



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

**“PERFIL BIOSOCIAL DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON PROLAPSO
GENITAL ATENDIDAS EN EL POLICLÍNICO DE ESPECIALIDADES DEL
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN”**

**Tesis para optar al Grado de Licenciada en
Obstetricia y Puericultura**

Estudiantes Tesistas:

Romina Álvarez Salmerón

Maryluz Astudillo Aburto

Daniela Díaz Villarroel

Nicole Molina Arenas

Profesoras Guías:

Ana María Alvarado Vargas

Claudia Gutiérrez Mella

Valparaíso – Chile

2012

I. AGRADECIMIENTOS

A nuestras profesoras guías, Ana María Alvarado Vargas y Claudia Gutiérrez Mella, por la constante orientación académica y ayuda que nos brindaron para la realización de nuestra tesis, por estar siempre presente con una palabra de aliento en los momentos más difíciles de este proceso.

Al equipo del Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, por la buena disposición y voluntad lo que permitió llevar a cabo nuestra investigación.

II. DEDICATORIA

A Dios, que nos ha brindado una vida llena de alegrías y aprendizaje, permitiéndonos vivir una muy grata experiencia en nuestra etapa universitaria.

A nuestros padres por hacer posible nuestra formación profesional, por su apoyo y contención constante a lo largo de nuestras vidas.

A nuestros amigos y amigas que siempre han estado junto a nosotras acompañándonos, escuchándonos y alentándonos para seguir adelante.

III. ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. DEDICATORIA

II. AGRADECIMIENTOS

III. ÍNDICE DE CONTENIDOS

IV. ÍNDICE DE GRÁFICOS

V. ABREVIATURAS

VI. RESUMEN

CAPÍTULO I: GENERALIDADES	11
1.1 Introducción	12
1.2 Problema	14
1.3 Definición de Términos	14
1.4 Fundamentación	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Definición de Prolapso Genital	18
2.2 Epidemiología de Prolapso Genital	18
2.3 Mecanismos Anatómicos de Soporte del Piso Pelviano	20
2.4 Anatomopatología del Prolapso Genital	23
2.5 Factores de Riesgo del Prolapso Genital	277
2.6 Sintomatología del Prolapso Genital	33
2.7 Clasificación del Prolapso Genital	37
2.8 Tratamientos del Prolapso Genital	45
2.9 Flujograma de Derivación de Usuarias con Prolapso Genital en Red Pública de Salud	54

CAPÍTULO III: OBJETIVOS Y VARIABLES	56
3.1 Objetivos.....	57
3.2 Operacionalización de Variables.....	58
CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS	66
4.1 Diseño de Investigación	67
4.2 Población en Estudio	67
4.2.1 Universo	67
4.2.2 Muestra	67
4.2.3 Criterios de Inclusión	67
4.2.4 Criterios de Exclusión	67
4.3 Fuentes de Información	68
4.3.1 Unidad de Estudio	68
4.3.2 Unidad Informante	68
4.3.3 Unidad de Referencia	68
4.4 Metodología de Recolección de Datos	68
4.5 Limitaciones del Estudio	69
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	70
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	92
CAPÍTULO VII: SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	100
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

CAPÍTULO IX: ANEXOS	116
9.1 N°1: Carta de Aprobación Comité Científico HCVB.....	117
9.2 N°2: Consentimiento Informado	118
9.3 N°3: Instrumento de Recolección de Datos.....	119
9.4 N°4: Tablas Complementarias	125

IV. ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO I: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según edad al momento del diagnóstico	71
GRÁFICO II: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según estado nutricional al momento del diagnóstico	72
GRÁFICO III: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según hábito tabáquico	73
GRÁFICO IV: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según condiciones asociadas el prolapso genital.....	74
GRÁFICO V: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según antecedentes familiares de prolapso genital	76
GRÁFICO VI: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según paridad	77
GRÁFICO VII: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según antecedente de gestación múltiple	78
GRÁFICO VIII: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según integridad perineal.....	80
GRÁFICO IX: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según peso máximo de RN	81
GRÁFICO X: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según cirugía perineal previa	82

GRÁFICO XI: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según etapa del climaterio	83
GRÁFICO XII: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según edad de la menopausia	84
GRÁFICO XIII: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según uso de THR	85
GRÁFICO XIV: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según tiempo de uso THR	86
GRÁFICO XV: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según domicilio	87
GRÁFICO XVI: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según escolaridad	88
GRÁFICO XVII: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según tiempo de consulta	89
GRÁFICO XVIII: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según esfuerzo laboral	90
GRÁFICO XIX: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según actividad física programada	91

V. ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud

EPOC: Enfermedad Obstructiva Crónica

HCVB: Hospital Carlos Van Buren

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

IU: Incontinencia Urinaria

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

IUM: Incontinencia Urinaria Mixta

POP Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification

RN: Recién Nacido

THR: Terapia Hormonal de Reemplazo

VI. RESUMEN

El prolapso genital se define como el descenso de los órganos pélvicos a través del introito vaginal, que afecta principalmente a mujeres de avanzada edad. El objetivo de la presente investigación fue establecer el perfil biosocial de las mujeres con el diagnóstico de prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico de Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso durante el período Julio - Agosto del año 2012. Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal. La muestra estuvo constituida por 80 mujeres.

Resultados: La mayoría de las mujeres fueron diagnosticadas después de los 40 años (88,7% de la muestra), alcanzando un peak entre los 61 y 70 años (25% de la muestra). El 37,5% presentaba un estado nutricional de obesidad y el 58,8% EPOC y/o constipación. La sintomatología más referida por las usuarias es el “bulto en los genitales” (88,8%) y un 30% tenía predisposición genética para el prolapso genital. Entre los antecedentes gineco-obstétricos, el 42,5% fueron grandes multíparas y un 92,5% tuvo parto vaginal, de las cuales el 66,3% presentó episiotomía y el 43,8% reportó pesos de RN mayores a 4000 gr. Un 82,5% presentó prolapso genital posterior a la menopausia y el 56,3% declaró no ser usuaria de THR. Desde una perspectiva social, el 52,5% presentaba escolaridad básica y el 11,2% alcanzó escolaridad superior. Un 68,8% ejercía una actividad laboral calificada como pesada y el mismo porcentaje afirmó no realizar actividad física programada. El 57,5% esperó más de 2 años para consultar a un profesional desde la aparición de los primeros síntomas.

Se reconoce la necesidad de promover estilos de vida saludable (estado nutricional normal, eliminación de hábito tabáquico, actividad física, mantención de la ergonomía física) y la correcta realización de los ejercicios de Kegel, con el fin de fortalecer la musculatura pelviana.

Palabras claves: prolapso genital, perfil biosocial

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1 INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una condición frecuente en la población femenina definida como el descenso de los órganos pélvicos a través del introito vaginal, que a lo largo de la historia, ha afectado principalmente a las mujeres en edades avanzadas.

Según fuentes del Instituto Nacional de Estadísticas Proyecciones y Estimaciones de Población Total País 2004⁽¹⁾, se estima que la esperanza de vida al nacer de las mujeres para el período 2010-2015 asciende a los 82,2 años, lo que se relaciona con la instauración del Programa de Salud de la Mujer en el año 1997, que pone en la palestra entre otros aspectos la importancia del control del climaterio.

Lo anterior, adquiere relevancia considerando que el aumento mantenido de la esperanza de vida significa una mayor cantidad de mujeres susceptibles a desarrollar prolapso genital⁽²⁾, mayor sobrevida al tratamiento y aumento de la posibilidad de fallas y complicaciones de esta condición en el período post menopáusico de la mujer.

Las mujeres post menopáusicas presentan un leve grado de descenso y relajación de la pared vaginal asociado a la edad y cambios hormonales⁽³⁾ que biológicamente se considera normal, lo que conlleva a que las usuarias no diferencie los distintos grados de prolapso genital, considerándolos normal aunque este se encuentre en sus estadios avanzados, resultando que la usuaria consulte a un profesional cuando esta alteración afecta su vida cotidiana y emocional.

Es por lo anterior, la motivación de profundizar el conocimiento del prolapso genital y sus factores de riesgo, para su prevención o disminución de los síntomas y así otorgar una mejor calidad de vida en este largo periodo de post menopausia.

Este proyecto de tesis se centra en abordar el prolapso genital, determinando el perfil biosocial en una muestra de la población femenina, que es tratada en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso durante el periodo Julio y Agosto del año 2012.

Cabe destacar que de la revisión bibliográfica efectuada de tesis anteriores, se evidenció la falta de estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso que abarquen directamente el tema de prolapso genital, es por esto que se considera que este proyecto de investigación puede ser un aporte para estudiantes y docentes de la carrera de Obstetricia y Puericultura y otras carreras del área de la salud de la Universidad de Valparaíso.

1.2 PROBLEMA

¿Cuál es el perfil biosocial de las mujeres que presentan prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso durante los meses de Julio y Agosto del año 2012?

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Prolapso Genital: El prolapso genital corresponde al descenso de los órganos pélvicos a través del introito vaginal, ocasionado por un defecto del soporte anatómico o por el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos⁽⁴⁾.

Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico: Unidad creada el año 2003 en el Hospital Carlos Van Buren, que busca integrar el trabajo de distintas especialidades orientada en la atención de pacientes con patología del piso pélvico. El equipo de trabajo se encuentra integrado por médicos ginecólogos, urólogos, coloproctólogos y kinesiólogos, quienes además de la atención otorgada planifican reuniones clínicas con pacientes para formalizar líneas de investigación⁽⁵⁾.

Perfil biosocial: Modelo de visión general de atención en salud, que integra la esfera medica y social, considerando así, los factores propios de la enfermedad y su atmosfera social, la que puede influir exacerbando o disminuyendo las manifestaciones de la enfermedad⁽⁶⁾.

1.4 FUNDAMENTACIÓN

El prolapso genital es una alteración cada día más frecuente, tanto en Chile como en el resto del mundo.

A nivel mundial, específicamente en Estados Unidos se demostró que el riesgo de someterse a tratamiento quirúrgico por IU o por prolapso genital alcanzaba el 10%⁽⁷⁾, considerando solo prolapso genital en sus estadios avanzados.

Latinoamérica no es la excepción a esta realidad, en Buenos Aires se realizó un estudio el cual arrojó que el 49% de las mujeres entre los 24 y 85 años reportó pérdida de orina, de las cuales el 90% no consultó a un profesional⁽⁸⁾. Cifras aún mayores fueron reportadas en Colombia, donde el 72% de las usuarias contempladas en una investigación refirió sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo⁽⁹⁾.

En Chile, la prevalencia de prolapso genital se sitúa en valores cercanos al 5% en mujeres de 20 a 59 años⁽¹⁰⁾.

Dada la relevancia del prolapso genital, es que el equipo médico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso procedió a la creación del Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico en el año 2003, gracias al cual se han publicado diversos estudios destinados al mejoramiento continuo de los métodos de tratamiento para las usuarias del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

En la actualidad se estima que alrededor de un 11% de las mujeres es sometida a una cirugía de prolapso genital y/o de incontinencia urinaria en algún momento de su vida⁽¹⁰⁾. La importancia del prolapso genital como alteración ginecológica, radica en el bajo nivel de consulta lo que lleva a las usuarias a permanecer mucho tiempo con la sintomatología, lo que se asocia al pudor cultural de la población femenina con respecto a la observación de sus genitales; junto a esto se suma la errónea información obtenida de medios masivos de comunicación

que muestran como normal en la mujer presentar incontinencia urinaria. Además no existe consenso clínico del concepto que define al prolapso genital como patológico^(11,12), considerando que no implica riesgo vital, por lo que se tiende a relegar y a no tomar medidas para afrontar el tema como un problema de morbilidad trascendental que involucra la calidad de vida de las usuarias.

Se debe tener en cuenta que no se trata de una alteración poco frecuente ni aislada, sino que existen diversos factores asociados que deben ser relacionados correctamente para evaluar causas, desarrollo y manejo clínico de la alteración.

Desde el punto de vista de la prevención primaria, la acción del matrn/matrona está orientada a prevenir y detectar factores de riesgo, erradicar progresivamente hábitos nocivos, fomentar la ergonomía física, educar sobre ejecución de ejercicios de Kegel en todo el ciclo vital para el fortalecimiento del piso pelviano, atención adecuada del parto evitando el intervencionismo injustificado y la iatrogenia. El nivel secundario de prevención, se centra en la pesquisa precoz y derivación oportuna, en tanto, el nivel terciario se focaliza en el tratamiento efectivo de la alteración.

Una atención integral por parte del matrn/a en los distintos niveles de atención y prevención de salud y la integración al trabajo como equipo multidisciplinario son fundamentales para desarrollar una correcta y oportuna educación, prevención, diagnóstico y tratamiento del prolapso genital.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN DE PROLAPSO GENITAL

El prolapso genital corresponde al descenso de los órganos pélvicos a través del introito vaginal, ocasionado por un defecto del soporte anatómico o por el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos. En ocasiones esta alteración puede asociarse a incontinencia urinaria de esfuerzo, dada la estrecha relación entre las estructuras⁽⁴⁾.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA DE PROLAPSO GENITAL

El prolapso de órganos pélvicos es una condición muy común en las mujeres, cuya frecuencia aumenta considerablemente con la edad, llegando a cifras de 40 a 50% en mujeres mayores de 50 años. En la práctica clínica se observa frecuentemente esta alteración, pero pocos estudios han analizado su epidemiología. En un estudio americano se demostró que el riesgo a lo largo de la vida (hasta los 90 años de edad) de someterse a cirugía por prolapso genital o incontinencia urinaria en Estados Unidos era de aproximadamente del 10%, considerando solo al prolapso genital grado III y IV⁽⁷⁾. Davis K. et al en el año 2003 realizó un estudio en Buenos Aires, utilizando el método de encuesta encontró que en 483 mujeres de 24 a 85 años, el 49% reportó pérdida de orina, de las cuales el 90% no consultó ni realizó algún tratamiento⁽⁸⁾. En 1985 Luna J. realizó en Colombia un estudio de 240 usuarias el 72% reportó sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo⁽⁹⁾.

En la población femenina en Chile, la prevalencia de prolapso genital se sitúa en valores cercanos al 5% entre los 20 a 59 años, por lo que es una alteración que debería ser considerada como un problema de salud pública. Sin embargo, la población afectada desconoce los múltiples factores de riesgo a los que está expuesta, debido al bajo nivel informativo que se tiene al respecto, esto

se ve reflejado en muchas mujeres que en algún momento de su vida presentan prolapso genital de algún grado y lo consideran normal. Miranda V. publica en 2001 un estudio que revela que “la prevalencia de las mujeres que no buscaban ayuda médica por prolapso genital es de 48% para estadios I a II y 2% para estadios III a IV”⁽¹⁰⁾.

Como bien se ha descrito en la literatura, el prolapso genital es una alteración que implica pérdida del soporte fibro-muscular de la región pélvica, es considerada una condición multifactorial, que aún no cuenta con el consenso médico para ser considerada como patología, por lo que dentro de la dificultad para cuantificar esta disfunción se han levantado estudios que indican cierta relación epidemiológica asociada a las mujeres portadoras de prolapso genital^(11,12).

Olsen et al. 1997⁽⁷⁾, afirma que el prolapso genital está presente en al menos el 50% de las multíparas, dentro de las cuales aproximadamente 10 - 20% demanda tratamiento. El 10% de las mujeres de 80 años han sido intervenidas quirúrgicamente por prolapso genital y un dato relevante es que el 30% de las mujeres que se han operado por esta disfunción requiere de una segunda intervención.

2.3 MECANISMOS ANATÓMICOS DE SOPORTE DEL PISO PELVIANO

a) Diafragma Pélvico

Constituido por una hoja muscular que se extiende transversalmente sobre el suelo de la pelvis, en el cual se encuentran el músculo elevador del ano (formado a su vez por el músculo puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo) y el músculo coccígeo (*Figura 1 y 2*).

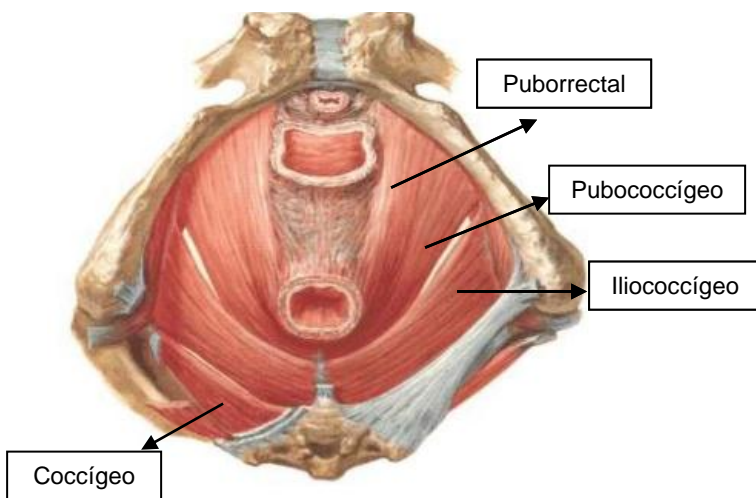


Fig. 1 Diafragma Pélvico – Visión Inferior

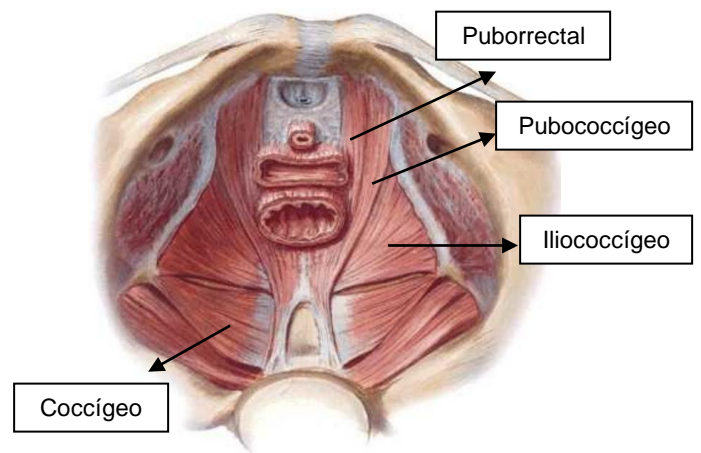


Fig. 2 Diafragma Pélvico – Visión Superior

b) Fascia endopélvica

Ubicada bajo el peritoneo y considerada junto a otras estructuras, como un mecanismo fundamental de soporte elástico es susceptible de ser dañada durante la cirugía o los partos y sufre modificaciones degenerativas a lo largo de la vida de la mujer⁽¹³⁾. Está formada por matriz laxa de elastina, colágeno y fibras musculares lisas. Por delante de la pared anterior de la vagina se denomina fascia pubocervical y por detrás de la pared vaginal posterior, fascia rectovaginal.

c) Vagina

La pared anterior de la vagina presta soporte a la uretra, vejiga y cuello uterino. La pared vaginal posterior baja de la vagina impide el desplazamiento anterior del recto y la pared posterior alta impide el descenso del intestino delgado.

En 1992 DeLancey⁽¹⁴⁾ describe 3 niveles de soporte:

Nivel 1: Soporte apical, que corresponde a la suspensión superior de la vagina al complejo cardinal útero sacro. El complejo cardinal-útero sacro participa en la suspensión del útero y el tercio superior de la vagina. Este complejo se separa en dos partes: el ligamento cardinal y el ligamento útero sacro. Las fibras del ligamento útero sacro se fusionan en su parte distal con la fascia visceral sobre el cérvix, segmento uterino inferior y parte superior de la vagina, formando el anillo pericervical. En su parte proximal, esas fibras terminan en la fascia presacra. Cuando se produce ruptura del complejo cardinal-útero sacro provoca un descenso uterino o un prolapso de cúpula.

Nivel 2: Suspensión lateral a los dos tercios superiores de la vagina. Entrega una sustentación horizontal a la vejiga con los dos tercios superiores de la vagina y recto. La vagina además se soporta a sí misma por su composición fibromuscular. El soporte de la parte anterior de la vagina es otorgado por la fascia pubocervical, mientras que de la parte posterior es otorgado por la fascia rectovaginal.

La fascia pubocervical se encuentra entre la vejiga y el epitelio vaginal, unido lateralmente al arco tendíneo de la fascia pélvica. Sus defectos producen prolapsos en la pared vaginal anterior (cistocele, uretrocele o cistouretrocele). En la parte posterior se encuentra el septum rectovaginal, entre el epitelio vaginal y el recto, con inserciones laterales a la fascia sobre el músculo elevador del ano. Un daño en él produce un rectocele.

Nivel 3: Fusión distal de la vagina al diafragma urogenital y cuerpo perineal. La vagina y sus estructuras de soporte pasan el hiato urogenital y se unen distalmente con la fascia parietal de los músculos pubococcígeo y puborectal y la membrana perineal. El septum rectovaginal se une al cuerpo perineal y la fascia pubocervical se fusiona a la membrana perineal del triángulo urogenital, que luego se une al hueso púbico.

