grupo etario		
➢ 50 a 60 años	19	17.3
➢ 61-70 años	32	29.1
➢ 71 a 80 años	52	47.3
➢ Mas de 80 años	07	6.4
Procedencia		
➢ Rural	70	63.6
➢ Urbana	40	36.4
Estado civil		
➢ Soltera	02	1.8
➢ Unión de hecho	84	76.4
➢ Casada	15	13.6
➢ Viuda	09	8.2
Escolaridad		
➢ Analfabeta	24	21.8
➢ Primaria	71	64.5
➢ Secundaria	04	3.6

➢ Universidad	11	10.0
Ocupación		
• Ama de casa	88	80.0
• Comerciante	11	10.0
• Profesional	11	10.0
Fuente: Secundaria		

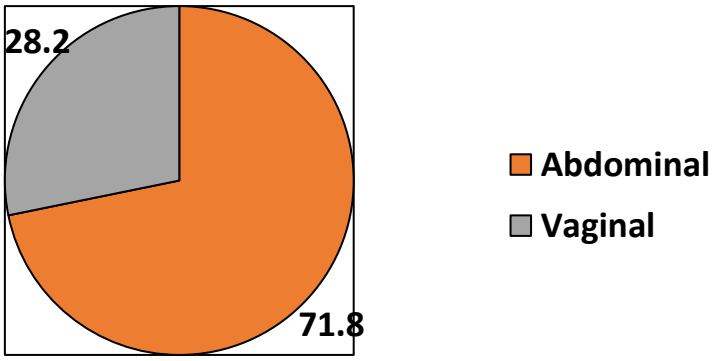
En la gráfica 1, se observa la indicación de las histerectomías predominando el DPC + SUA 26.2%, seguido de MUGE + LIEBG 18.6%, MUGE + SUA y POP IV 15.5% respectivamente.



Fuente: Fuente secundaria

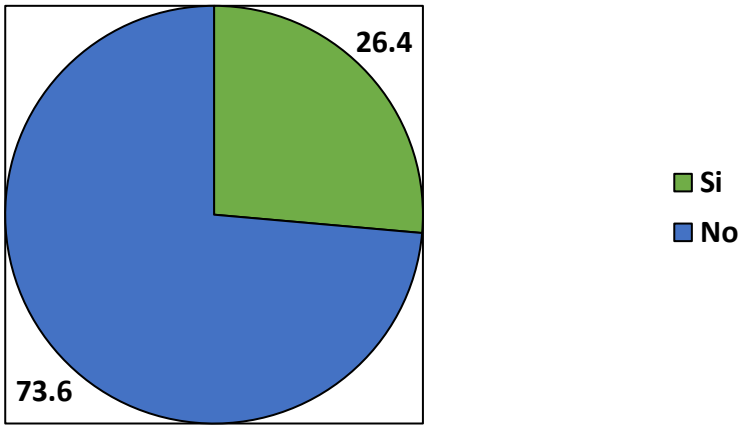
La gráfica 2, muestra el tipo de histerectomía realizada en las pacientes donde predominó el procedimiento quirúrgico de tipo abdominal con un 71.8% (79 pacientes).

Gráfica 2: Tipo de histerectomía realizada en pacientes atendidas en servicio de GO. (n=110)



La gráfica 3, muestra la prevalencia del POP en las pacientes intervenidas quirúrgicamente siendo esta del 26.4% (29 pacientes).

Gráfica 3: Presencia de POP en pacientes sometidas a histerectomía atendidas en servicio de GO. (n=110)



La tabla 2, muestra los factores que se asocian a la aparición del POP en las pacientes estudiadas, teniendo una asociación significativa el factor de riesgo “Multiparidad” (RP: 2.2, IC 95%:1.01-5.1; P: 0.03). Otros factores como obesidad y enfermedades crónicas (Hipertensión y Diabetes mellitus) no presentaron asociación.