2.4 ANATOMOPATOLOGÍA DEL PROLAPSO GENITAL

Con el debilitamiento del diafragma pélvico, el hiato del músculo elevador del ano se agranda permitiendo la protrusión de los órganos pelvianos a través de este. Secundariamente, se produce un aumento de la tensión sobre la fascia endopélvica, causando separación, elongación, adelgazamiento y ruptura de sus fibras⁽¹²⁾.

1) Los defectos de la fascia pubocervical o del cuadrante anterior se dividen en cuatro⁽¹⁵⁾:

- a) Defectos laterales o paravaginales: Falla de inserción de la fascia endopélvica al arco tendíneo, generando un cistourethrocele IUE.
- b) Defectos transversos proximales: La fascia pubocervical pierde su inserción proximal alrededor del cérvix, produciéndose un cistocele sin urethrocele.
- c) Defectos centrales: Se produce cistocele, urethrocele o ambos, con o sin IUE. Estos defectos son los más fáciles de reparar.
- d) Defectos transversos distales: Protrusión uretral con pared vaginal anterior intacta. Hay modificación del ángulo uretrovesical y presenta IUE. Poco frecuente.

2) Los defectos de la fascia rectovaginal, se dividen también en cuatro tipos, de igual manera que los de la fascia pubocervical.

- a) Defectos del cuadrante posterior transversos distales
 - b) Defectos del cuadrante posterior transversos longitudinales
 - c) Defectos del cuadrante posterior transversos laterales
 - d) Defectos transversos proximales
- } Rectocele
} Enterocele

3) Las falencias en el soporte superior de la vagina producen defectos en el cuadrante central causando histerocele y prolapso de la cúpula vaginal.

Las causas y mecanismos de cómo se produce el prolapso genital no se encuentran claramente definidos, la teoría que hace referencia a la alteración de la estructura anatómica de los ligamentos cardinales y útero sacros es vaga y aún no se conoce con exactitud, si el estiramiento de estos ligamentos es causa o consecuencia del prolapso genital.

Boreham et al. (2002)⁽¹⁶⁾ quiso aclarar la etiopatogenia del prolapso genital y para esto estudió trozos de pared vaginal posterior en mujeres a las cuales se les había practicado histerectomía vaginal a causa del prolapso genital y los comparó con cortes histológicos de mujeres sin prolapso genital, lo que concluyó fue que hay una evidente reducción de la musculatura lisa y haces nerviosos en mujeres con prolapso genital. No obstante esto no logra responder a la incógnita si es que dichas alteraciones estructurales halladas en las mujeres que padecían prolapso genital son realmente causa o consecuencia del mismo. No se ha logrado determinar con veracidad si el sobre estiramiento de los tejidos lleva a denervación y posterior atrofia muscular o si en primer lugar se produce daño directamente sobre la musculatura.

Se ha demostrado que el prolapso genital completo ocurre mayormente en mujeres menopáusicas, lo que se atribuye principalmente a la atrofia del músculo elevador del ano y a una reducción importante del tamaño del útero, el que siendo más pequeño se logra desplazar con mayor facilidad a través del hiato que ya se encuentra distendido por la atrofia muscular.

Sin embargo los ligamentos cardinales y útero sacros con el pasar de los años se fibrosan aún más, por lo que podría ser que este no sea un factor causal del prolapso genital de mujeres en edad avanzada.

La evidencia de receptores de estrógeno y progesterona encontrados en el núcleo de las células del tejido conjuntivo y del músculo estriado del elevador del ano, podría explicar el hecho de que el prolapso genital y la IU son más frecuentes

en mujeres de más edad y la relación que existe con la escasez de estrógenos o el efecto de la THR⁽²⁾.

Carter (2000)⁽¹⁷⁾ sostiene que el real mecanismo del prolapso tiene origen en un debilitamiento o daño de la musculatura del piso pélvico, los ligamentos serían elementos secundarios que compensarían la falla del músculo, que finalmente cederán y se distenderán. Es por esto que Carter plantea que la reparación del prolapso genital no es sólo quirúrgica, sino que también hay que considerar una importante rehabilitación que permita fortalecer nuevamente los músculos del piso pelviano.

Los estudios relatan que el prolapso genital también ocurre en pacientes nulíparas y jóvenes, lo que se podría atribuir a un factor genético. Visco (2003)⁽¹⁸⁾ tomó muestras de músculo pubococcígeo en diferentes cirugías no asociadas a prolapso genital y las comparó con muestras de mujeres que fueron operadas por prolapso genital, finalmente concluyó que existían genes con diferente expresión, en especial en lo que se refiere a la acción de la actina, miosina y de la matriz proteica extracelular del músculo estriado en las mujeres que padecían prolapso genital.

2.5 FACTORES DE RIESGO DEL PROLAPSO GENITAL

Para comprender la fisiopatología es necesario considerar los factores de riesgo que influyen en el desequilibrio del piso pélvico favoreciendo la presentación del prolapso genital. Dependiendo de la combinación de los factores de riesgo, el prolapso genital puede o no presentarse⁽¹³⁾.

Parto vaginal: Cuando la mujer se encuentra en trabajo de parto y parto los músculos puborrectales son elongados y muchas veces dañados, siendo más susceptibles las fibras posteriores que terminan en la cara anterior del recto, así como el resto de los músculos que se anclan en el cuerpo perineal.

Dicho daño provoca que las fibras más laterales del músculo puborrectal se encuentren bajo mayor exigencia para lograr compensar la tensión y la fuerza del resto de la musculatura, en especial las fibras internas del hiato predisponiendo al desarrollo de prolapso genital⁽¹⁹⁾.

Las mujeres con prolapso genital, tienen el área del hiato aumentada a expensas fundamentalmente del diámetro longitudinal, no por reducción del tamaño del cuerpo perineal el cual es sólido y fibroso, sino por una disminución de la capacidad contráctil y del tono del puborrectal.

DeLancey (1998)⁽²⁰⁾ ha demostrado mediante la utilización de modelos computarizados que al pasar la cabeza fetal por el canal de parto se produce un sobre estiramiento de la parte medial del músculo pubococcígeo 3.26 veces su longitud en reposo, el cual se dañaría por el excesivo estiramiento durante el período del parto; daño que sería proporcional al peso del RN contribuyendo como factor de riesgo de disfunción pelviperineal pesos sobre los 3.700 grs.

En un estudio del 2011 de Handa et al.⁽²¹⁾ se compara la cesárea sin trabajo de parto con el parto vaginal en el cual, este último tiene un mayor riesgo de prolapso genital con un riesgo de 5,6 (95%) y un intervalo de confianza de 2,2 a 14,7.

Paridad: La paridad está estrechamente relacionada con la incidencia de prolapso genital, ya que es proporcional al riesgo asociado a padecer esta complicación. Aquella mujer que haya tenido entre 1 a 3 partos tiene 48% de probabilidad de generar prolapso genital y aquella mujer que tenga 4 o más partos, tiene un riesgo 71.2%⁽²²⁾.

Según el estudio de Mant et al.(1997)⁽²³⁾ el riesgo de desarrollar prolapso genital aumenta entre 4 a 11 veces con el parto vaginal, el que se acrecienta gradualmente en relación con la paridad. En los estudio de Swift et al.(2005)^(22,24) se demostró que el riesgo de padecer prolapso genital aumenta 1,2 veces con cada parto vaginal. En un estudio de cohorte publicado en la Revista Americana de Obstetricia y Ginecología (2011)⁽²⁵⁾ se menciona que el riesgo de tener una cirugía por trastornos del piso pélvico persistía hasta 30 años luego del parto vaginal, aspecto más pronunciado en las mujeres multíparas. Además menciona la directa correlación entre el número de partos vaginales y el riesgo de sufrir de disfunciones del piso pélvico.

Gestación múltiple: Durante la gestación se genera un peso adicional sobre los músculos que constituyen el piso pélvico, lo cual provoca una sobre distensión y daño de estos, el daño es directamente proporcional al peso que se ejerce sobre la musculatura, es por lo anterior que en el caso de la gestación múltiple, el daño generado sobre los músculos perineales es superior al que se genera en una gestación única⁽¹⁹⁾.

Edad: La pérdida del tono muscular y la relajación de los músculos, ambas asociadas con el envejecimiento y la reducción de la hormona femenina estrógeno, también tienen un papel importante en el desarrollo del prolapso uterino⁽¹⁶⁾.

Una teoría publicada por De Caro et al.(1998)⁽¹³⁾ propone que la presencia de receptores de estrógenos y progesterona en el núcleo de las células del tejido

conjuntivo y del músculo estriado del elevador del ano, puede ser la base para explicar de otra forma el hecho que el prolapso genital y la incontinencia urinaria son más frecuentes a medida que aumenta la edad de la mujer y su eventual relación con una deficiencia de estrógenos. Olsen et al. (1997)⁽⁷⁾ encontró una incidencia acumulada para cirugías de 0.1% entre 20-29 años a 11.1% entre 70-79 años.

Obesidad: Ejerce una tensión adicional sobre los músculos del piso pélvico. El IMC superior a 30 aumenta entre un 40-75 % la probabilidad de generar prolapso genital⁽²⁶⁾. La última Encuesta Nacional de Salud 2010, revela que aproximadamente el 35% de las mujeres entre 45-64 años y mujeres de 65 años y más, presentan un estado nutricional de sobrepeso y obesidad⁽²⁷⁾.

Episiotomía: Las episiotomías medio laterales, aunque no llegan en su mayoría a comprometer el esfínter anal externo, podrían ser ominosas en el sentido que dejan al cuerpo perineal desconectado de los músculos transversos profundos, bulbocavernosos y esfínter externo del ano⁽²⁸⁾. El parto intervenido incrementa los riesgos para todos los defectos del piso pélvico, especialmente para prolapso genital con un riesgo de 7,5 (95%) y con un intervalo de confianza de 2,7 a 20,9⁽²¹⁾.

Factores genéticos: En base al hecho que el prolapso genital puede ocurrir en pacientes nulíparas y jóvenes, se plantea también que puede haber un factor genético de por medio. Visco et al.(2003)⁽¹⁸⁾ demostró en muestras de músculo pubococcígeo tomadas en diferentes cirugías no asociadas a prolapso genital comparadas con muestras de pacientes operadas por dicha causa, que había genes con diferente expresión en especial en lo que se refiere a la acción de la actina y miosina y de la matriz proteica extracelular del músculo estriado en las mujeres con prolapso genital.

Estreñimiento: Al igual que en el parto vaginal, pareciera que esta patología produce 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 empeoran el estreñimiento, cerrándose un círculo vicioso que acaba por ocasionar una importante disfunción del suelo pélvico. En un estudio caso-control de Spence-Jones et al.(1994)⁽²⁹⁾, 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.

Tabaco y enfermedades pulmonares crónicas: Un estudio de Bump et al. (1998)⁽²⁶⁾ demuestra una estrecha relación entre el consumo de tabaco y la EPOC con las alteraciones del suelo pélvico. Además, esta relación se ve potenciada conforme aumenta el número de cigarrillos consumidos al día. El origen radica en la tos crónica propia del fumador y pacientes con EPOC, que con los años es más fuerte y persistente lo que facilita la aparición precoz y progresiva de los cambios anatómicos inducidos por la presión intra abdominal. La última Encuesta Nacional de Salud 2010, indica que el 37,1% de las mujeres es fumadora⁽²⁷⁾.

Hipoestrogenismo: La disminución de los niveles estrogénicos también reduce el tono de las estructuras de soporte pelviano lo que puede llevar a una relajación pelviana progresiva y la aparición de prolapso genital.

La tendencia al prolapso se suele manifestar en la época de la menopausia, cuando los tejidos de soporte dejan de estar estimulados por los estrógenos, con lo que su resistencia y su capacidad de recuperación se ven deterioradas⁽³⁰⁾.

Cirugía Perineal Previa: Durante la histerectomía se reduce la superficie de inserción del complejo de sujeción del nivel 1 debido a la sección de los ligamentos cardinales y úterosacros. La reinserción de estas estructuras serían

importantes elementos en la prevención del prolapso de la cúpula vaginal. Si la suspensión del nivel 1 es deficiente y no se corrige durante la cirugía, el prolapso de la cúpula vaginal aparecerá precozmente. Las alteraciones de las paredes vaginales pueden ser por daño directo secundario a una cirugía^(12,14).

Es importante mencionar que para evitar recidivas post quirúrgicas se requiere modificar hábitos y mantener un estilo de vida saludable (estado nutricional normal, evitar hábito tabáquico y mantener la ergonomía física referida a las características anatómicas, antropométricas, fisiológicas y biomecánicas humanas en relación a la actividad física⁽³¹⁾, asociado a ejercicio físico periódico).

Cabe destacar que cuando los fetos se encuentran en posición cefálica y el parto es por vía vaginal el daño al músculo puborrectal también es superior ya que debe distenderse en dos ocasiones pero durante un mismo periodo⁽²²⁾.

Factores de riesgo sociales:

De igual manera que existen factores biológicos involucrados en el desarrollo de prolapso genital, también existen aspectos sociales que inciden de manera directa o indirecta en esta alteración.

La actividad laboral de las usuarias es relevante al momento de analizar la etiología del prolapso genital, ya que se ha observado que los trabajos que suponen estar de pie durante largos períodos de tiempo y que impliquen un esfuerzo físico marcado, pueden desencadenar alteraciones de la fisiología del suelo pélvico que con el tiempo favorecen la aparición de prolapso genital⁽³²⁾.

El acceso dificultoso al domicilio también implica un esfuerzo repetitivo de la musculatura pélvica el que finalmente repercute en un desgaste de esta, dichos domicilios de difícil acceso se sitúan principalmente en la zona rural, sin embargo, en la región de Valparaíso según estimaciones realizadas por el INE al 30 de

Junio de 2012⁽³³⁾ se muestra que un 92,05% de la población femenina vive en zona urbana.

La actividad física programada es considerada un factor protector contra el prolapso genital, ya que se ha demostrado que realizar actividad deportiva moderada potencia la musculatura pélvica, lo que reduce el riesgo de desarrollar alteraciones del piso pélvico⁽³²⁾, sin embargo, según la Encuesta Nacional de Salud de Chile 2009-2010⁽²⁷⁾ un 92,9% de la población femenina de Chile es sedentaria de tiempo libre.

El nivel educacional de las mujeres diagnosticadas con prolapso genital, es un factor importante a considerar desde el punto de vista social. Un estudio publicado en la revista americana de obstetricia y ginecología (2009)⁽³⁴⁾ demuestra que un 10,12% contaría con educación solo nivel básico, un 75,62% nivel intermedio y un 14,26% posee estudios superiores, además se señala que diferentes estudios^(22,35,36) sugieren que las mujeres no son conscientes del prolapso genital hasta que éste no alcanza el himen, lo que retardaría el tiempo de consulta. Adicionalmente, un bajo nivel de escolaridad se podría considerar riesgoso, ya que la escasa información a la que puede acceder o que puede comprender una usuaria, crea un escenario de ambigüedad al no saber qué es normal y qué no, lo que implicaría que las mujeres porten prolapso genital por mucho tiempo sin consultar a un profesional de la salud con el consiguiente reconocimiento de un prolapso genital severo⁽³⁶⁾.

No se encontraron más estudios que fueran atingentes a las variables sociales en estudio.

2.6 SINTOMATOLOGÍA DEL PROLAPSO GENITAL

Muchas veces el prolapso genital puede ser asintomático, principalmente cuando este no supera el introito, sin embargo cuando la alteración es más severa se manifiestan una serie de síntomas, los que se mencionan a continuación:

1) Síntomas urinarios⁽³⁷⁾

- IUE hasta en un 80%
 - IUM hasta 70%
 - Retención urinaria en grandes cistoceles
 - Poliaquiuria
 - Infecciones frecuentes
- } Asociado a Cistocele

La retención urinaria ocurre cuando el prolapso es más avanzado o exteriorizado, así el bulto del prolapso puede bloquear la pérdida de orina o hacer que ésta ocurra en la noche cuando el prolapso no protruye⁽³⁸⁾.

2) Síntomas defecatorios⁽³⁷⁾

- Incontinencia fecal 10 -30%
 - Constipación 6 – 67%
 - Evacuación incompleta
- } Asociado a Rectocele

3) Disfunción sexual⁽³⁷⁾

- Puede ocurrir con prolapso de cualquier compartimento y secundaria a IU, el principal problema de disfunción sexual es la dispareunia.

4) Mecánicos⁽³⁹⁾

- Protrusión de tejido desde la vagina, que aumenta durante el día y disminuye con el decúbito.

En consecuencia al factor mecánico se producen alteraciones y sintomatología secundaria como:

- Sangramiento genital, ocasionado por el roce de la mucosa que a veces se ulcera
 - Flujo
 - Prurito
 - Hipogastralgia
 - Lumbalgia
 - Pesadez genital
- } Asociado a Enteroccele

Pacientes con grados leves de prolapso reportan una sensación de pesadez o presión pélvica que puede estar presente todo el tiempo, o solamente después de un largo tiempo de estar de pie o después de ejercicios físicos pesados⁽⁴⁰⁾.

La evaluación de la paciente debe ser en posición de litotomía dorsal. Se examina toda la pared vaginal y se pide realizar maniobra de valsalva para ver la máxima extensión del prolapso genital o en caso de que éste no sea evidente. Muy útil es el uso de un espéculo de una hoja para ver bien las paredes vaginales buscando algún defecto específico. Se debe ver el surco anterolateral en los dos tercios distales de la pared anterior, indicando adherencia normal hacia el arco tendíneo de la fascia pélvica. Este examen también debe ser realizado con la paciente de pie. Se debe evaluar la presencia de hipermobilidad del cuello vesical y la presencia de incontinencia urinaria oculta al reducir el prolapso, así los defectos, sitios específicos pueden ser identificados en el examen físico preoperatorio o ser vistos durante la cirugía⁽³²⁾.

Ahora bien considerando la estrecha relación que existe entre prolapso genital e incontinencia urinaria, destaca un estudio realizado en el Hospital Carlos Van Buren en el 2002⁽⁴¹⁾, donde se presenta el prolapso genital completo con un 53,8% como la alteración ginecológica asociada con mayor frecuencia a incontinencia urinaria y en el cual a las usuarias en estudio se aplicó una encuesta de calidad de vida donde el 37,5% consideró que su vida estaba afectada severamente y el 50% dice que la afectaba en forma importante.

Lo anterior se correlaciona con una investigación cualitativa realizada por Higa et al. (2008)⁽⁴²⁾ evalúa los significados psico-culturales para la incontinencia urinaria femenina asociado a las complicaciones colindantes, donde se asevera que el grado de angustia vivida y las dificultades se encuentran relacionadas con la edad, etnia o religión, así como por la percepción que cada individuo tiene sobre las afecciones en cuestión, lo cual conllevó a diferentes grados de trastorno emocional y a buscar (o no) tratamiento. De la misma forma se perciben barreras en cuanto a su autocuidado, lo que puede afectar las reacciones con diversos grados de trastornos emocionales frente a este problema, pudiendo destruir la confianza y el respeto que el individuo tiene por sí mismo e impedir que busque ayuda.

El ámbito social de la mujer con prolapso (asociado a IU en la mayoría de los casos), se ve afectado según la gravedad de la alteración y acentuación de los síntomas. Un estudio español del año 2008 publicado por Herrera et al.⁽⁴³⁾, afirma que a pesar que la incontinencia urinaria puede causar aislamiento social, disminución de la función sexual y otros problemas psicológicos, permanece con frecuencia como un problema oculto en la actualidad, ya que sólo un tercio de las usuarias que la padecen busca ayuda profesional, lo que tiene un gran impacto en la calidad de vida, asociado a la persistencia de los síntomas.

2.7 CLASIFICACIÓN DEL PROLAPSO GENITAL

Tradicionalmente el prolapso de los órganos pélvicos ha sido clasificado de acuerdo al grado de deformidad anatómica, dependiendo del sitio del defecto y de las vísceras pélvicas que se presume que están involucradas. El gran número de diferentes sistemas de clasificación que se han utilizado es el reflejo de la dificultad en el diseño de un sistema objetivo y reproducible⁽⁴⁴⁾.

a) Clasificación Tradicional de acuerdo al sitio anatómico del prolapso

Completo Útero y Paredes Vaginales	1° Grado	Cuello hasta bajo de las espinas ciáticas
	2° Grado	Cuello hasta el introito
	3° Grado	Cuello por fuera del introito
Incompleto Comprende solo paredes vaginales	Cistocele	Prolapso de la pared vaginal anterior superior, involucra la caída de la vejiga.
	Uretrocele	Prolapso de la pared vaginal anterior inferior, involucra la caída de la uretra
	Cistouretrocele	Prolapso de la pared vaginal anterior, involucra la caída de la vejiga y uretra
	Histerocele	Prolapso del útero
	Enterocele	Prolapso de la pared vaginal posterior superior, contiene asas del intestino delgado
	Rectocele	Prolapso de la pared vaginal posterior inferior, involucra el recto

b) Sistema de Baden-Walker⁽⁴⁵⁾

Clasificación propuesta en 1972 por el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, la cual divide la lesión anatómica en 5 grados:

Uretrocele – Cistocele Histerocele - Rectocele		Enterocele	
Grado 0	Sin prolapso genital	Grado 0	Sin prolapso genital
Grado 1	Descenso llega hasta la mitad de distancia al himen	Grado 1	Descenso llega hasta un cuarto de distancia al himen
Grado 2	Descenso llega hasta el himen	Grado 2	Descenso llega dos cuartos de distancia al himen
Grado 3	Descenso llega hasta la mitad de distancia del introito	Grado 3	Descenso llega hasta tres cuartos de distancia al himen
Grado 4	Descenso llega hasta el introito o fuera	Grado 4	Descenso llega hasta el himen

c) Sistema POP Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification)

A fin de estandarizar y valorar criterios que permitan comparar publicaciones de distintos centros o la realización de evaluaciones longitudinales y estudios colaborativos, la Sociedad Internacional de Continencia adoptó el sistema de estadificación del prolapso de los órganos pélvicos conocido como POP Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System⁽⁴⁶⁾) en Octubre de 1995, siendo

aceptado posteriormente por la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos⁽¹³⁾.

El sistema permite la descripción precisa del soporte pélvico, observar sitios específicos de estabilidad o progresión del prolapso en el tiempo por un mismo o diferente observador y finalmente similares juicios como resultado de una reparación quirúrgica.

Este sistema es una tabla de 9 casillas que muestra una serie de componentes y sus valores, los cuales podrían variar en el tiempo indicando mejoría, estabilización o agravamiento del cuadro.

En seis de las casillas la medición se hace en centímetros en relación a un parámetro común que es el himen, siendo los número negativos aquellos parámetros que están por dentro del himen, es decir hacia el interior de la vagina y en positivo por fuera de éste. A esto se agregan otras 3 mediciones que son distancias estandarizadas, de esta manera se obtienen 9 mediciones (*Figuras 3, 4, 5 y Tabla 1*).

Pared Anterior Aa	Pared Anterior Ba	Cérvix C
Hiato Genital gh	Cuerpo Perineal pb	Longitud Vaginal Total tvI
Pared Posterior Ap	Pared Posterior Bp	Fondo de Saco Posterior D
Fig. 3 Cuadrado de 9 casillas para standarización del prolapso		

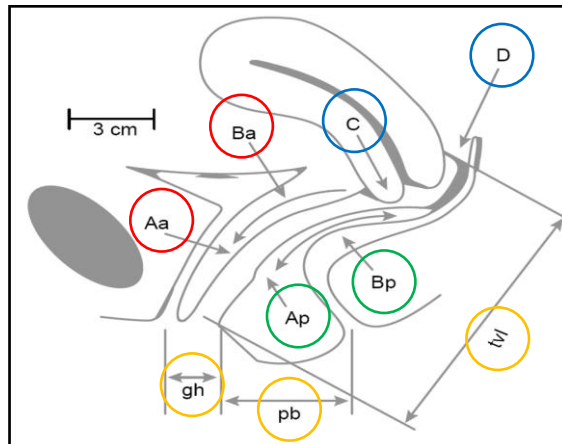


Fig. 4 Distribución anatómica de los puntos de medición

-3Aa	-3Ba	-8C
2gh	3pb	10tvl
-3Ap	-3Bp	-10D

Fig. 5 Valores normales de los puntos de medición

TABLA I Puntos de Referencia Utilizados en el POP Q	
Puntos Anteriores:	
Aa	Pared vaginal anterior 3 cm proximal al meato urinario. Su rango de posición es de -3 (normal) a +3
Ba	Fondo de saco anterior o extremo anterior de la cúpula vaginal. En ausencia de prolapso es -3 cm por definición
Puntos Superiores:	
C	Extremo distal del cérvix o cicatriz de la cúpula en la histerectomizada
D	Fondo de saco posterior. En ausencia de cuello, el punto D se omite
Puntos Posteriores:	
Ap	Similar a Aa en la pared posterior de la vagina
Bp	Similar a Ba en la pared vaginal posterior
Gh	Distancia en cm. desde el meato urinario hasta el borde himeneal inferior en la línea media
Pb	Distancia en cm. desde el borde posterior del hiato genital hasta el borde anterior del ano
Tvl	Profundidad máxima en cm de la vagina

El problema de esta clasificación es la enorme cantidad de posibilidades que se generan, considerando estos nueve parámetros, sin embargo, es posible establecer cuatro grados de prolapso genital⁽⁴⁵⁾:

TABLA II	
GRADUACIÓN ORDINAL DEL PROLAPSO GENITAL	
Grado 0	No hay prolapso, Los puntos Aa, Ap, Ba, Bp están todos a – 3 cms del himen
Grado 1	La porción más distal prolapsada está a ≥ 1 cm sobre el himen
Grado 2	La parte más prolapsada está entre -1 cm y +1 cm sobre o bajo el himen
Grado 3	La parte más prolapsada está entre +1 cm y no más allá del largo total de la vagina menos 2 cm
Grado 4	Hay una completa eversión de los genitales sobre una distancia equivalente a el largo total de vagina menos 2 cms.

En las figuras 6, 7 y 8 se representa un prolapso completo de la cúpula vaginal, un prolapso de la pared anterior y un prolapso de la pared posterior respectivamente⁽⁴⁷⁾.

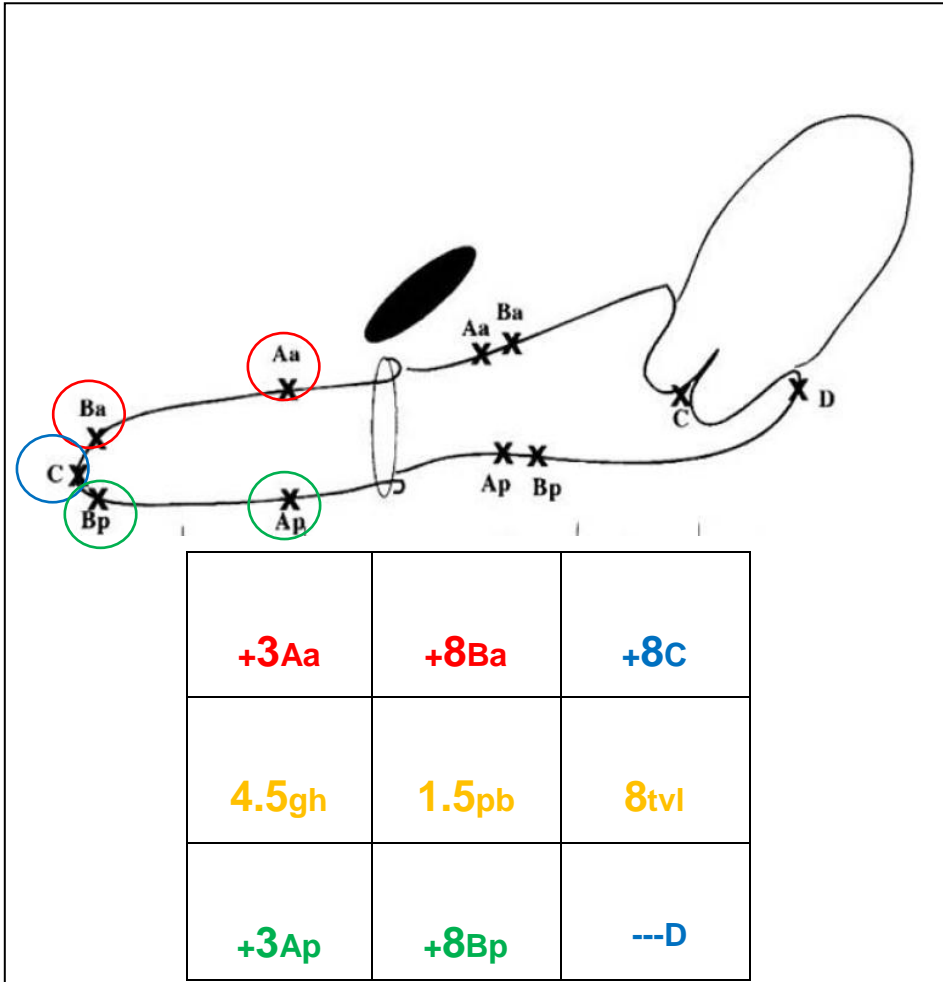
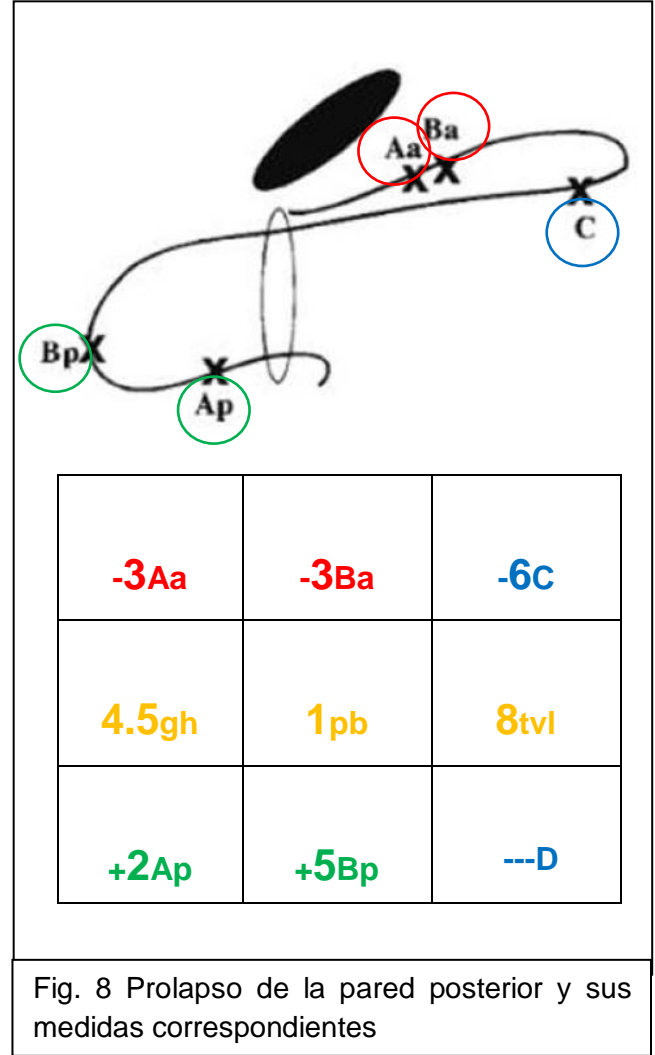
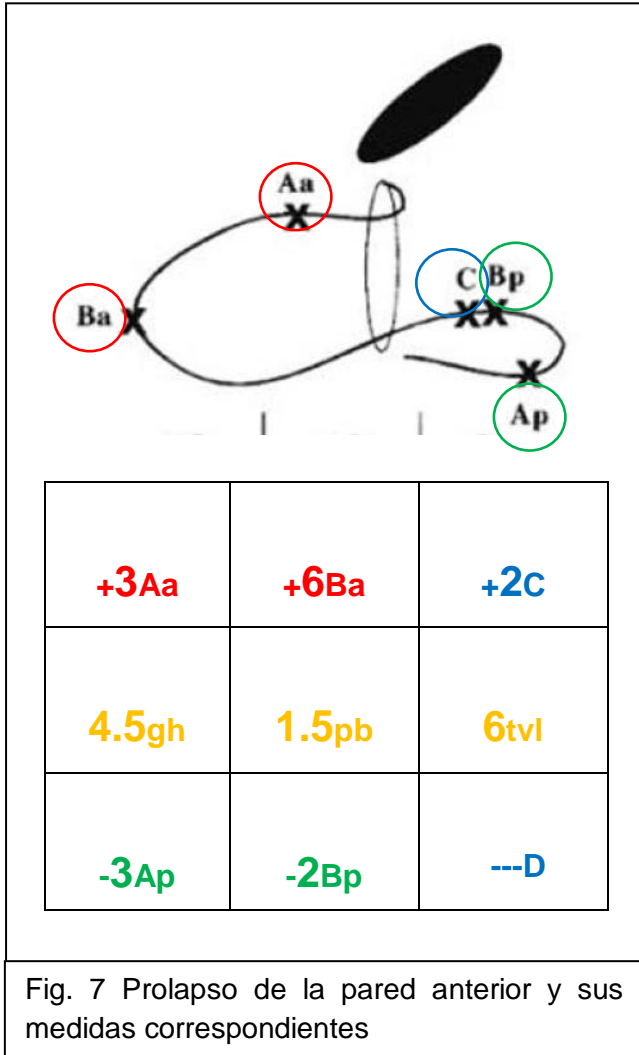


Fig. 6 Prolapso Completo de la Cúpula Vaginal y sus medidas correspondientes



2.8 TRATAMIENTOS DEL PROLAPSO GENITAL

El tratamiento para corregir los defectos de los compartimentos vaginales, ha sido una temática contingente y de controversia en los últimos tiempos, tanto por los materiales a utilizar que pudiesen generar ciertos efectos adversos, como por la alta tasa de recidiva que se presenta⁽⁴⁸⁾.

Resulta de vital importancia establecer y conocer el perfil de las mujeres para indicar el tratamiento a seguir. Dentro de las recomendaciones que establecen los científicos se encuentran:

1. Reconocer que hay alternativas sin mallas
2. Indicar cirugía con malla después de una evaluación rigurosa
3. Capacitarse en el tema
4. Evitar infecciones
5. Informar a la paciente de riesgos y efectos adversos
6. Informar del tipo de malla a utilizar en la cirugía

Por lo anterior, es que el tratamiento del prolapso genital depende de la gravedad del mismo y de sus síntomas, así como de la salud de la usuaria, de su preferencia y de la etapa del ciclo vital en el que se encuentre.

Tratamiento no Quirúrgico

Está indicado en el caso en que las usuarias sean asintomáticas, el prolapso genital sea clasificado como leve, en los casos en que la cirugía este contraindicada o bien, la usuaria no desee someterse a ésta⁽⁴⁹⁾. Dentro de esta categoría se encuentra la fisioterapia del piso pélvico que incluye los ejercicios de Kegel, el biofeedback y la electroestimulación y el uso de pesarios.

La musculatura perineal la componen 2 tipos de fibras musculares⁽⁵⁰⁾: fibras de contracción lenta (tipo I) responsables del tono muscular y soporte de órganos

y fibras de contracción rápida (tipo II) localizadas predominantemente a nivel del esfínter estriado periuretral, responsables junto con los elementos aponeuróticos del cierre uretral durante los incrementos de presión abdominal.

El objetivo de la rehabilitación perineal es tonificar y fortalecer ambos tipos de fibras; las de fibras lentas con contracciones suaves y mantenidas y las de fibras rápida con contracciones de mayor amplitud (fuertes) y rápidas⁽⁵¹⁾.

El efecto final del tratamiento rehabilitador es:

- Incremento de las unidades motoras.
- Mejora de la frecuencia de excitación.
- Incremento de la masa muscular.

En 1948, el ginecólogo estadounidense Arnold Kegel⁽⁵²⁾ estableció un programa de ejercicios para fortalecer la musculatura del piso pélvico, destinado en ese entonces para las usuarias con incontinencia urinaria.

Tales ejercicios se describen simplemente como la contracción voluntaria de la musculatura del suelo pélvico, con series lentas, sostenidas (5 a 10 segundos) y rápidas, con el fin de fortalecer los 2 tipos de fibras ya mencionadas. Los tiempos de recuperación corresponden al doble del tiempo de contracción, para conseguir la recuperación total del músculo entre serie y serie⁽⁵³⁾, a través de la ejecución de tales ejercicios se consigue el aumento de la fuerza en los músculos del periné y la reducción de intervenciones quirúrgicas.

La principal complicación que trae esta técnica, es que la mayoría de las usuarias no tienen conciencia o propiocepción al momento de contraer la musculatura del piso pélvico y se establece una relación directa entre la falta de propiocepción y la debilidad muscular de tal zona⁽⁵⁴⁾. Es por lo anterior que la instrucción a la usuaria debe ser clara y se pueden utilizar ciertos métodos para facilitar el aprendizaje, como la interrupción de micción.

En los casos en que la mujer no logra tomar conciencia de la contracción de los músculos perineales, se recurre a técnicas como el biofeedback, el cual mediante un sensor electromiográfico que se introduce en la vagina, reproduce una información visual y auditiva sobre una pantalla que la usuaria puede ver y escuchar, recibiendo así información sobre qué músculos está contrayendo en cada momento⁽⁵⁵⁾.

La electroestimulación como tratamiento fue implementada por Caldwell⁽⁵⁶⁾ quien utilizó los primeros estimuladores en 1963. Mediante ella se pretende inducir la contracción pasiva del esfínter periuretral y de la musculatura perineal cuando se aplica una corriente eléctrica a través de la pared vaginal o rectal.

Su mecanismo de acción se realiza fundamentalmente a través de la activación refleja, por lo que es imprescindible que el arco reflejo espinal esté íntegro. Su efecto inmediato es la contracción muscular, consiguiéndose a largo plazo la tonificación e hipertrofia muscular y eventualmente el cambio del patrón histológico de la fibra muscular.

El pesario corresponde a un aparato de silicona que se introduce dentro de la vagina para apoyar los órganos pélvicos. Su uso se remonta a antes de los días de Hipócrates y se ha documentado en los primeros papiros egipcios⁽⁵⁷⁾. Resultan ser bien tolerados y aceptados por las usuarias, pudiendo ser utilizado en aquellas con estadios 2, 3 o 4, sintomáticas o asintomáticas y en quienes la cirugía este contraindicada. Están disponibles en distintos tamaños y formas y se pueden usar como tratamiento a corto y largo plazo. Requiere ser retirado y limpiado con cierta periodicidad, acción que puede ser realizado por la usuaria o el médico. Es un tratamiento económico, de bajo riesgo y eficaz⁽⁵⁸⁾.

Las complicaciones⁽⁵⁹⁾ de los pesarios son:

- Aumento de la secreción vaginal
- Erosión y úlceras vaginales
- Fístulas: vesicovaginal, rectovaginal
- Peritonitis
- Infección vaginal por Actinomyces
- Atipias citológicas inflamatorias
- Incarceración del pesario
- Expulsión del pesario

Existe una amplia variedad de pesarios, sin embargo, hay 2 tipos que son considerados generalmente como los más útiles, siendo estos el “anillo con soporte” y el pesario de Gellhorn⁽⁶⁰⁾ (Ver figura 9 y 10)



Fig. 9: Pesario con anillo simple y anillo de soporte



Fig. 10: Pesario Gellhorn

Otros tipos de pesario son el Merland, de Donut, de Cubo, de Gehrung, de Hodge.
(Ver figuras 11, 12, 13, 14 y 15).



Fig. 11: Pesario Merland



Fig. 12: Pesario de Donut

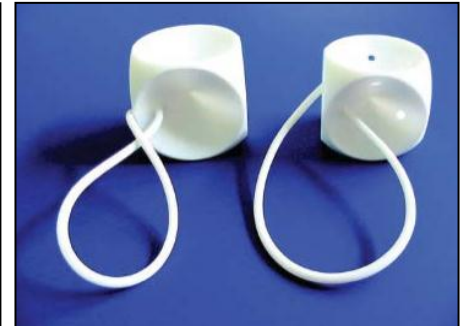


Fig. 13: Pesario de Cubo



Fig. 14: Pesario de Gehrung



Fig. 15: Pesario de Hodge

La evidencia demuestra que la mayoría de las pacientes que cursan asintomáticas⁽⁶¹⁾ o en estadios 0 y 1, no necesitan ningún tipo de tratamiento más allá de la observación, ya que tales estadios son considerados variantes normales de la mujer a lo largo de su vida, en tales casos se recomienda una modificación del estilo de vida con una disminución de peso, erradicación del hábito tabáquico, tratamiento de la constipación, ejercicios de Kegel o estimulación eléctrica⁽⁶¹⁾.

Tratamiento Quirúrgico

El objetivo del tratamiento quirúrgico es erradicar la sintomatología, corregir el prolapso, preservando el eje, el largo y la funcionalidad vaginal⁽⁶²⁾. En la actualidad, existen múltiples técnicas lo cual ha demostrado que los rangos de recidiva aún permanecen altos, incluso después de una reoperación⁽⁶³⁾.

La reparación del prolapso de pared anterior es una de las cirugías que más cambios ha experimentado a través de los años. Los resultados entregados con técnicas clásicas como la descrita por Kelly en 1914, evidencian una alta tasa de recidiva en el mediano y largo plazo con cifras de hasta 30% a los 3 años y 70% a largo plazo⁽⁶⁴⁾. Estas técnicas se basan en la plicatura o colporrafia del diafragma urogenital y los ligamentos parauretrales, fijando la fascia en la línea media, sin embargo esto no consideraba la presencia de algún defecto paravaginal.

Las altas tasas de recidivas llevó a los cirujanos a la búsqueda de nuevos tratamientos, llegando a la implementación de materiales protésicos biológicos y sintéticos, a partir de la experiencia en el uso de mallas protésicas en la corrección de hernias abdominales⁽⁶⁵⁾.

Las alternativas quirúrgicas actualmente aceptadas para la corrección del prolapso genital son: utilización de material protésico, reparación de defectos paravaginales, reparación de defectos pararrectales y reparación del defecto del sitio específico⁽⁶⁵⁾.