Tabla 2: Factores relacionados al POP en las pacientes sometidas a histerectomía atendidos en el servicio de GO (n=110)

Variable	POP		Total	RP (Razón de prevalencia)	IC al 95%	Valor P
	Si n=29	No n=81				
Edad ≥ a los 75 años	16	38	54	1.2	0.6-2.3	0.4
Edad < de 75 años	13	43	56			
Procedencia rural	22	48	70	1.7	0.8-3.8	0.1
Procedencia urbana	07	33	40			
Hx Abdominal	4	75	79	0.06	0.02-0.1	0.001
Hx Vaginal	25	06	31			
Multiparidad Si	23	46	69	**2.2**	**1.01-5.1**	**0.03**
No	06	35	41			
Obesidad Si	19	63	82	0.6	0.3-1.2	0.19
No	10	18	28			
Vaginal	22	81	103	--	--	0.001
Cesárea	7	0	7			
Diabetes mellitus Si	04	26	30	0.4	0.1-1.1	0.05
No	25	55	80			
Hipertensión arterial Si	13	34	47	1.0	0.5-2.0	0.7
No	16	47	63			

Fuente: Secundaria

Hx: Histerectomía

DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se encontró dentro de las características sociodemográficas la edad que predominó fue de 71 a 80 años con el 47.3%, procedencia rural 63.6%, estado civil unión de hecho 76.4%, escolaridad primaria 64.5% y ocupación ama de casa 80%, lo que coincide con el estudio realizado por Medina y Munguía en el 2011, donde se identificaron las mismas características sociodemográficas.

La prevalencia del prolapso de órganos en pacientes post histerectomizadas fue del 26.4%, lo cual es superior a lo encontrado por Arteaga en Cuenca, Ecuador que refirió un 20%[8], pero fue inferior al estudio de Vermeulen que encontró un prolapso del 62%; no obstante, coincide con los datos reportados por Aguinaga y Torrez en estudios nacionales refiriendo un 24% de POP.

El tipo de histerectomía que presentó mayor frecuencia en este estudio fue la vía abdominal con un 71.8% siendo su principal indicación dolor pélvico crónico más sangrado uterino anormal con un 26.4%, a diferencia de lo encontrado en el estudio realizado por Iowa Gabriel en el 2021 donde la principal indicación de histerectomía abdominal fue el cáncer con un 33%; a pesar de ello, en cuanto a la indicación de histerectomía vaginal coindicen con el prolapso grado III.

Al determinar los factores que podrían estar asociados al POP en las pacientes estudiadas se encontró que la multiparidad aumenta dos veces más la probabilidad que suceda el evento lo que concuerda con estudios previos realizados tanto a nivel internacional como nacional[12,13]. Sarmiento en su estudio realizado en el hospital José Carrasco Arteaga en 2017, así como Aguinaga y Torrez en el 2015 determinaron de igual manera la multiparidad asociada al prolapso genital.

En nuestro estudio no se encontró significancia estadística con el tipo de finalización del parto y obesidad, lo que difiere con el estudio realizado por Cabezas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado donde se determinó que las pacientes que tuvieron mayor porcentaje de prolapso fueron parto vía vaginal 64%, pacientes con IMC mayor o igual a 30 presentaron mayor grado de prolapso siendo este el grado III (30 pacientes).

En ningún estudio se menciona el parto vía cesárea como factor de riesgo, no obstante, en este estudio el total de pacientes con parto cesárea presentaron prolapso, a pesar de ello no tiene significancia estadística.

Se acepta la hipótesis planteada ya que la prevalencia supera el 20% y los factores asociados que afectan el piso pélvico son multiparidad, vía del parto y tipo de histerectomía.

CONCLUSIONES

- Entre las principales características sociodemográficas de las pacientes en estudio predominaron un grupo etario de 71 a 80 años, procedencia rural, la escolaridad primaria, el estado civil de unión de hecho y la ocupación de ama de casa.
- La prevalencia del POP en las pacientes intervenidas quirúrgicamente fue de 26.4%, cabe destacar que el total de nuestras pacientes con POP fue de 29 casos y de estos 25 pacientes fueron sometidas a histerectomía vaginal.
- El tipo de histerectomía realizada en las pacientes que predominó fue la de tipo abdominal y la principal causa fue dolor pélvico crónico más sangrado uterino anormal con un 26.2%
- El principal factor de riesgo asociado al POP fue la multiparidad con significancia estadística.