En cuanto al tipo de malla a utilizar, la ideal es aquella que sea biocompatible, inerte, estéril, no carcinogénica, que no cause reacciones alérgicas ni inflamatorias y resistente⁽⁶⁶⁾.

Existen 4 tipos de mallas protésicas: sintéticas, xenoinjerto, aloinjerto y autólogas. Las sintéticas a su vez se pueden clasificar de acuerdo al material, tamaño del poro y según sean de monofilamento o multifilamento⁽⁶⁶⁾. El tamaño del poro no sólo otorga la flexibilidad a la malla, también permite la infiltración de fibroblastos, pasaje de leucocitos, angiogénesis y mecanismo de anclaje o biointegración⁽⁶⁷⁾. Poros entre 50 y 200 micrones proporcionan un mejor anclaje por facilitar la infiltración de colágeno. Es importante que permita el pasaje de macrófagos (50 micrones) y leucocitos, ya que de esta forma se reduce el riesgo de infección (bacterias 1 micron). El tipo de fibras también puede facilitar la infección. Es el caso de las mallas de multifilamentos, con separación entre ellas menores de 10 micrones, las que permitirán el paso de bacterias y no de leucocitos.

Actualmente las mallas más utilizadas en ginecología corresponden a las de polipropileno, siendo estas de monofilamento, no absorbible, elástica, resistente a infección, de macroporo y que soportan gran tensión⁽⁶⁵⁾.

Se utiliza una malla transobturatriz de 4 brazos de polipropileno de baja densidad y en los casos asociado a incontinencia urinaria se utiliza la técnica TVT-O (cinta obturatriz libre de tensión) por vía vaginal. Las usuarias indicadas para tal intervención son aquellas que sean sintomáticas, con estadios igual o mayor a 2.

En un estudio realizado por Cifuentes M. et al. en el 2011, se evidencia que las complicaciones con tal técnica fueron escasas y de fácil resolución⁽⁴⁸⁾. La exposición de la malla representa un problema de cierta relevancia que se debe ponderar y contrastar con la posibilidad de recidivas que representa el hecho de no usar materiales protésicos. Sin embargo, se considera que el uso de mallas es una herramienta valiosa en la corrección del comportamiento vaginal anterior⁽⁴⁸⁾.

En relación al prolapso de la cúpula vaginal, corresponde a una alteración que afecta entre el 0,2 y 2% de las pacientes con antecedente de histerectomía⁽⁶⁸⁾.

Esta alteración se genera principalmente por el daño de la fascia endopélvica y a los ligamentos cardinales y úterosacros. Dado que la vagina se divide técnicamente en tres niveles ya descritos, se sabe según amplias revisiones estudiadas respecto de este defecto, que el nivel más importante de suspensión de la cúpula es el nivel 1 de modo que la alteración en la suspensión genera directamente prolapso genital de la cúpula^(12,14).

Dentro de los tratamientos propuestos y de preferencia adoptados últimamente, están la colposuspensión al promontorio sacro (vía abdominal) y la colpopexia al ligamento sacroespinoso (vía vaginal).

La colposuspensión al promontorio sacro, consiste en fijar el cuello uterino en el promontorio sacro, generalmente con la interposición de malla de material sintético. Corresponde a una técnica muy difundida y adecuadamente estandarizada con elevado índice de éxito, además de preservar parcialmente el eje vaginal. Presenta como desventaja, la necesidad eventual de acceso combinado por vía vaginal para corrección de otros defectos asociados. La promontofijación por vía abdominal es considerada el "estándar dorado" de las cirugías para la corrección de defectos apicales dado que cuenta con seguimientos de hasta 17 años con tasas de curación cercanas al 90%⁽⁶⁹⁾.

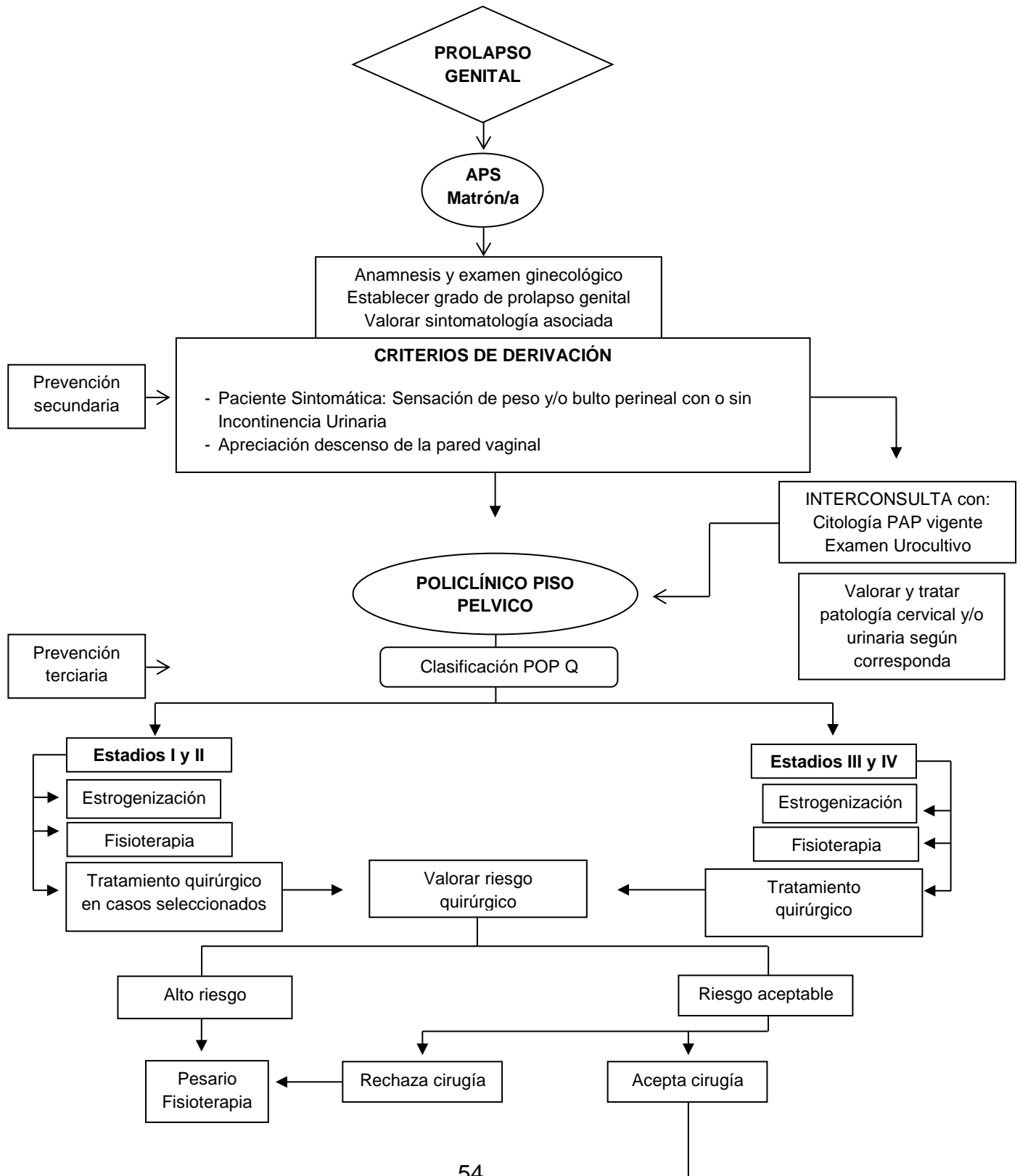
La colpopexia al ligamento sacroespinoso, corresponde a una de las cirugías más utilizadas en el tratamiento del prolapso apical, manteniendo el eje vaginal próximo al fisiológico, con alta tasa efectividad. Presenta como riesgo principal la posibilidad de lesión inadvertida de los vasos o nervio pudendos interno durante la aplicación de las suturas, con sangrado o dolor persistente. Esta técnica ofrece algunas ventajas sobre otras técnicas al tener menor tiempo quirúrgico, menores costos, rápida recuperación y un abordaje quirúrgico más fácil en pacientes con obesidad o contraindicaciones médicas para la laparotomía, todo esto con resultados posquirúrgicos comparables a la colpopexia por vía abdominal⁽⁷⁰⁾.

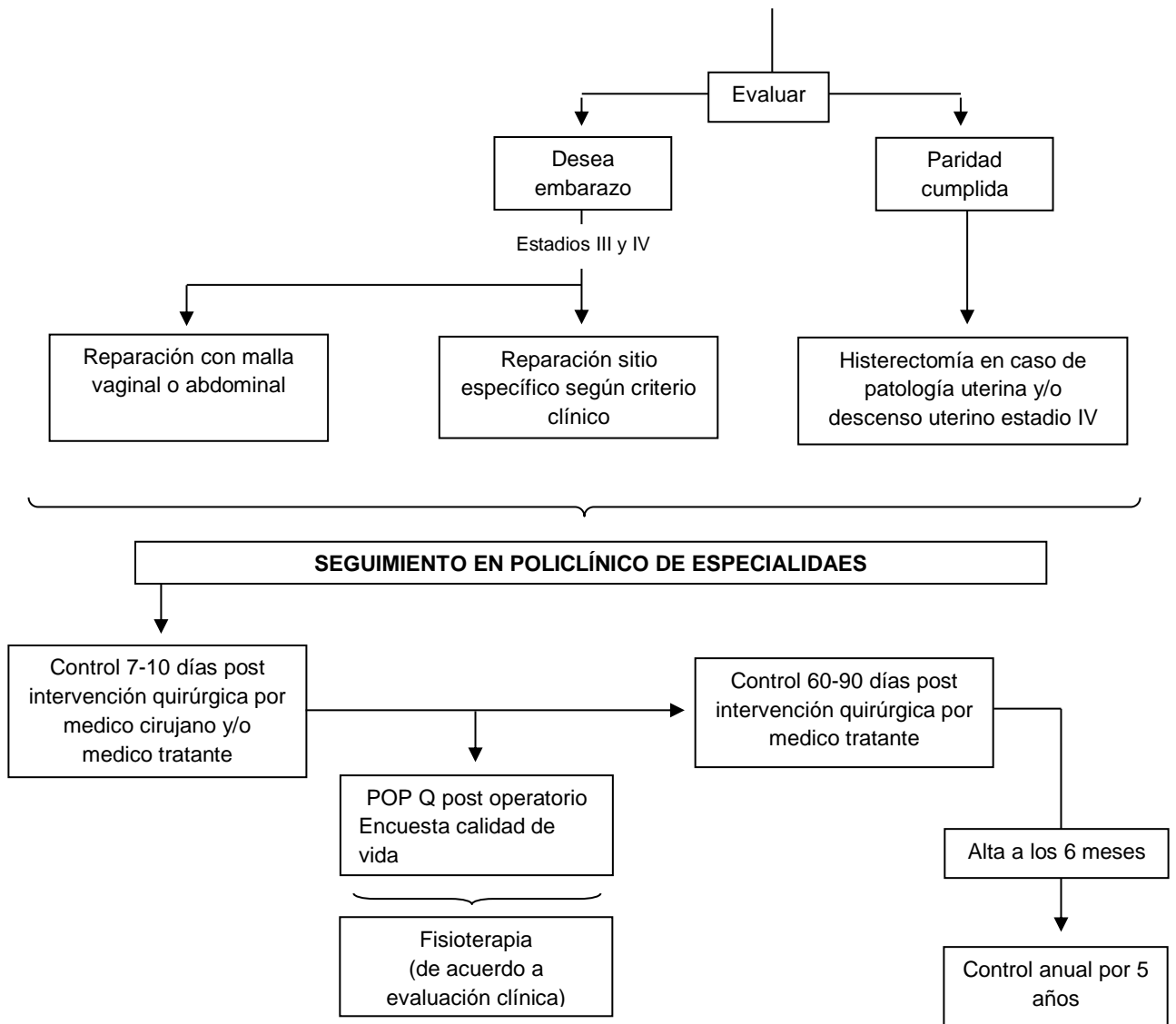
Por último la colpopexia transcoccígea es una técnica que se basa en el empleo de prótesis de polipropileno en forma de pretina, empleadas bilateralmente a través de punciones cutáneas en la fosa ísquirrectal y fijadas a la cúpula vaginal, a nivel de los ligamentos sacroespinosos. Este procedimiento fue descrito recientemente y presenta como ventaja la facilidad técnica, así como también la mantención del eje vaginal fisiológico. Puede ser empleada en conjunto con mallas para corrección de rectoceles y de enteroceles⁽⁷¹⁾.

Finalmente, en los defectos de la pared vaginal posterior debe considerarse que generalmente se asocian a grados variables de rotura del cuerpo perineal y su lesión se manifiesta por el adelgazamiento del conjunto muscular entre la horquilla vaginal y el ano, dato que se debe tener en cuenta al momento de la intervención quirúrgica para realizar la corrección efectivamente.

Clásicamente el tratamiento del prolapso de la pared vaginal posterior se corregía quirúrgicamente con colporrafia posterior con plicatura de la fascia rectovaginal y miorrafia del músculo elevador del ano, pero se ha desistido en su realización debido a la alta tasa de recidiva que presentó esta técnica⁽⁷²⁾. Un estudio publicado en el año 2006 en el Hospital Carlos Van Buren⁽⁷²⁾ afirma que actualmente la técnica quirúrgica más utilizada, corresponde al refuerzo de la pared vaginal posterior insertando una malla de prolene tunelizada entre la vagina y recto sin apertura de la mucosa, de manera que fortalece la fascia recto vaginal dañada y así restituir la tensión necesaria para mantener en la posición adecuada las estructuras conjuntas. Adicionalmente se realiza un IVS posterior (Plastia intravaginal Posterior) o "Sacropexia Infracoccígea", para reparar el prolapso de cúpula que se encuentra generalmente asociado.

2.9 FLUJOGRAMA DE DERIVACIÓN DE USUARIAS CON PROLAPSO GENITAL EN RED PÚBLICA DE SALUD⁽⁷³⁾





CAPÍTULO III: OBJETIVOS Y VARIABLES

3.1 OBJETIVOS

GENERAL

- Establecer el perfil biosocial de las mujeres con el diagnóstico de prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico de Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso durante el período de Julio a Agosto del año 2012.

ESPECÍFICOS

- Describir las características biológicas de las mujeres con diagnóstico de prolapso genital: Edad, Estado Nutricional, Hábito Tabáquico, Condiciones Asociadas, Sintomatología, Antecedentes Familiares.
- Describir las características gineco-obstétricas de las mujeres con diagnóstico de prolapso genital: Paridad, Antecedente de Gestación Múltiple, Tipo de Parto, Integridad Perineal, Peso Máximo de los RN, Cirugía Perineal Previa, Menopausia, Edad de Menopausia, THR, Tiempo de uso de la THR.
- Describir las características sociales de las mujeres con diagnóstico de prolapso genital: Domicilio, Escolaridad, Tiempo de Consulta, Esfuerzo Laboral, Actividad Física Programada.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo Específico N°1	Describir las características biológicas de las mujeres portadoras de prolapso genital: Edad, Estado Nutricional, Hábito Tabáquico, Condiciones Asociadas, Sintomatología, Antecedentes Familiares.			
Variabes	Definición	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores
Edad	Números de años de la mujer al momento del diagnóstico de prolapso genital		Menos de 40 años Entre 40 - 50 años Entre 51 - 60 años Entre 61 - 70 años Mayor a 70 años	
Estado Nutricional	Condición física de la mujer al momento del diagnóstico de prolapso genital con respecto a la relación peso - talla que se mide en IMC.	IMC	Enflaquecido Normal Sobrepeso Obesidad Tipo 1 Obesidad Tipo 2 Obesidad Tipo 3	Menor a 18.5 18.5 – 24.9 25.0 – 29.9 30.0 – 34.9 35.0 – 39.9 Mayor a 40
Hábito Tabáquico ⁽¹⁾	Consumo de cigarrillos que se repite en el tiempo de manera continua.		No fuma Fumador leve Fumador Moderado Fumador severo	0 <5/ día Entre 6 y 15/ día 16 y + / día
Condiciones Asociadas	Alteraciones funcionales del sistema respiratorio, urinario y/o digestivo que se presentan previo y/o en paralelo al		EPOC	Sí No
			Constipación	Sí No

	inicio del prolapso genital.			
Sintomatología	Conjunto de síntomas que presentan las mujeres con el desarrollo de la patología.		Pesadez genital	Sí No
			Dispareunia	Sí No
			Hipogastralgia	Sí No
			Bulto en los genitales	Sí No
			Prurito	Sí No
			Flujo Vaginal	Sí No
			Dolor en zona sacrolumbar	Sí No
			Poliaquiuria	Sí No
			Incontinencia Urinaria	Sí No
Antecedentes Familiares	Datos médicos previos de familiares de la línea materna con prolapso genital.		Sí No	

Objetivo Específico N°2	Describir las características gineco-obstétricas de las mujeres portadoras de prolapso genital: Paridad, Antecedente de Gestación Múltiple, Tipo de Parto, Integridad Perineal, Peso de los RN, Cirugía Perineal Previa, Etapa del Climaterio, Edad de la Menopausia, THR, Tiempo de uso de la THR.			
Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores
Paridad	Número de hijos que ha tenido la mujer al momento del diagnóstico de prolapso genital		Ninguno Entre 1-3 4 y más	
Antecedente de Gestación Múltiple	Dato de gestaciones de mellizos, gemelos o más que ha tenido la usuaria al momento del diagnóstico de prolapso genital		Sí No	
Tipo de Parto	Vía por la cual nacieron los hijos de las mujeres diagnosticadas con prolapso genital		Solo Cesárea Solo Vaginal Eutócico Solo Vaginal Fórceps Vaginal Eutócico, vaginal Fórceps, Cesárea Vaginal Eutócico, vaginal Fórceps Vaginal Eutócico, Cesárea Vaginal Fórceps, Cesárea No Corresponde	

Integridad Perineal	Características anatómicas del periné post parto		Periné Indemne Episiotomía Desgarro	
Peso máximo de RN	Peso al momento de nacer de los hijos de las mujeres diagnosticadas con prolapso genital medido en gramos		< 2500 grs. 2500 – 3999 grs. 4000 – 4499 grs. 4500 y + grs. No corresponde	
Cirugía Perineal previa	Intervención quirúrgica perineal realizada previamente para corregir alguna alteración del piso pélvico		Sí	
			No	
Etapa del Climaterio	Fase transitoria en la vida de la mujer, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales que precede o sucede a la menopausia		Climaterio pre Menopáusico	Etapa que antecede a la menopausia
			Climaterio post Menopáusico	Etapa posterior a la menopausia
Edad de la menopausia ^(II)	Edad en que se produjo el cese definitivo de las menstruaciones		Menopausia precoz	Antes de los 40 años
			Menopausia temprana	Entre 40 – 45 años
			Menopausia normal	Entre 46 – 50 años
			Menopausia	Mayor a 50 años

			tardía	
			No Corresponde	
Uso de THR	Uso de terapia hormonal de reemplazo previo al diagnóstico de prolapso genital		Sí No No corresponde	
Tiempo de Uso de THR	Tiempo consecutivo que la usuaria mantuvo el uso de THR, previo al diagnóstico de prolapso genital		< 12 meses 1 – 4 años 5 y más años	

Objetivo Específico N°3	Describir las características sociales de las mujeres portadoras de prolapso genital: Domicilio, Escolaridad, Tiempo de Consulta, Esfuerzo Laboral, Actividad Física Programada.			
VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Domicilio	Lugar de residencia habitual de la usuaria, que contempla el acceso.	Fácilmente accesible 4 – 5 puntos	Dispone de locomoción a menos de una cuadra del domicilio	Sí (1 punto) No (2 puntos)
		Moderadamente accesible 6 – 7 puntos	Utiliza habitualmente la locomoción para movilizarse	Sí (1 punto) No (2 puntos)
			Necesita caminar más de dos cuadras empujadas para realizar sus actividades habituales	Sí (2 puntos) No (1 punto)
		Difícilmente accesible 8 puntos	Sube diariamente escaleras equivalentes a más de dos pisos.	Sí (2 puntos) No (1 punto)

Escolaridad	Tiempo de estudio (medido en años) en que la usuaria logro aprobar.		Básica Media Superior	8 años 9 – 12 años 13 años y +
Tiempo de Consulta	Tiempo medido en años que transcurre desde la aparición de los síntomas hasta que la usuaria consulta a un profesional		< 1 año 1 - 3 años Más de 3 años	
Esfuerzo Laboral ^(III)	Nivel de esfuerzo que ejerce la mujer durante la jornada laboral, que se puede clasificar según tipo de trabajo, frecuencia, tiempo de dedicación y su propia percepción.	Ligero 4 – 6 puntos	Tipo de Trabajo	Secretaría (1 pto.) Cajera (1 pto.) Estudiante (1 pto.) Otro (1 pto.)
				Temporera (2 ptos.) Dueña de Casa (2 ptos.) Vendedora de Tienda (2 ptos) Otro (2 ptos.)
				Reponedora (3 ptos.) Feriante (3 ptos.) Otro (3 ptos.)
		Moderado 7 – 9 puntos	Tiempo de Dedicación	Menos de 8 horas diarias (1 pto.)

				8 – 10 hrs. diarias (2 ptos.)
				Más de 10 horas diarias (3 ptos.)
		Pesado 10 – 12 puntos	Frecuencia	Menos de 5 veces a la semana (1 pto.)
				De Lunes a Viernes (2 ptos.)
				Todos los días (3 ptos.)
			Percepción de la usuaria respecto de su esfuerzo laboral	Ligero (1 pto.)
				Moderado (2 ptos.)
				Pesado (3 ptos.)
Actividad Física Programada	Actividad regular que involucra movimiento corporal intencional, que permita fortalecer especialmente la músculatura perineal.		Ninguno	
			Esporádico	Menos de 2 veces por semana
			Regular	2 a 3 veces por semana
			Frecuente	Más de 3 veces por semana

^(I) Londoño C, Rodríguez I, Gantiva C. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Divers.: Perspect. Psicol.* 2011; 7(2)

^(II) Clasificación de acuerdo a la Asociación Española de Obstetricia y Ginecología

^(III) Clasificación de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Cuantitativo, descriptivo, transversal.

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

4.2.1 Universo: mujeres con diagnóstico de prolapso genital, que se atienden en el Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

4.2.2 Muestra: 80 Mujeres, diagnosticadas y tratadas por Prolapso Genital, que se atienden en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, durante los meses de Julio y Agosto de 2012.

4.2.3 Criterios de Inclusión: Mujeres que se encontraban en control por prolapso genital en el Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren, al momento de la aplicación del instrumento durante el año 2012.

4.2.4 Criterios de Exclusión: Mujeres que se encontraban en control por incontinencia urinaria en el Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren, durante el año 2012.

4.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

4.3.1 Unidad de Estudio: Mujeres, diagnosticadas y tratadas por Prolapso Genital.

4.3.2 Unidad Informante:

- Mujeres que presentan Prolapso Genital
- Fichas clínicas de las usuarias del Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico.
- Equipo multidisciplinario del policlínico de piso pélvico.
- Literatura asociada al tema.

4.3.3 Unidad de Referencia: Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

4.4 METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proyecto de investigación fue presentado ante el Comité Científico del Hospital Carlos Van Buren en Abril del 2012, el cual, luego de algunas modificaciones sugeridas en el instrumento de recolección de datos, aprobó el proyecto otorgando una carta que permitió la aplicación del instrumento (Anexo 1).

Posteriormente, se llevó a cabo la validación del instrumento de recolección de datos, efectuándose 15 encuestas a usuarias con prolapso genital en el Policlínico de Piso Pélvico.

Entre Julio y Agosto del 2012, en la Unidad de Piso Pélvico del Policlínico de Especialidades del Hospital Carlos Van Buren, se efectuó la aplicación del instrumento de recolección de datos, luego de ser corregido de acuerdo a los resultados de la validación. Previo a la recolección de datos, se realizó una

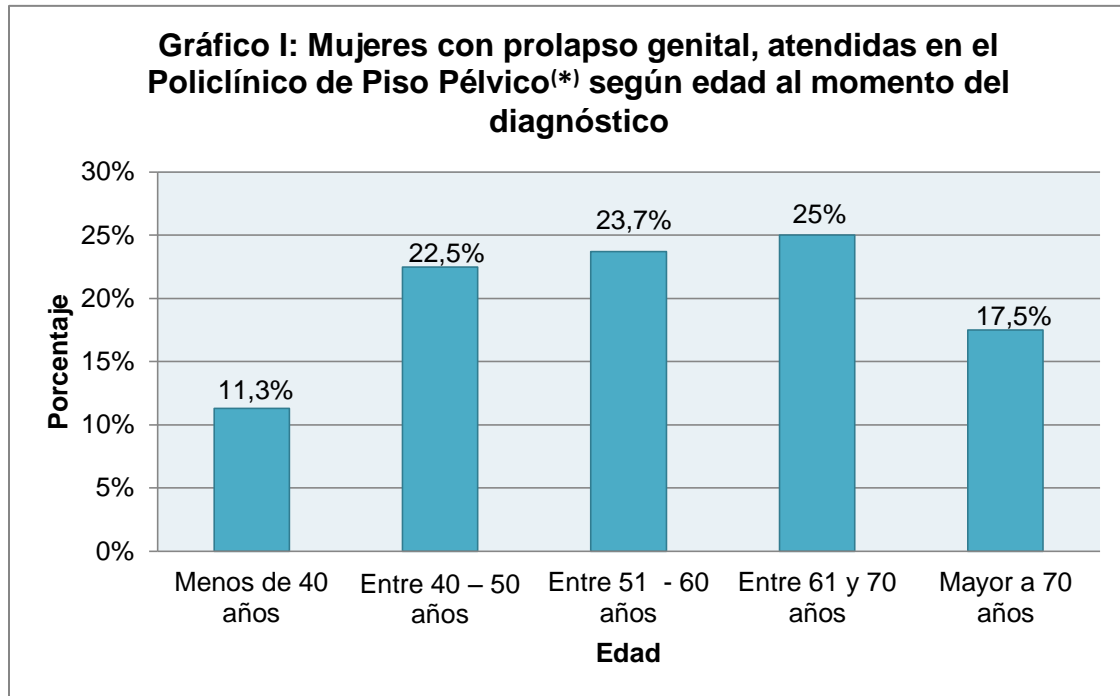
revisión del tarjetero de casos atendidos, que son derivados para tratamiento y rehabilitación desde los establecimientos de Atención Primaria.

Posterior a la atención recibida en el Policlínico, las usuarias eran invitadas por las tesisistas para participar en el proyecto de investigación, previa verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión y descarte de los criterios de exclusión y firma de el formulario de consentimiento informado (Anexo 2), para luego proceder a la aplicación del instrumento de recolección de datos (Anexo 3) el cual constaba con 24 preguntas de carácter abierto y cerrado. La encuesta fue aplicada por las estudiantes, quienes solo realizaban las preguntas y explicaban aquellos conceptos que fueron confusos o desconocidos para la usuaria.

4.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

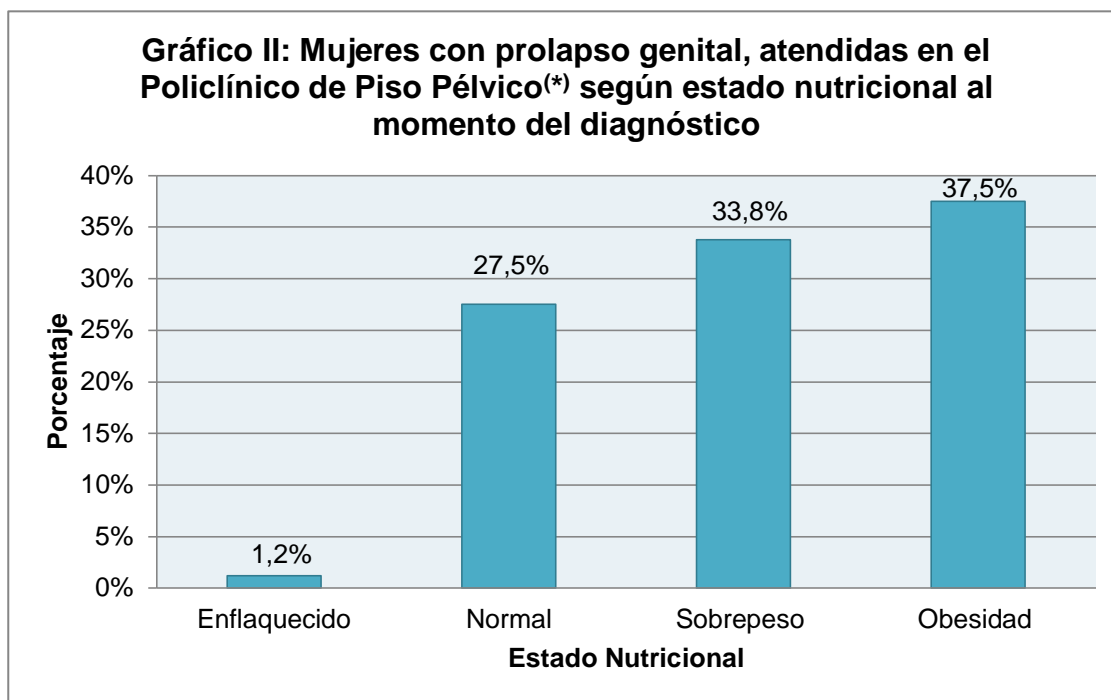
- Limitación de tiempo, asociado a las prácticas clínicas de las estudiantes tesisistas, lo que dificultó la aplicación del instrumento.
- Inexistencia de un instrumento que diferencie a las usuarias atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico según alteración, imposibilitándonos de establecer un universo total de usuarias únicamente con prolapso genital.
- Negación de las usuarias a participar del estudio.
- Desconocimiento por parte de la usuaria de tratamientos y o procedimientos a los que son sometidas.

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



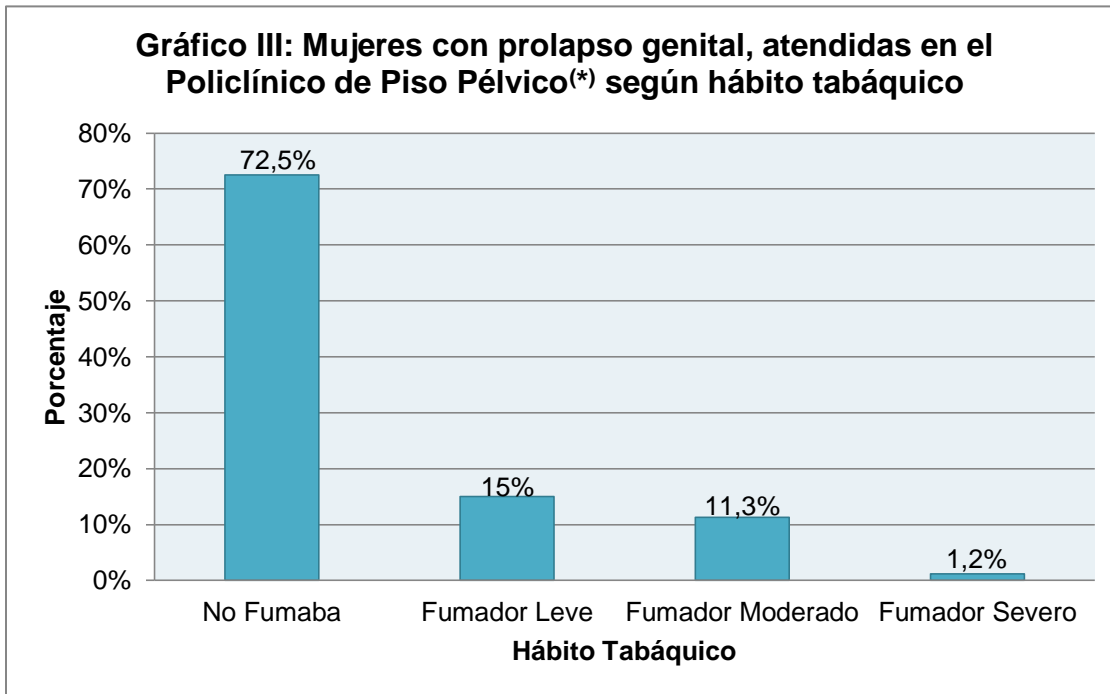
(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

Se observa que la mayoría de las mujeres fueron diagnosticadas después de los 40 años, alcanzando el peak entre los 61 y 70 años (25%). Cabe mencionar que existe un 11,3% de usuarias diagnosticadas antes de los 40 años. (Tabla 1 en Anexo 4)



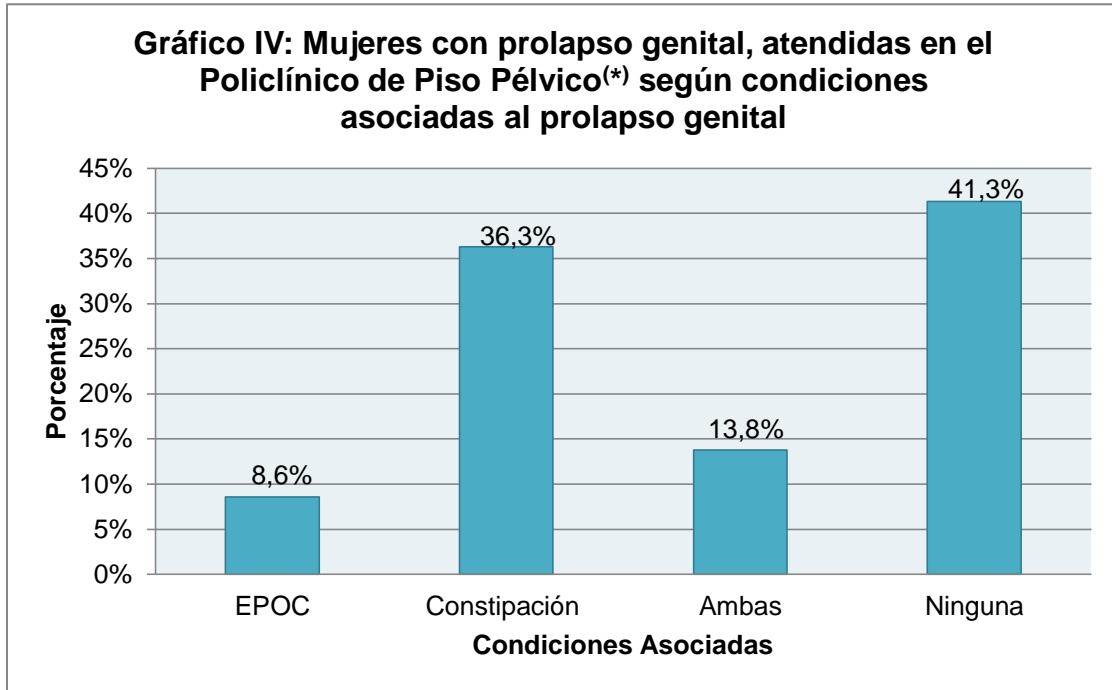
(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

Se destaca que el 33,8% de las mujeres encuestadas presentaron un estado nutricional de sobrepeso al momento del diagnóstico de prolapso genital, en tanto la proporción de mujeres obesas en sus distintos grados sumó 37,5%. (Tabla 2 en Anexo 4)



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 72,5% de las usuarias encuestadas refirieron no fumar al momento del diagnóstico, mientras que el 15% mencionó ser fumador leve. (Tabla 3 en Anexo 4)



^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 58,8% de las usuarias presentaron alguna condición asociada al diagnóstico de prolapso genital, siendo más frecuente la constipación sola (36,3%) o junto a EPOC (13,8%). (Tabla 4 en Anexo 4)

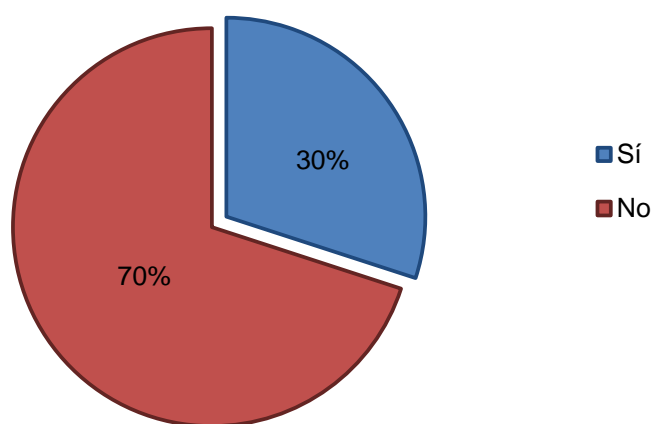
TABLA 5: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*) según sintomatología presentada durante el transcurso de la patología

SINTOMATOLOGÍA	NÚMERO	%
Pesadez genital	53	66,3
Dispareunia	27	33,8
Hipogastralgia	51	66,8
Bulto en los genitales	71	88,8
Prurito	38	47,5
Flujo Vaginal	26	32,5
Dolor en zona sacrolumbar	50	62,5
Poliaquiuria	67	83,8
Incontinencia Urinaria	64	80

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

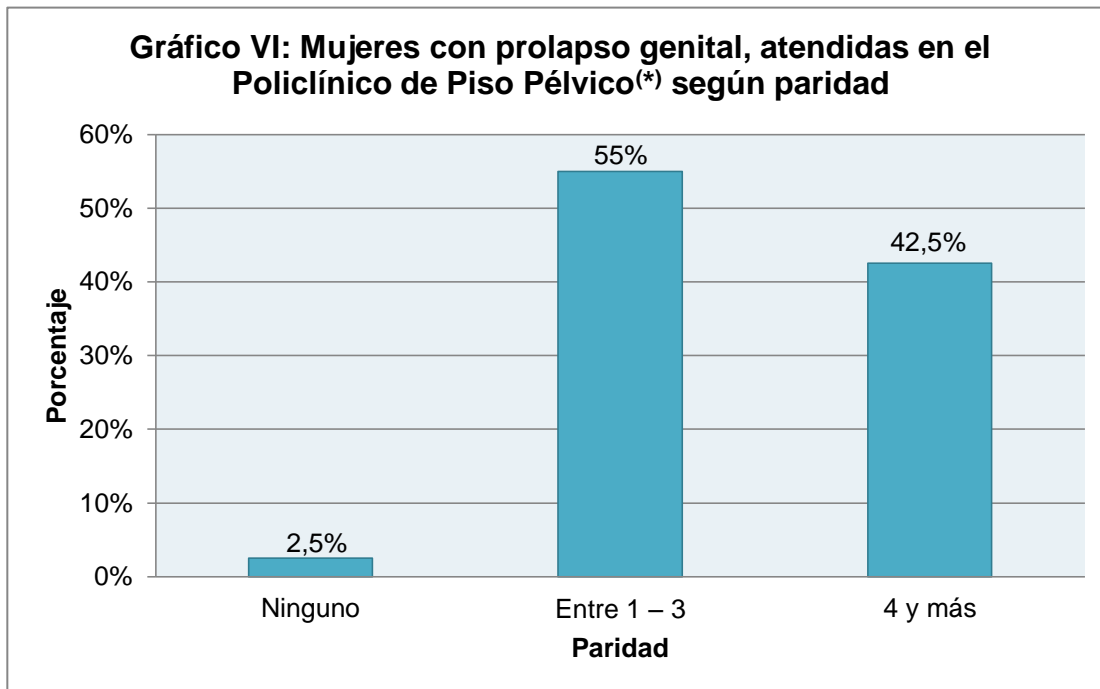
El síntoma “bulto en los genitales” fue el más referido por las usuarias con un 88,8%. También presentaron alta prevalencia los síntomas poliaquiuria, incontinencia urinaria, hipogastralgia, dolor en la zona sacrolumbar y pesadez genital.