RECOMENDACIONES

A la población

- Planificar adecuadamente la cantidad de hijos que desea tener para reducir el número de partos en la vida reproductiva.
- A toda mujer después de los 40 años hacerse chequeos médicos periódicos del piso pélvico para un diagnóstico temprano de POP y de esta manera reducir su progresión hacia estadios más avanzados de la enfermedad.
- Acudir a consulta ginecológica y solicitar información pertinente sobre los factores asociados al prolapso de órganos pélvicos y de esta manera hacer prevención y disminuir la prevalencia de esta enfermedad.

A las autoridades sanitarias

- Promover campañas educativas enfocadas en modificar los factores de riesgos asociados al prolapso de órganos pélvicos.

A la escuela de medicina

- Seguir promoviendo la realización de estudios como este por las nuevas generaciones con la utilización de otros enfoques investigativos para poder disponer de mayor información nivel nacional referente al prolapso de órganos pélvicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bajo Arenas, JM; Lailla Vicens, JM; Xercavins Montosa, J. Fundamentos de ginecología. Capítulo 23. Prolapso genital. Sociedad española de ginecología y obstetricia (S.E.G.O.) Madrid, España. 2009.
2. Braun H., Rojas I., Gonzalez F., et al. “Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección”. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. vol. 69, no.2, p.149-156. 2014.
3. Rechberger T et al. Risk factors of pelvic organ prolapsed in women qualified to reconstructive surgery--the Polish multicenter study. Ginekol Pol. 2010 Nov; 81(11):821-7.
4. Slieker-ten Hove MCPh, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJC, et al. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. Am J Obstet Gynecol 2009; 200:184.e1-184.e7.
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. Urology 2003;61(1):37-49.
6. Cassadó J, Espuña-Pons M, Díaz-Cuervo H, Rebollo P; GISPEM Group. How can we measure bladder volumes in women with advanced pelvic organ prolapse? Ultrasound Obstet Gynecol 2015; 46:233-8
7. Martínez L, Martínez H. Caracterización clínica de las pacientes sometidas a corrección quirúrgica de prolapso genital, en HUM-Méderi, 2011- 2016 universidad colegio mayor nuestra señora del rosario Facultad de Medicina – División de posgrados Programa de Ginecología y Obstetricia Bogotá D. C. Mayo de 2019
8. Sarmiento B. Prevalencia y factores asociados a prolapso genital, en mujeres entre 35 – 60 años, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, 2017. UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas Posgrado en Ginecología y Obstetricia.
9. Cavezas M. Factores de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2016- 2017. Guayaquil, Ecuador 04 de Septiembre del 2018.

10. Gabriel I, Kalousdian A, Brito LG, Abdalian T, Vitonis AF, Minassian VA. Pelvic organ prolapse after 3 modes of hysterectomy: long-term follow-up. Am J Obstet Gynecol. 2021 May;224(5):496.e1-496.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2020.11.008. Epub 2020 Nov 15. PMID: 33207236.
11. Vermeulen CKM, Veen J, Adang C, van Leijsen SAL, Coolen AWM, Bongers MY. Pelvic organ prolapse after laparoscopic hysterectomy compared with vaginal hysterectomy: the POP-UP study. Int Urogynecol J. 2021 Apr;32(4):841-850. doi: 10.1007/s00192-020-04591-z. Epub 2020 Nov 10. PMID: 33170314; PMCID: PMC8009772.
12. Medina D, Munguía R. "Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo Mayo 2010-Mayo 2011."
13. Aguinaga M, Torrez J. Prevalencia y Factores asociados a Prolapso de Órganos Pélvicos en la sala de Ginecología del Hospital Escuela Cesar Amador Molina de Matagalpa en el periodo de Junio 2011 a Septiembre 2013. UNAN, 2015
14. Zeledón. M. Recurrencia del prolapso de órganos pélvicos en la sala de Ginecología del HEODRA en el periodo comprendido de Enero 2005 a Enero 2008. Tesis para optar a Especialista en Ginecología y Obstetricia. León, Nicaragua. Marzo 2008.
15. Guía de Asistencia Práctica. Prolapso de los órganos pélvicos. Progesos de ginecología y obsetricia. Prog Obstet Ginecol 2020;63(1):54-59
16. Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Lisa M. Halvorson, Cherine A. Hamid, Marlene M. Corton, Joseph I. Schaffer. Ginecología de Williams, 4e. 2018
17. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: A longitudinal study of menopausal women. Am J Obstet Gynecol 2004;190:27-32.
18. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: Systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2018;29(1):13-21.
19. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25:723-46
20. Swift SE, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition and epidemiology of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol 2005; 192(3):795- 806