Gráfico V: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico(*) según antecedentes familiares de prolapso genital



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

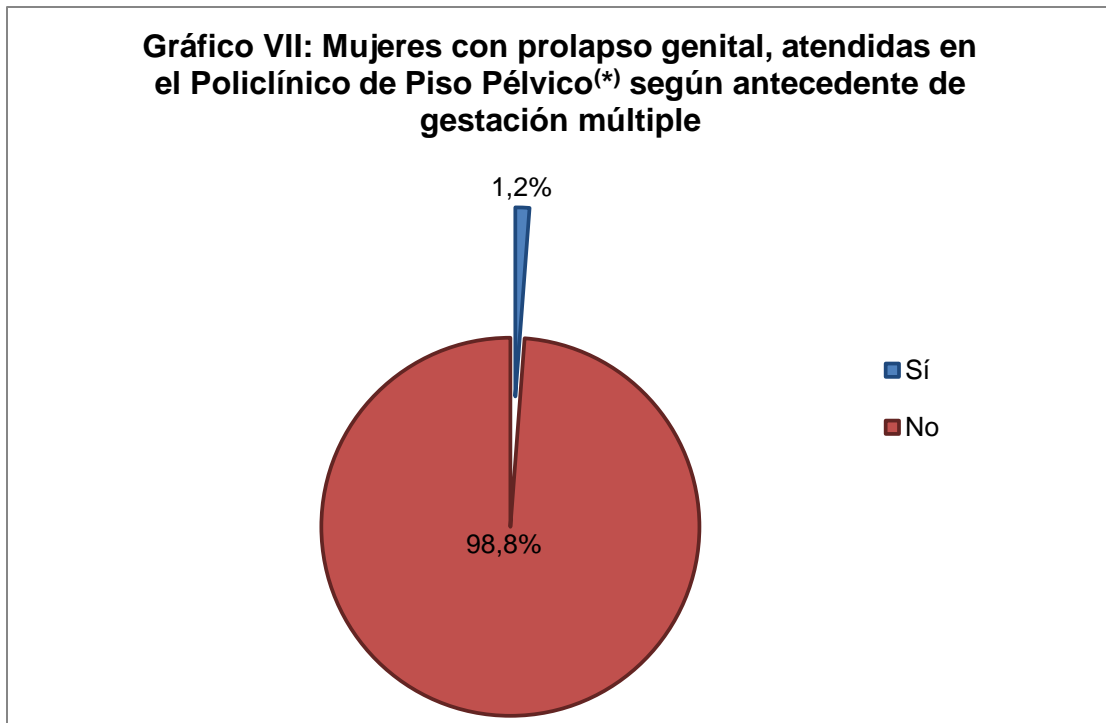
Sólo el 30% de la muestra presentó antecedentes familiares para el desarrollo de la alteración pélvica. (Tabla 6 en Anexo 4)



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 42,5% de la muestra fueron grandes multíparas. Cabe destacar la presencia de dos usuarias que siendo nulíparas presentan prolapso genital. (Tabla 7 en Anexo 4)

Gráfico VII: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*) según antecedente de gestación múltiple



^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

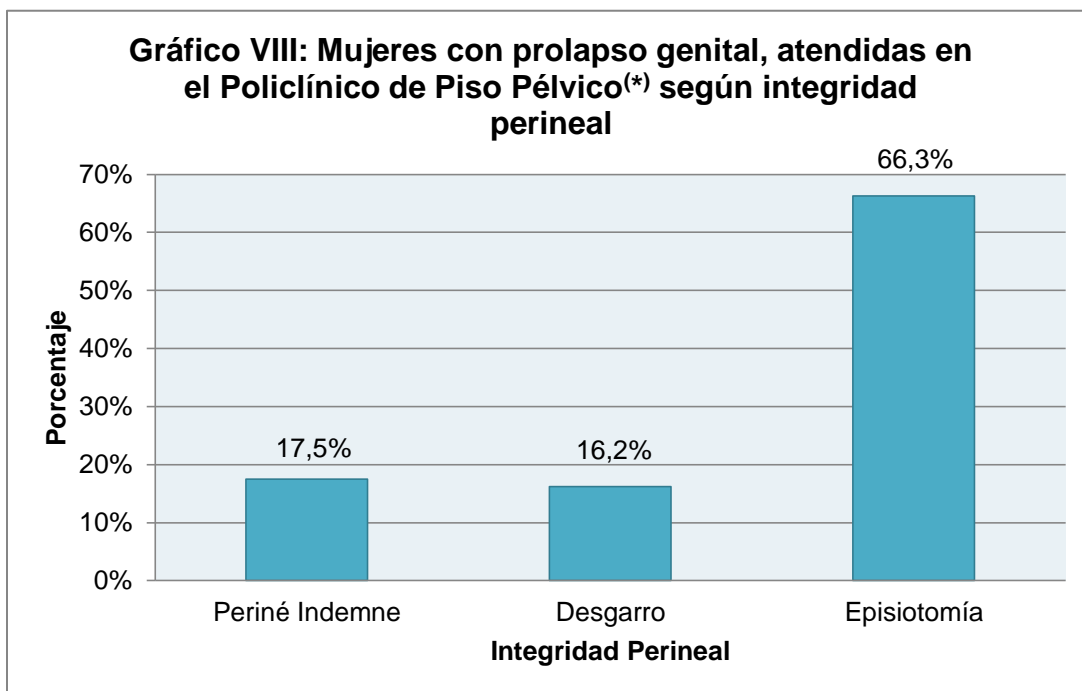
En la variable antecedente de gestación múltiple, tan solo 1,2% de las usuarias mencionó contar con el antecedente de gestación múltiple, cifra que corresponde a 1 usuaria. (Ver Tabla 8 en Anexo 4)

TABLA 9: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*) según tipo de parto

TIPO DE PARTO	NUMERO	%
Solo Vaginal eutócico	49	61,3%
Solo Vaginal fórceps	0	0%
Solo Cesárea	4	5%
Vaginal eutócico, vaginal fórceps, cesárea	2	2,5%
Vaginal eutócico, vaginal fórceps	14	17,5%
Vaginal eutócico, cesárea	8	10%
Vaginal fórceps, cesárea	1	1,1%
No Corresponde	2	2,5%
TOTAL	80	100%

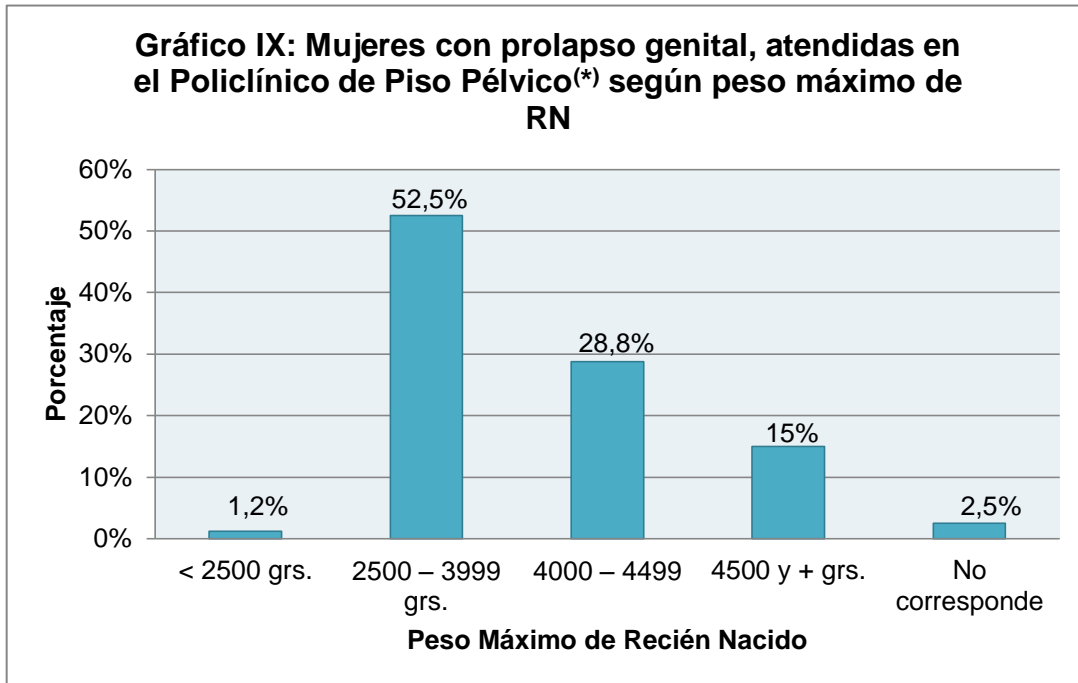
^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El antecedente de parto vaginal ya sea eutócico o con fórceps estuvo presente en 74 usuarias, lo que representa el 92,5% de la muestra.



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

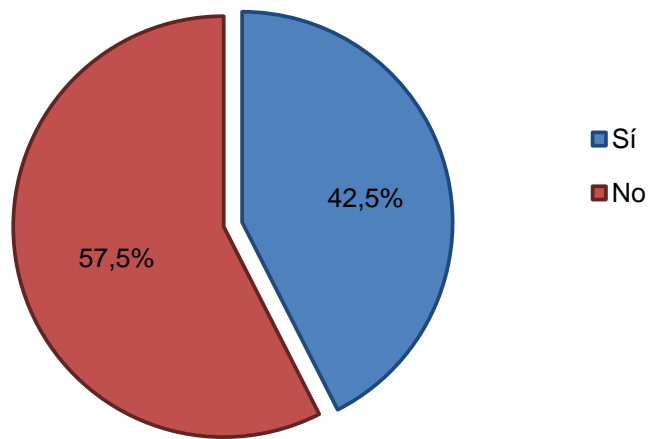
El 66,3% de las mujeres con prolapso genital presentó episiotomía y el 17,5% no tuvo desgarros ni episiotomía en sus partos. (Tabla 10 en Anexo 4)



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 52,5% de las mujeres encuestadas presentó hijos con peso máximo entre el rango de 2500 – 3999 gr y el 43,8% con pesos mayores a 4000 gr. (Tabla 11 en Anexo 4)

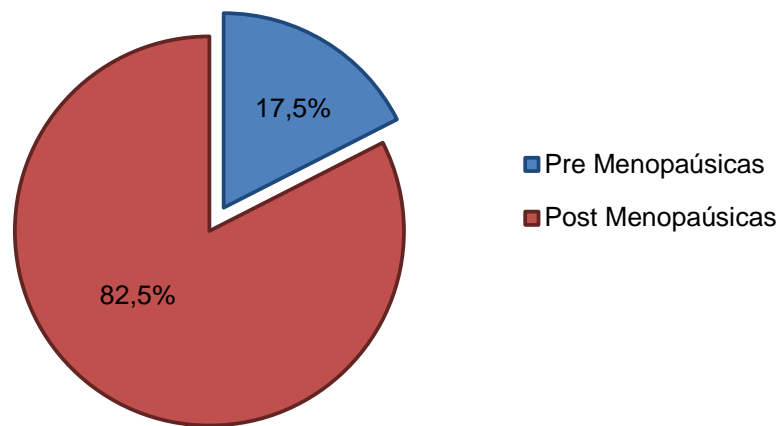
Gráfico X: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico(*) según cirugía perineal previa



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

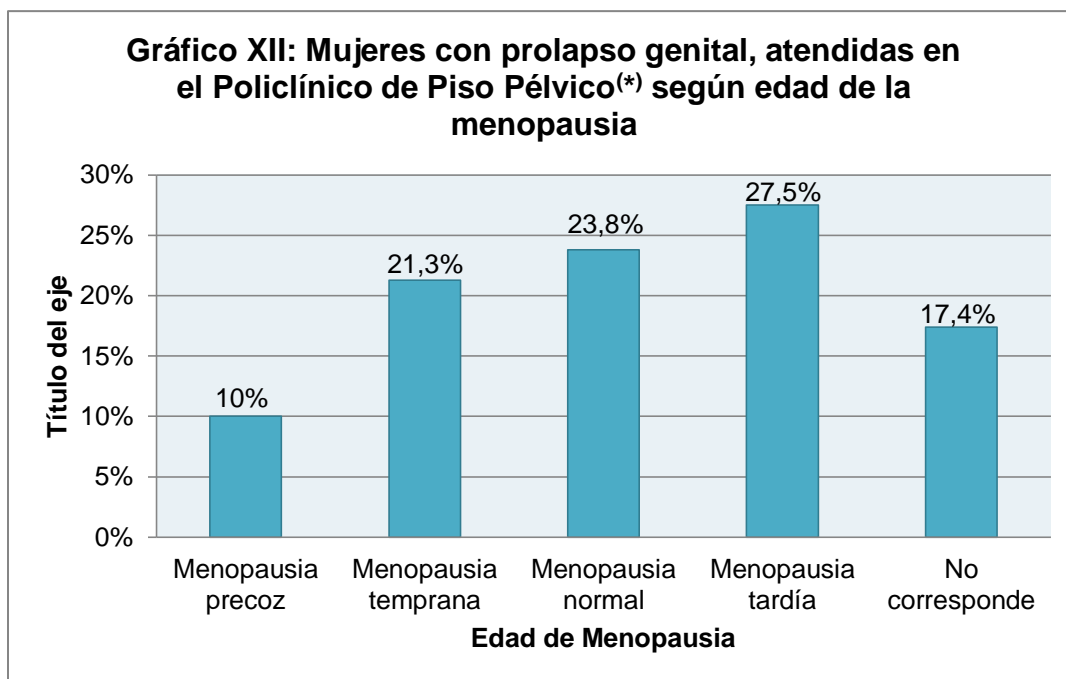
Un 42,5% de las usuarias encuestadas presentó el antecedente de una cirugía perineal previa para el tratamiento de la condición. (Tabla 12 en Anexo 4)

Gráfico XI: Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico(*) según etapa del climaterio



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

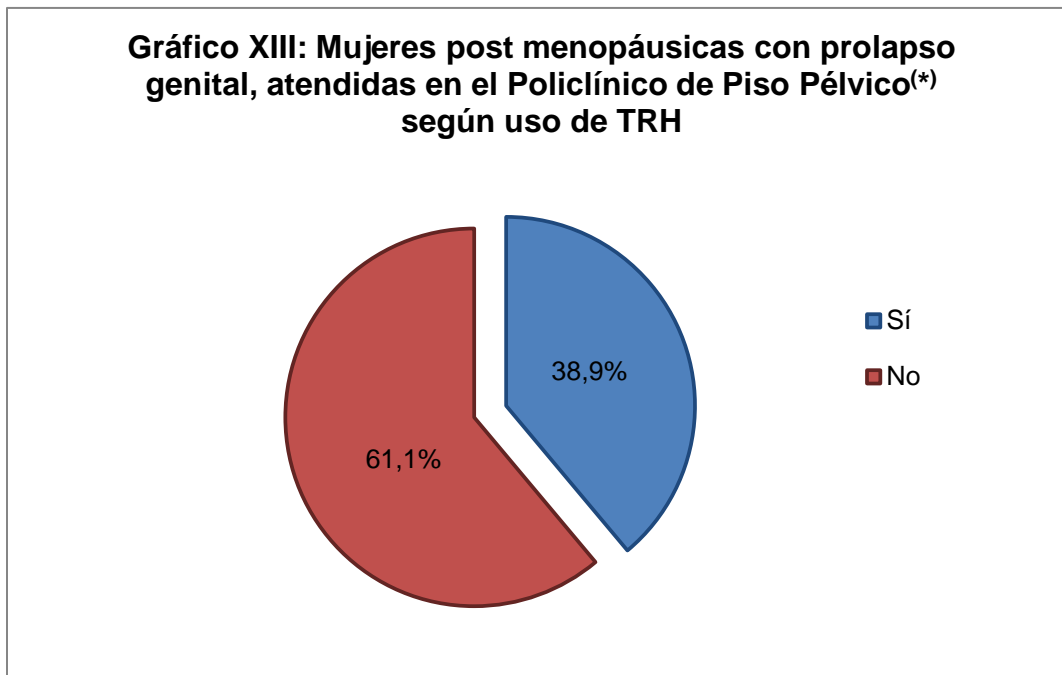
Solo 17,5% de las usuarias presentó prolapso genital previo a la menopausia y el 82,5% presentó la condición posterior a la menopausia. (Tabla 13 en Anexo 4)



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

Respecto a edad de la menopausia, en el 10% de los casos se presentó en forma precoz y en el 21,3% de manera temprana. (Tabla 15 en Anexo 4)

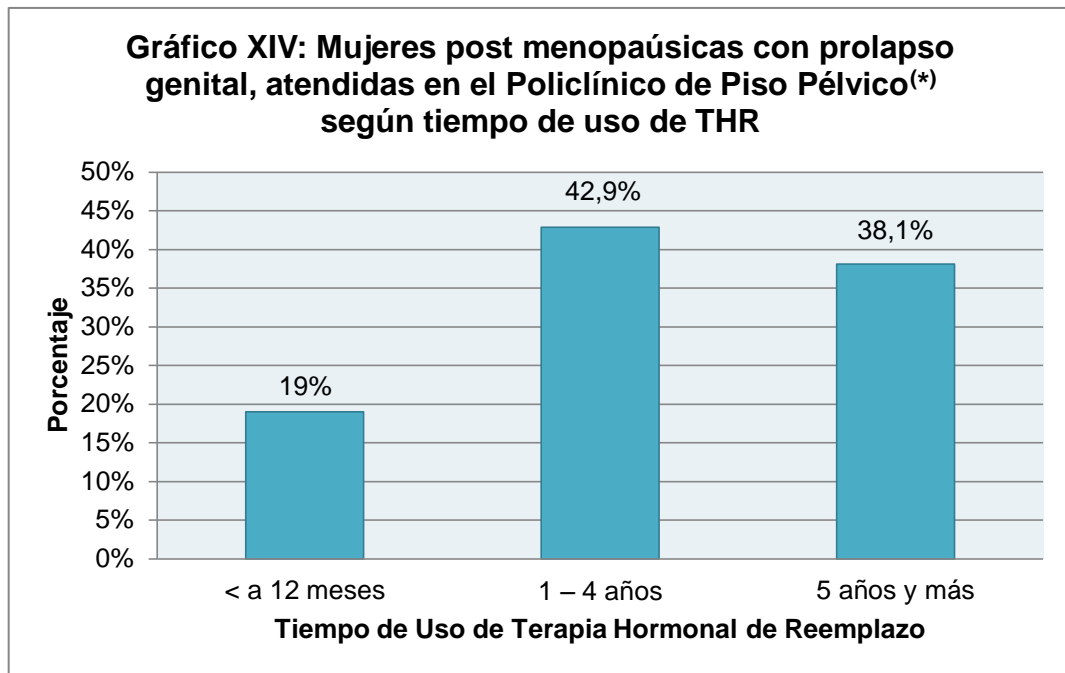
Gráfico XIII: Mujeres post menopáusicas con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico(*) según uso de TRH



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

N: Total de usuarias post menopáusicas: 66

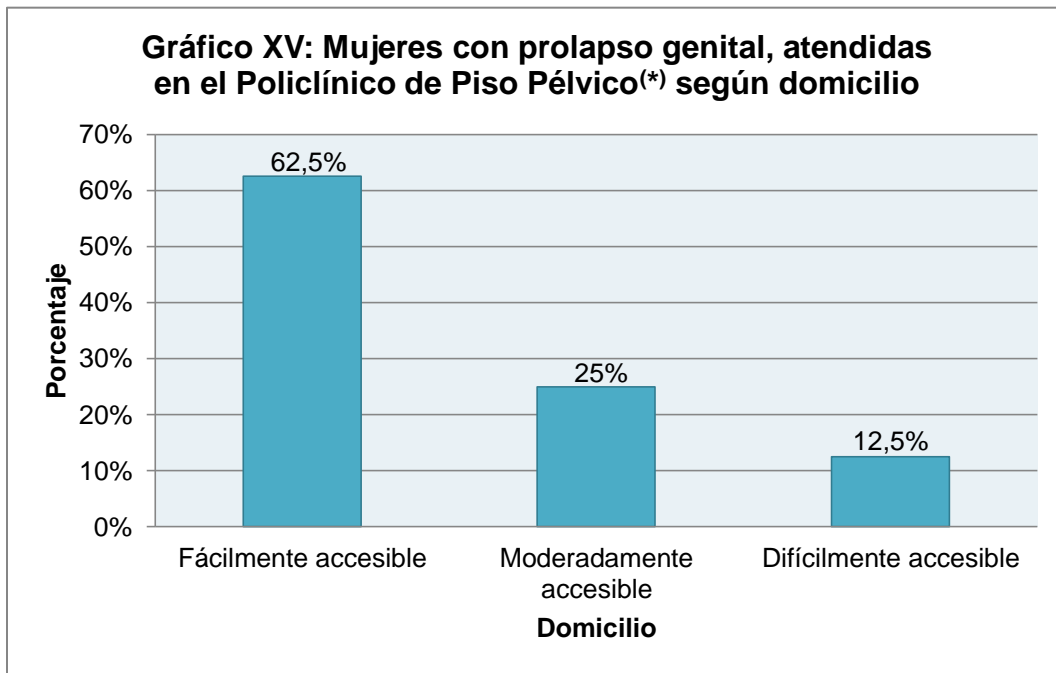
Se observa que el 38,9% de las usuarias post menopáusicas eran usuarias de THR. (Ver Tabla 15 en Anexo 4)



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

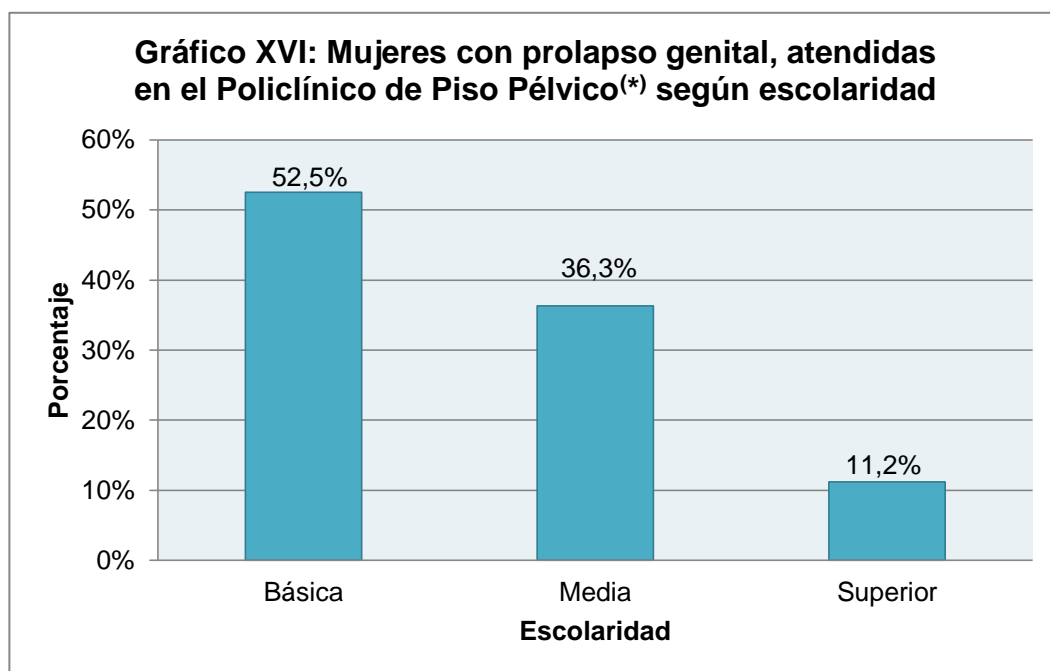
N: Total de usuarias post menopáusicas con uso de THR: 21