21. Swift SE, Tate SB, Nichols J. Correlation of symptomatology with degree of pelvic organ support in a general population of women: What is pelvic organ prolapse? Am J Obstet Gynecol 2003; 189(2):372-9.
22. Theofrastous JP, Swift SE. The clinical evaluation of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25(4):783-804
23. Milson I, Altman D, Cartwright R, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editores. Incontinence. 6.a edición. Tokio: International Continence Society; 2017; p.1-142.
24. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2013;(4):CD004014.
25. Brown JS, Sawaya G, Tom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. Lancet 2000;356(9229):535-39
26. Esdaile BA, Chalian RA, Del Priore G, Smith JR. The role of supracervical hysterectomy in benign disease of the uterus. J Obstet Gynaecol 2006;26(1): 52-8.
27. Nezhat F, Nezhat C, Gordon S, Wilkins E. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. J Reprod Med 1992;37(3):247-50.
28. Kovac R. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. Obstet Gynecol 2000;95:787-93.
29. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. N Engl J Med 2002;347(17):1318- 25.
30. Olsson JH, Ellstrom M, Haalin M. A randomized prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. Br J Obstet Gynecol 1996; 103(4):345-50.
31. Learman LA, Summitt RL Jr, Varner RE, McNeeley SG, Goodman-Gruen D, Richter HE, Lin F, Showstack J, Ireland CC, Vittinghoff E, Hulley SB, Washington AE. Total or Supracervical Hysterectomy (TOSH) Research Group. A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: surgical complications and clinical outcomes. Obstet Gynecol 2003;102(3):453-62.
32. Milad MP, Morrison K, Sokol A, Miller D, Kirkpatrick L. A comparison of laparoscopic supracervical hysterectomy vs laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Surg Endosc 2001;15(3):286-8.

33. Lyons TL. Laparoscopic supracervical hysterectomy. Obstet Gynecol Clin North A 2000;27:441-50.
34. Jenkins TR. Laparoscopic supracervical hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2004;191:1875-84. 32. American Collage of Obstetricians and Gynecol
35. Medina D. “Factores asociados a prolapso de órganos pélvicos en pacientes del Hospital Bertha Calderón 2018-2020.” UNAN Managua. 2021. Tesis para optar al titulo de especialista en Ginecobstetricia.

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

Expediente: _____

1. Datos sociodemográficos

Edad_____ Procedencia: rural____ urbana_____

Estado civil: soltera____ casado____ Unión de hecho____ Viuda_____

Escolaridad: analfabeta____ primaria___ secundaria____ universitario____

Ocupación: profesional___ ama de casa___ comerciante___

Indicación de la histerectomía _____

Tipo de procedimiento de histerectomía_____

Tipos de histerectomía: abdominal___ vaginal___

1. Presencia de POP: Si___ No_____

2. Factores asociados:

Obesidad: Si_____ No_____

Multiparidad: Si_____ No_____

Antecedente de la vía del parto: vaginal_____ cesárea_____

Enfermedad crónica: diabetes mellitus___ HTA____ ERC____ Anemia____ Neuropatías____ Epilepsia_____ Cardiopatía_____ Otros_____

Tos crónica: Si_____ No_____ Tiempo de evolución: Inmediata____ Menos de 6 meses____ Mayor o igual a 6 meses____ 1 a 2 años____