El 42,9% de las usuarias de THR mantuvieron el tratamiento entre 1 a 4 años y en el 38,1% su uso se prolongó por más de 5 años. (Ver Tabla 16 en Anexo 4)



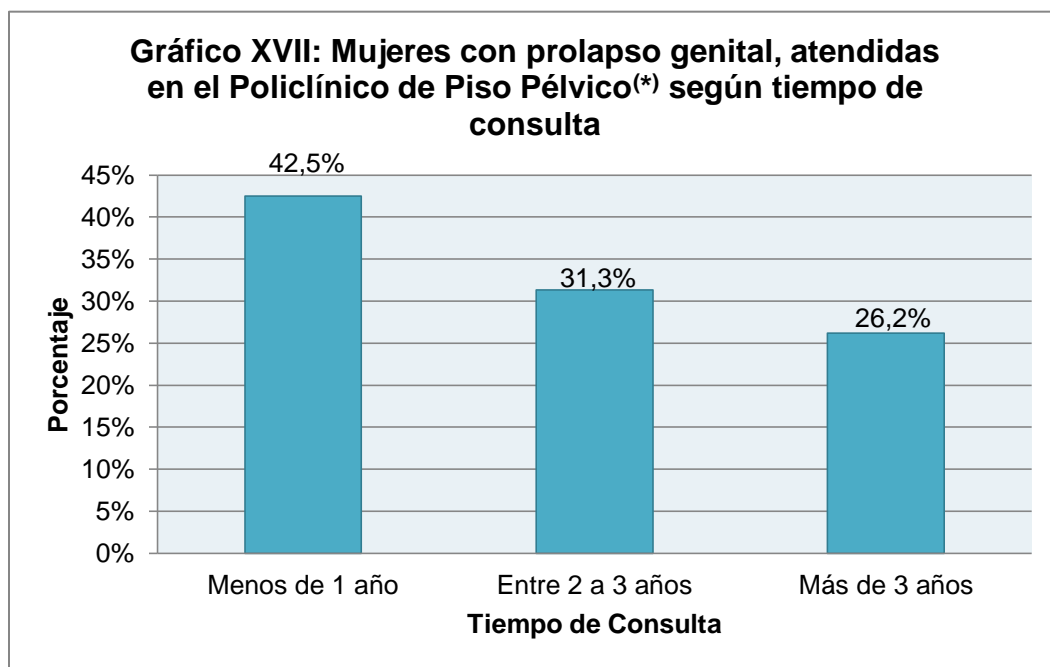
(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 62,5% de las mujeres residía un domicilio fácilmente accesible; sin embargo el 37,5% refirió tener un domicilio moderada o difícilmente accesible. (Tabla 17 en Anexo 4)



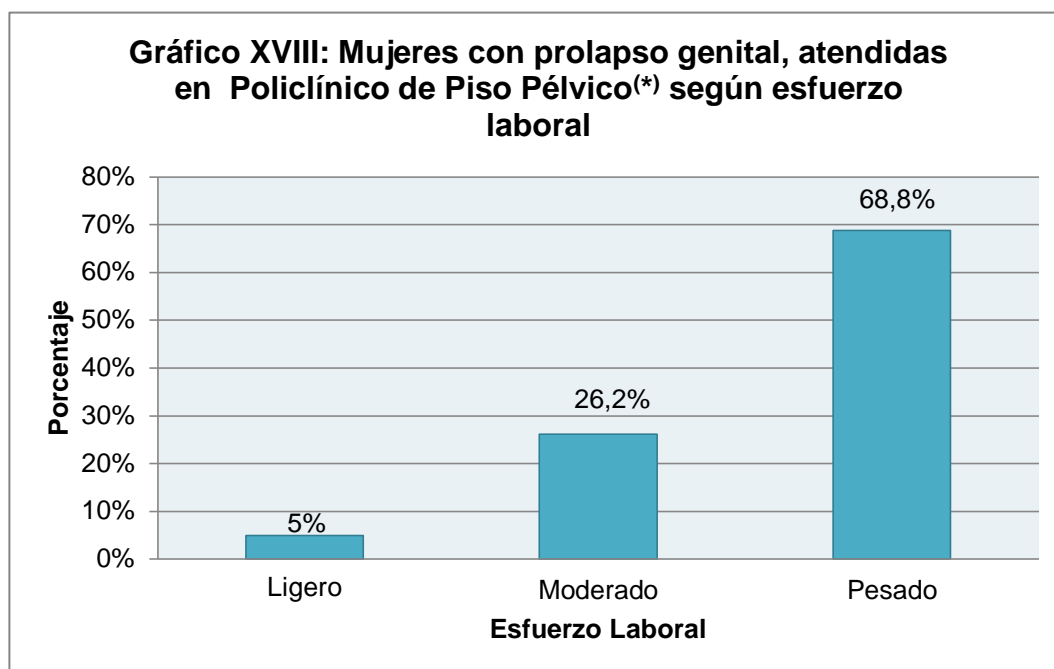
(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 52,5% de las usuarias presentó escolaridad básica y sólo el 11,2% alcanzó la educación superior. (Tabla 18 en Anexo 4)



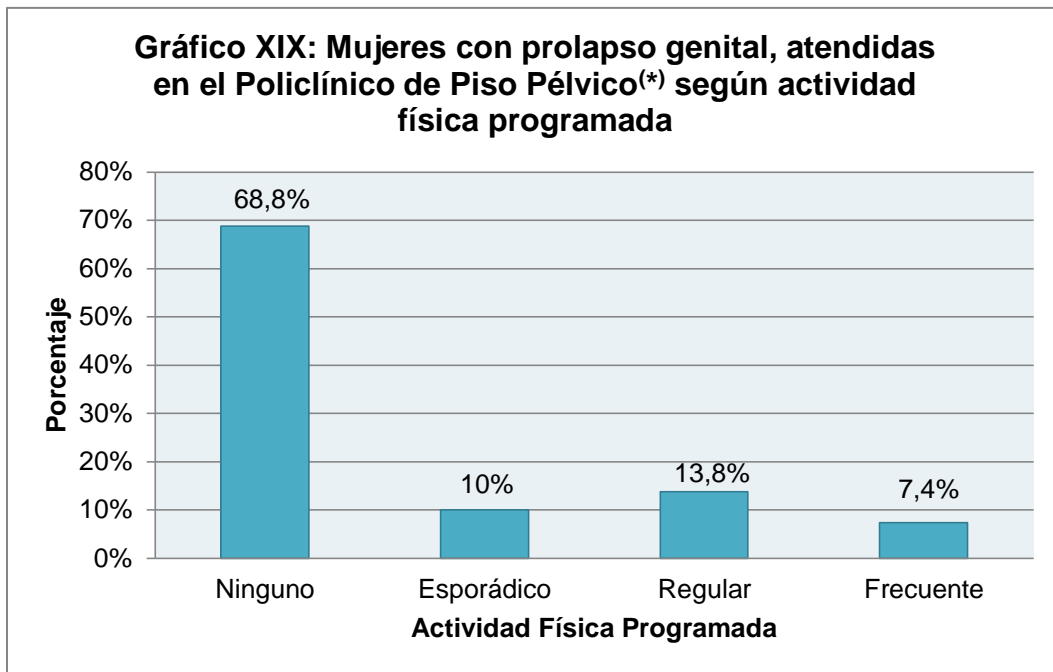
(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 57,5% de las usuarias encuestadas esperó más de 2 años en consultar a un profesional. (Tabla 19 en Anexo 4)



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 68,8% de las usuarias ejercía un esfuerzo laboral calificado como pesada y solo el 5% de las mujeres realizaba un esfuerzo laboral ligero. (Tabla 20 en Anexo 4)



(*) Hospital Carlos Van Buren Año 2012

El 68,8% de las mujeres afirmó no realizar actividad física programada y sólo el 7,4% refirió realizar una actividad de forma frecuente. (Tabla 21 en Anexo 4)

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres con diagnóstico de prolapso genital tenía más de 40 años de edad, esto es concordante con la teoría ya que es una edad en la que convergen variados factores que determinan finalmente esta condición, tales como parto vaginal^(19,20,21), paridad^(22,23,24,25), obesidad⁽²⁶⁾, episiotomía^(21,28), factores genéticos⁽¹⁸⁾, estreñimiento⁽²⁹⁾, hábito tabáquico y enfermedades pulmonares⁽²⁶⁾, hipoestrogenismo⁽³⁰⁾, cirugía perineal previa⁽²⁵⁾, sin embargo, cabe destacar que el 11,3% de las mujeres fue diagnosticada antes de los 40 años, esto podría explicarse en base a los factores ya mencionados que inciden en la aparición de la condición y la repercusión que tienen en el deterioro de la musculatura perineal, de tal modo que el diagnóstico se hace evidente antes de la edad promedio.

De acuerdo al marco teórico^(12,26) a mayor presión intra abdominal existe mayor distensión de la musculatura del piso pélvico, lo que influye en la degeneración de las fascias pélvicas, siendo el sobrepeso y la obesidad determinantes para el desarrollo de esta condición. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo en estudio alcanzaba al 33,8% y al 37,5% respectivamente, situación que favoreció el desarrollo de prolapso genital, dato que se ratifica con la información que arrojó la Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010⁽²⁷⁾ que indica que aproximadamente el 35% de las mujeres entre 45 – 64 años y mujeres de 65 años y más presentan un estado nutricional de sobrepeso y obesidad.

El hábito tabáquico es considerado un factor que incide en el desarrollo de la condición en estudio. Sólo el 27,5% de las mujeres declaraba fumar, lo cual está por debajo de los hallazgos señalados en la Encuesta Nacional de Salud realizada durante los años 2009 – 2010⁽²⁷⁾, donde se afirma que aproximadamente el 45% de mujeres entre 25 – 44 años, el 33% de mujeres entre 45 – 64 años y el 13% de mujeres mayores de 65 años refiere ser fumadora, las diferencias podrían obedecer a que el hábito tabáquico es un antecedente que las usuarias no suelen revelar en el contexto de una atención de salud o bien a que el hábito tabáquico disminuye conforme aumenta la edad⁽⁷⁴⁾.

Sobre las condiciones crónicas, principalmente constipación y EPOC, la literatura⁽²⁶⁾ describe que estas aumentan la presión intra abdominal y pelviana lo que paulatinamente generan el agotamiento del soporte pélvico. En el estudio se evidencia que el 58,8% de las usuarias presentaba alguna condición asociada a prolapso genital, siendo más frecuente la constipación con un 36,3%.

Con respecto a la sintomatología asociada a la condición en estudio, las usuarias diagnosticadas con prolapso genital refirieron en un alto porcentaje “bulto en los genitales” (88,8%), este resultado es esperable dado que es el signo patognomónico de dicha alteración. Se puede afirmar que los síntomas presentados con mayor prevalencia en las mujeres encuestadas (poliaquiuria, incontinencia urinaria, hipogastralgia, dolor en la zona sacrolumbar y pesadez genital) se acogen a la teoría presentada por Carter (2000)⁽¹⁷⁾, que relata que la presión intra abdominal sostenida genera el debilitamiento de las fascias pélvicas y por ende el descenso de los órganos pélvicos.

El estudio de Visco et al. (2003)⁽¹⁸⁾ respalda la relación existente entre los antecedentes familiares, que implica la presencia de genes alterados, y una mayor incidencia de prolapso genital. En este caso el 30% de las usuarias presentaba antecedentes familiares.

La paridad está descrita como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de prolapso genital dada la presión abdominal sostenida durante toda la gestación y el esfuerzo que implican los pujos maternos. Una investigación publicada en el año 2000, Swift⁽²²⁾ afirma que aquella mujer que ha tenido entre 1 y 3 partos tiene 48% de probabilidad de desarrollar prolapso genital, en tanto aquella mujer que tuvo 4 o mas partos tiene un riesgo del orden de 71.2%. Al analizar la información se aprecia la correlación con lo expuesto anteriormente, ya que el 55% de las usuarias encuestadas tuvo entre 1 a 3 hijos y el 42,5% de las usuarias corresponden a grandes multíparas (4 o más hijos). Cabe destacar que

dentro del grupo en estudio hubo 2 nulíparas, cuya condición se podría atribuir a otros factores.

Dentro de las condiciones que aumentan la presión abdominal, se encuentran las gestaciones múltiples y el mayor peso de los recién nacidos. En esta investigación hubo sólo una mujer con antecedente de embarazo múltiple, aun así esta proporción es mayor a la incidencia de partos gemelares en el país, puesto que según datos de la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile publicados en el año 2006⁽⁷⁵⁾, la tasa de incidencia de nacimiento de gemelos entre 1983-1997 fue de 0,018%; entre 1998-2000 de 0,019% y entre 2001-2004 de 0,026%, lo que podría explicar los datos obtenidos.

Respecto al peso de los recién nacidos, los datos alcanzados en el estudio son concordantes a lo expuesto con anterioridad ya que el 43,8% de las usuarias encuestadas tuvo recién nacidos con pesos mayores a 4000 gr, proporción que supera ampliamente al 9% de niñas o niños con peso igual o superior a 4000 gr que anualmente nacen en Chile^(76,77).

La evidencia expuesta por Handa et al.(2011)⁽²¹⁾ y Kuo-Cheng et al. (2004)⁽²⁸⁾ señala que el intervencionismo al que es expuesta la mujer durante el parto vaginal, ya sea eutócico o fórceps, daña directa e indirectamente nervios, músculos y tejido conectivo de la pelvis, predisponiendo así al desarrollo de prolapso genital. El daño de la musculatura perineal provocada principalmente por la sección y el desgarro, altera el soporte del piso pélvico influyendo en el descenso de los órganos pélvicos. En este estudio, la episiotomía se presentó en el 66,3% de los casos; sumado a esto, los desgarros alcanzan el 16,2%, determinando así que el 79,5% de la usuarias presentaron intervenciones que alteraron la indemnidad perineal, contribuyendo así al desarrollo del prolapso genital.

El 42,5% de la muestra había sido sometida a intervención quirúrgica para el tratamiento de la condición. Este dato revela que el tratamiento quirúrgico no asegura la recuperación permanente del prolapso genital, pudiendo este reaparecer en el tiempo. Más aún si ciertos factores, como la obesidad o la tos crónica, no son corregidos, se favorece la recidiva de la condición^(26,29,65).

Durante el climaterio se generan múltiples cambios en la mujer, principalmente de índole hormonal, como la disminución de los niveles de estrógenos, esta baja influye en el debilitamiento de las fascias pélvicas facilitando la aparición de la condición estudiada. Esta afirmación se correlaciona con los datos obtenidos ya que el 82,5% de las usuarias presentó prolapso genital durante la etapa de post menopausia.

Adicionalmente, la edad en que se presenta la menopausia también contribuye al desarrollo de la condición en estudio, se puede afirmar que las mujeres con menopausia precoz o temprana tuvieron un menor tiempo de exposición a estrógenos correspondiendo esto, a un factor predisponente para el desarrollo de la condición en estudio, dentro del grupo en estudio las mujeres con antecedentes de menopausia precoz y temprana, alcanzaba al 31,3%.

No obstante lo anterior, cabe señalar que el 17,5% de las mujeres en estudio se encontraba en período pre menopáusico y que el 27,5% tuvo su menopausia en forma tardía, lo que evidencia que son muchos los factores que confluyen en el desarrollo de la patología.

Dentro del tratamiento de la menopausia se encuentra la terapia hormonal de reemplazo (THR), ya que ésta aporta los estrógenos faltantes contribuyendo a mantener el tono de las estructuras de soporte pelviano lo que evita la relajación perineal progresiva y la aparición de prolapso genital. La prevalencia de uso de THR en el grupo en estudio es baja, alcanzando un 38,9%. En países

desarrollados, las tasas de aceptación de la THR no superan al 30-40% de la población, a pesar de haber existido gran cantidad de información y promoción de las ventajas de la THR. En Chile, la tasa de aceptación supera apenas el 10% y el promedio para Latinoamérica es mucho más bajo aún, siendo no superior al 5-6% de la población⁽⁷⁸⁾. Esto se podría explicar en base al exhaustivo análisis costo – beneficio que debe realizar el profesional médico ante la posible indicación de este tratamiento. Durante la década del 90' parecía muy conveniente el uso de hormonas para tratar el climaterio sintomático (bochornos, atrofia urogenital que implica sequedad vaginal y dispareunia, síntomas genitourinarios, depresión, prevención de osteoporosis, entre otros), considerando estos como amplios beneficios para la salud de la mujer. Sin embargo, estudios observacionales y prospectivos han demostrado un incremento significativo de cáncer de mama y aumento de riesgo cardiovascular en el primer período de uso de las hormonas⁽⁷⁷⁾.

Un estudio publicado en Estados Unidos por Anderson et al. (2004)⁽⁷⁹⁾ mostró un incremento de un 29% en el riesgo de padecer un ataque cardíaco y un 41% de sufrir un infarto. Ante los resultados de las investigaciones publicadas en los últimos años se ha generado cierto recelo respecto a la necesidad de indicar THR, en Chile la prevalencia de uso de este tratamiento hormonal ha ido en descenso en el último tiempo, lo cual se podría atribuir además de los riesgos explicados anteriormente a otras causales, como el abandono del tratamiento. Se estima que alrededor del 50% de las usuarias suspende el tratamiento antes del año, no por problemas originados por la progesterona, sino que por no comprender los beneficios y riesgos de la THR^(80,81). Se cree que otra razón de abandono sería la metrorragia, un estudio retrospectivo comparó las historias clínicas de mujeres post menopáusicas en tratamiento continuo y secuencial de THR, se reveló que el primer año cerca del 34% de las pacientes con esquema cíclico refirieron presentar al menos un sangrado inesperado comparado con un 37% de las de esquema continuo. En conclusión, 1 de cada 3 pacientes con THR

continuo y 1 de cada 6 pacientes con THR cíclico presentaron metrorragia el primer año⁽⁸²⁾.

La actividad física programada es considerada como un factor protector frente al deterioro de la musculatura pélvica, fortaleciéndola y por lo tanto actuando de manera preventiva frente al prolapso genital⁽³²⁾. En las cifras obtenidas se muestra que el 68,8% de las mujeres en estudio no realizaba actividad física. Estos datos están relacionados con datos expuestos a nivel nacional, tal como lo muestra la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010⁽²⁷⁾, que afirma que el 92,9% de la población femenina es sedentaria.

El esfuerzo físico, sobre todo aquel mal realizado, contribuye al desarrollo de algunas patologías como prolapso genital, entre otras. Cuando la mujer transgrede la ergonomía física al realizar sus actividades cotidianas, como el levantamiento, el empuje, la tracción o el desplazamiento de cargas sin proteger el piso pélvico y/o flectando la espalda o mantenerse por extensos períodos de pie⁽⁸³⁾, se transgrede la integridad perineal de manera continua a través del tiempo, generando un daño progresivo. Es importante considerar que la demanda de esfuerzo físico de la actividad laboral de las mujeres que desarrollan trabajos pesados implica la reiterada elevación de la presión intra abdominal y un debilitamiento progresivo de la musculatura del piso pelviano^(12,26). Al comparar tal aseveración con los resultados obtenidos, queda en evidencia que un esfuerzo laboral pesado sería un factor de riesgo importante para la aparición de la condición, siendo representado por un 68,8%.

Al analizar las variables de tipo de social y de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, en cuanto al domicilio, cuando este se difícilmente o moderadamente accesible, contribuye a ser uno de los factores que de manera crónica aporta al deterioro de la musculatura y fascias pélvicas. Con respecto a los datos obtenidos, se aprecia que el 62,5% de las usuarias refirió tener un domicilio

fácilmente accesible y el 37,5% tener un domicilio difícilmente o moderadamente accesible. Esto se puede explicar dado el alto porcentaje de mujeres que reside en zona urbanizada, dato que se respalda con las estimaciones de población para el 30 de Junio de 2012 realizadas por el INE⁽³³⁾ que indica que un 92,05% de la población femenina de la región de Valparaíso vive en zona urbana; adicionalmente se debe considerar que las usuarias poseen apropiada locomoción y accesos mejorados a la vivienda. Pese a los datos arrojados, no resulta despreciable el porcentaje de mujeres que refirieron presentar un domicilio con difícil acceso o moderadamente accesible, considerando el nivel de urbanización que ha alcanzado la Región de Valparaíso.

El 52,5% de las usuarias presentaba un nivel educacional básico. La escasa información que posee la usuaria sería una limitante al momento de distinguir entre una condición normal y una alteración, siendo un factor que se asocia a la variable tiempo previo a la consulta, ya que de acuerdo a la teoría expuesta⁽³⁶⁾, los largos períodos previos a la consulta de los síntomas asociados a prolapso genital generan predisposición al empeoramiento de la condición en estudio. En este caso el 57,5% de las usuarias encuestadas tardaron 2 años o más en consultar a un profesional de la salud por su condición.

CAPÍTULO VII: SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las proyecciones demográficas para el año 2050⁽¹⁾, estiman que la pirámide poblacional se invertirá progresivamente durante las próximas décadas, debido al proceso de envejecimiento que está experimentando la población. Se prevé que al final del período de la proyección (2050) los menores de 15 años representarán el 16,6% de la población total, los de 15 a 64 años el 61,8% y los mayores de 65 años el 21,6%; lo que contrasta con los datos de 1950, donde los menores de 15 años representaban el 36,7%, los de 15 a 64 años eran el 59% y los mayores de 65 años alcanzaban al 4,3%, lo que indica un sostenido envejecimiento de la población chilena. En base a esto es importante considerar la salud sexual de la mujer climatérica ya que podría aumentar estadísticamente la frecuencia de ciertas alteraciones, como prolapso genital.

A modo de recomendación se propone al profesional matrn/matrona, acciones para la prevencin primaria de la condicin. Promover estilos de vida saludable (estado nutricional normal, eliminacin de hbito tabquico, actividad fsica, mantencin de la ergonoma fsica) lo cual permite disminuir la probabilidad de que se altere la musculatura plvica y que se presente la alteracin.

Durante las actividades de control ginecolgico en el nivel primario de atencin de salud se debe ensear, educar, promover y/o corregir la correcta realizacin de los ejercicios de Kegel, con el fin de fortalecer la musculatura pelviana, prevenir y tratar estadios primarios de alteraciones del piso plvico.

Otra actividad importante corresponde, fomentar durante los perodos de gestacin de la mujer, la realizacin de ejercicios prenatales ofrecidos por el Programa Chile Crece Contigo, con el fin de preparar la musculatura del piso plvico para el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio.

(1) Instituto Nacional de Estadísticas. Chile hacia el 2050. Proyecciones de Población. [base de datos Internet]. Santiago de Chile: INE; Agosto de 2005, [acceso 09 de diciembre de 2012].

Disponible en:

http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/diag_regionales/documentos_sobre_chile/documentos_ine_demografia_y_otros/in dice_renovacion_ine.pdf

El trabajo en equipo multidisciplinario con los profesionales de salud del servicio de atención primaria, es fundamental para detectar y tratar de manera precoz condiciones que pudiesen contribuir a la degeneración de las fascias musculares, como constipación, EPOC y obesidad, fomentando la adherencia a los controles, la realización de los tratamientos respectivos y el cumplimiento de las indicaciones.

En caso que la alteración se detecte en estadios más avanzados se recomienda derivar de manera inmediata al nivel secundario de atención de salud para evaluación y un adecuado diagnóstico de la condición (según sistema de clasificación POP Q) y eventual tratamiento, reforzando a la usuaria la adherencia a los controles y la importancia del tratamiento oportuno.

Por lo anterior se sugiere que el profesional matrn/matrona actualice sus conocimientos y prácticas en materias de alteraciones del piso pélvico como el prolapso genital, ya que permitirá identificar con claridad el perfil de las mujeres que presentan la alteración e interiorizar las nuevas clasificaciones adoptadas (POP Q) para estandarizar términos técnicos que favorezcan la correcta y oportuna derivación desde atención primaria. Lo anterior permitirá la incorporación al equipo multidisciplinario de atención del Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren y participar activamente, asumiendo como parte del rol del profesional en nivel secundario, la colaboración en tratamientos no quirúrgicos como electroestimulación, biofeedback y pesarios y por otro lado el profesional podría aportar en los controles post quirúrgicos, mediante la aplicación de la encuesta de calidad de vida y en educación sexual para la prevención de recidivas posteriores.

Además se propone que los controles anuales de la evolución post quirúrgica sean derivados a la atención primaria, permitiendo así disminuir la sobrecarga del nivel secundario.

En cuanto al Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren, este cuenta con una base de datos común, la cual contempla todas las alteraciones del suelo pelviano sin hacer discriminación por tipología, por lo que se recomienda realizar un tarjetero de atención para usuarias con prolapso genital, con el objetivo de manejar datos certeros y específicos de la alteración.

CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE - CEPAL. Chile: *Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País, 1950 - 2050 [base de datos en Internet].* Santiago de Chile: INE – CEPAL; Abril de 2004, [acceso 9 de enero de 2012].
Disponible en:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf
2. Smith P, Heimer G, Ulmsten U, Ulmsten U. Localization of steroid hormone receptors in the pelvic muscles. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993 Jun; 50(1):83-5.
3. Swift S. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002; 14(5): 503 - 507.
4. Obregón L, Saunero A, Díaz S. Prolapso genital en la maternidad Concepción Palacios. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.* 2009; 32(2):139-143.
5. *Quiénes somos [sede Web].* Valparaíso: Post Título de Piso Pélvico; 2012 [acceso 07 de Diciembre de 2012]. Post Título de Piso Pélvico.
Disponible en:
http://www.diplomadopisopelvico.cl/2012/?page_id=5
6. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002; 119(5):175-9.
7. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997; 89:501–506.

8. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction a conceptual framework for collaborative patient center. *J Advanced Nursing*. 2003; 43:555- 568.
9. Luna J. Epidemiología del prolapso genital. *RECOG*. 1985; 36:307-322.
10. Miranda V. Estado actual del diagnóstico del prolapso genital. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2011.
11. Towers G. The pathophysiology of pelvic organ prolapse. *J Pelvic Med Surg*. 2004; 10:109-122.
12. Braun H, Rojas I, González F, Fernández M, Ortiz J. (2004) "Prolapso genital severo: consideraciones clínicas fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección" *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004; 69(2):149-156.
13. De Caro R, Aragona F, Herms A, Guidolin D, Bizzi E, Pagano F. Morphometric analysis of the fibroadipose tissue of the female pelvis. *J Urol*. 1998; 160:707-713.
14. DeLancey J.O. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1992 Jun; 166(6 pt1):1717-1724; discussion 1724-1728.
15. Richardson AC, Lyon JB, Williams NL. A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol*. 1976; 126(5): 568-573.
16. Boreham M, Wai C, Miller R, Schaffer J, Word RA. Morphometric properties of the posterior vaginal wall in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Dec; 187(6):1501-1508; discussion 1508-1509.
17. Carter JE. Enterocoele repair and vaginal vault suspension. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2000 Aug; 12(4):321-330.

18. Visco AG, Yuan L. *Differential gene expression in pubococcygeus muscle from patients with pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jul; 189(1):102-112.*
19. Hoyte L, Schierlitz L, Zou K, Flesh G, Fielding JR. *Two and 3 dimensional MRI comparison of levator ani structure, volume and integrity in women with stress incontinence and prolapse. Am J Obstet Gynecol 2001; 185(1):11-19.*
20. DeLancey JO, Hurt WG. *Size of the urogenital hiatus in the levator ani muscles in normal women and women with pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1998; 91(3):364-368.*
21. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. *Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. Obstet Gynecol. 2011 Oct; 118(4):777-784.*
22. Swift SE. *The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:277-285.*
23. Mant J, Painter R, Vessey M. *Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford family Planning association study. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:579-85.*
24. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D et al. *Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192(3):795-806.*
25. Leijonhufvud A, Lundholm C, Cnattingius S, Granath F, Andolf E, Altman D. *Risks of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery in relation to mode of childbirth. Am J Obstet Gynecol. 2011 Jan; 204(1):70.e1-7.*

26. Bump RC, Norton PA. *Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998; 25(4):723–746.
27. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. *Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010.* 2011.
28. Kuo-Cheng L, Mooney B, DeLancey JO, Ashton-Miller JA. *Levator Ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. Obstet Gynecol.* 2004; 103(1):31-40.
29. Spence-Jones C, Kamm MA, Henry MM, et al: *Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. Br J Obstet Gynecol.* 1994; 101: 147-52.
30. DeLancey JOL. *Prolapso de órganos pélvicos. En: Scott Ed. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V., 2000: 747-70.*
31. Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud [sede Web]. Santiago de Chile: ISP [acceso 08 de noviembre de 2012] Ergonomía. Disponible en:
<http://www.ispch.cl/ergonomia>.
32. Marambio A, Sandoval C, Valdevenito R, Naser M, Manríquez V, Guzmán R et al. *Prolapso genital: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile.* 2011; 22(3): 211 – 220
33. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad. País Urbano - Rural 1990-2020. Santiago de Chile: INE; junio de 2004 [acceso 09 de Diciembre de 2012].*
Disponible en:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_UR.pdf

34. Slieker-ten Hove M, Pool-Goudzwaard A, Eijkemans M, Steegers-Theunissen R, Burger C, Vierhout M. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Feb; 200(2):184.
35. Weber AM, Richter HE. Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2005; 106:615–634.
36. Woodman P, Swift S, O’Boyle A, Valley M, Bland D, Kahn M, et al. Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17:340–345.
37. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Dec; 185(6): 1332-7; discussion 1337-1338.
38. Husam Abed MD, Rogers R. Incontinencia urinaria y prolapso de los órganos pélvicos: diagnóstico y tratamiento por el medico de Atención Primaria. *Med Clin N Am* 92. 2008; 1273–1293.
39. Novi JM, Jeronis S, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol.* 2005 May; 173(5):1669-1672.
40. Swift SE, Tate SB, Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189:372–377.

41. Parada C, Rodrigo, Bravo O, Erasmo, Franck K, Christian, Parry R, Santiago, Bennett R, Carlos, Jara V, Danilo et al. *Histerectomía vaginal y corrección de incontinencia urinaria con TVT (tension-free vaginal tape)*. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2002; 67(2): 94-99.
42. Higa R., Baena de Mores Lopes M, Ribeiro Turato E. *Significados psicoculturales para la incontinencia urinaria femenina: una revisión*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008; 16(4).
43. Herrera A, Arriagada J, González C, Leppe J, Herrera F. *Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria*. *Actas Urol Esp.* 2008; 32(6):624-628.
44. Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. (2011). *Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) a new era in pelvic staging*. *J Med Life.* 2011 Jan-Mar; 4(1):75-81. Epub 2011 Feb 25.
45. Baden WF, Walker TA, Lindsay HJ. *The vaginal profile*. *Tex Med J.* 1968; 64(5):56-58.
46. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. *The standarization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor disjunction*. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jul;175(1):10-17.
47. Silva S. *Conceptos anátomo-funcionales y Prolapso*. *Unidad de Ginecología - Hospital Dr. Sótero del Río.* 2005.
48. Cifuentes M, Bennett C, Prado J. *Malla transobturatriz de cuatro brazos en la reparación del prolapso genital anterior*. *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.* 2011; 6(1): 23-26.

49. Díaz M, Gallo J, Carmona M, Vico Z. *¿Es mejor mantener el útero en la patología del suelo pélvico? Actualización en Obstetricia y Ginecología 1ª ed.* Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología HUVN; 2008. p.1 – 21.
50. Serra L. *Fisioterapia perineal.* En: Salinas J, Rapáriz M. *Tratado de reeducación urogineproctológica.* Gráficas Santer SL. Madrid, 1997. p. 263-292.
51. Pena J, Rodríguez A, Villodres A, Mármol S, Lozano J. *Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico.* *Actas Urol Esp.* 2007; 31(7).
52. Kegel A. *Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles.* *Am J Obstet Gynecol.* 1948; 56: 238-248.
53. Kegel H. *Physiologic treatment of poor tone and function of the genital muscles and of urinary stress incontinence.* *West J Surg.* 1949; 57: 527-535.
54. Amaro JL, Moreira EC, Gameiro MD, Padovani CR. *Pelvic floor muscle evaluation in incontinent patients.* *Int Urogynecol J Pelvis Floor Dysfunct.* 2005; 16(5):352-354. Epub 2005 Jan 12.
55. Aukee P, Immonen P, Laaksonen DE, Laippala P, Penttinen J, Airaksinen O. *The effect of home biofeedback training on stress incontinence.* *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Oct; 83 (10): 973 – 977.
56. Caldwell KP, *The electrical control of sphincter incompetence.* 1963; 2(7300): 174 - 175.
57. Sheetle S, Abdul S, Rane T. *The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse.* *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17(2): 170 – 175.

58. Atnip ShD. *Uso de pesarios y tratamiento del prolapso de los órganos pélvicos, en Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. En: Schaffer JI, editor. Medicina pélvica y Cirugía reconstructiva en la mujer, 36. Saunders, 2010: Elsevier - Masson; 2009. p. 541- 563.*
59. Culligan P. *Manejo no Quirúrgico del Prolapso de Órganos Pélvicos. Obstet Gynecol. 2012; 119: 852 – 860.*
60. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JL, Strohbehn K, Handa VL. *The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. Am J Obstet Gynecol 2007; 196:405.e1– 8.*
61. Bordman R, Telner D, Jackson B, Little DA. *Step by approach to managing pelvic organ prolapse. Can Fam Physician. 2007; 53(3): 485 – 487.*
62. Deval B., Haab F. *What's new in prolapse surgery? Curr Opin Urol. 2003 Jul; 13(4):315-323.*
63. Porges F, Smilen W. *Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects. Am J Obstet Gynecol 1994; 171(6): discussion 1526-1528.*
64. John N. *The use of grafts for anterior vaginal prolapse repair: pros and cons. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2008; 20: 501-505.*
65. Sola V, Pardo J, Ricci P, Guiloff E. *Mallas protésicas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital en la mujer. Rev. Med. Clin. Condes. 2005; 16(3): 168-179.*
66. Scales T. *Materials for hernia repair. Proc Royal Soc Med 1953; 46: 647 – 652.*

67. Falconer C, Soderberg M, Blomgren B, Ulmsten U. Influence of different sling materials on connective tissue metabolism in stress urinary incontinent women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001; 12 Suppl 2: S 19-23.
68. Solá V, Pardo J, Ricci P, Guiloff E, Alcalde J, Tecla X. Cirugía mínimamente invasiva para el prolapso de cúpula vaginal: Promontosuspensión con malla y anclaje helicoidal de titanio. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005; 70(6): 364-368.
69. Rondini FC, Troncoso RF, Moran VB, Vesperinas AG, Levancini AM, Troncoso RC. Promontofijación versus IVS posterior en el tratamiento de los prolapsos apicales. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005; 70(3): 166-169.
70. Echavarría LG. Fijación sacroespinal en el manejo del prolapso de cúpula vaginal y hernia pélvica: Diez años de experiencia (1992-2002). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2004; 55(1).
71. Palma P, Ricetto C, Hernández M, Olivares JM. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. *Actas Urol Esp.* 2008; 32(6):618-623.
72. Bravo E, Alamos B, Riesle H, Scarella A. Corrección de Rectocele con IVS Posterior y Malla Tunelizada por el Tabique Rectovaginal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71(6): 383-387.
73. Policlínico de Piso Pélvico. *Guía Clínica Prolapso Anterior.* Hospital Carlos Van Buren. 2008.
74. Botía F, Canteras M, Párraga L. Hábitos Tabáquico y Alcohólico en una Población Hospitalizada en un Centro de Tercer Nivel. Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública.* 1995; 69: 283 – 294.

75. Nazar J, Aguilar A, Cifuentes L. *La frecuencia de nacimiento de gemelos aumentó en un hospital chileno coincidiendo con el consumo periconcepcional de harina fortificada con ácido fólico. Rev Méd Chile 2006; 134: 48-52.*
76. Instituto Nacional de Estadísticas. *Estadísticas Vitales, Informe Anual 2009 [base de datos en Internet]. Santiago de Chile: INE; 21 de Octubre de 2011,[acceso 28 de Octubre de 2012].*
Disponible en:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php
77. Instituto Nacional de Estadísticas. *Estadísticas Vitales, Informe Anual 2010 [base de datos en Internet]. Santiago de Chile: INE; Septiembre de 2012, [acceso 28 de Octubre de 2012].*
Disponible en:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php
78. Silva R. *Menopausia y Terapia de Reemplazo Hormonal. Rev. Med. Clinic. Condes. 2003; 14(4).*
79. Anderson G, Limacher M, Assaf A, Bassford T, Beresford S, Black H, et al. *Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2004; 291(14):1701 – 1712.*
80. Hammond CB. *Women's concerns with hormone replacement therapy-compliance issues. Fertil Steril. 1994;62: 157 – 160.*

81. Vestergaard P, Hermann AP, Gram J, Jensen LB, Kolthoff N, Abrahamsen B et al. *Improving compliance with hormonal replacement therapy in primary osteoporosis prevention. Maturitas. 1997;28: 137-145.*
82. Ettinger B, et al. *Unexpected vaginal bleeding and associated gynecologic care in postmenopausal women using hormone replacement therapy: comparison of cyclic versus continuous combined schedules. Fertil Steril. 1998;69:865.*
83. Instituto de Salud Publica Ministerio de Salud [sede Web]. Santiago de Chile: ISP [acceso 08 de noviembre de 2012] Ergonomía. Disponible en: <http://www.ispch.cl/ergonomia>.

CAPÍTULO IX: ANEXOS

9.1 N°1: CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ CIÉNTIFICO HCVB




COMITE CIENTIFICO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Valparaíso 03 abril 2012.

Dra.
Claudia Cartagena Salinas
Encargada Sección Investigaciór
Oficina de Gestión Docente
Hospital Carlos Van Buren
Presente

Tenemos el agrado de saludar e informar a Ud. que en reunión del Comité Científico del día de hoy, hemos aprobado el trabajo de tesis titulado: **“Perfil Biosocial de mujeres con prolapso genital, atendidas en Policlínico de Especialidades del Hospital Carlos van Buren”** a realizar por alumnos de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso: Romina Álvarez S., Maryluz Astudillo A., Daniela Díaz V., Nicole Molina A., bajo la supervisión de la Profesora Guía: Claudia Gutiérrez Mella.

Saluda atentamente a Ud.


Dr. Juan Pablo Gigoux
Presidente (s) Comité Científico
Hospital Carlos Van Buren



Ref.: Memo N° 18
07.02.2012

9.2 N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Tesis: “Perfil biosocial de mujeres con prolapso genital, atendidas en Policlínico de Especialidades del Hospital Carlos Van Buren”

El presente proyecto de tesis, conducido por estudiantes de IV año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, tiene por objetivo, establecer el perfil biosocial de las mujeres que presentan prolapso genital, atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso durante el año 2012.

Si usted acepta participar, voluntaria y gratuitamente en el estudio, deberá responder una breve encuesta relacionado con el tema. Dicha encuesta es de carácter anónimo, por lo cual, si los resultados del estudio son publicados, usted no será en ningún caso identificada por su nombre.

Cualquier duda acerca del estudio será resuelta por la estudiante tesista.

Firma del Consentimiento

Yo: RUT:,

SI acepto participar:

NO acepto participar:

Firma: Fecha:

Encuestadora:

Docente Responsable: Matrona Claudia Gutiérrez Mella. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Claudia.gutierrez@uv.cl

9.3 N°3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada Usuaria: Usted ha aceptado responde la siguiente encuesta de carácter confidencial y anónimo que tiene como objetivo recolectar información con respecto a las características de mujeres atendidas en el Policlínico de Especialidades de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren.

Le solicitamos que marque la alternativa que mejor responde a su situación.

1. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron prolapso genital?

_____ Años

2. ¿Cuál era su peso y estatura al momento del diagnóstico de prolapso genital?

_____ Kilos _____ metros

3. Al momento del diagnóstico de prolapso genital ¿fumaba?

Sí

No

4. Si la respuesta es sí, indique aproximadamente cuántos cigarrillos fumaba

Menos de 5 cigarrillos

Entre 6 y 15 cigarrillos

16 o más cigarrillos

5. Indique cuál de las siguientes alteraciones presentaba o presenta al momento del diagnóstico de prolapso genital.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Tos Crónica)

Constipación

Otra, Cuál _____

Ninguna

6. Indique cual de los siguientes síntomas o signos presentaba al momento del diagnóstico de prolapso genital

Pesadez en los genitales	<input type="checkbox"/>	Picazón Vaginal	<input type="checkbox"/>
Dolor durante las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	Flujo Vaginal	<input type="checkbox"/>
Dolor en la zona sacrolumbar	<input type="checkbox"/>	Bulto en los genitales	<input type="checkbox"/>
Aumento de la frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/>	Dolor en la zona baja del abdomen	<input type="checkbox"/>
Problemas para retener la orina al reír	<input type="checkbox"/>	Otro, Cuál _____	<input type="checkbox"/>

o toser

7. ¿Existen antecedentes de prolapso genital entre sus familiares por línea materna (madre, hermana, tía materna, abuela materna)?

Sí No

8. ¿Usted mantiene aún su período menstrual?

Sí No

Si su respuesta es sí, pase a la pregunta 12

9. Si la respuesta es No, indique la edad en que tuvo su último período menstrual (menopausia).

10. ¿Previo al diagnóstico de prolapso genital, usted hacia uso de Terapia Hormonal de Reemplazo?

Sí No

11. Si la respuesta es sí, ¿Durante cuánto tiempo usó el medicamento?

12. ¿Cuántos hijos tenía al momento del diagnóstico de prolapso genital?

13. ¿Usted ha tenido gestaciones múltiples?

Sí

No

14. Acerca de sus partos conteste los recuadros según corresponda

Tipo de parto: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cesárea<input type="radio"/> Vaginal<input type="radio"/> Fórceps

Si su parto fue vaginal. Indique que intervención requirió al momento del parto: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Episiotomía<input type="radio"/> Desgarro<input type="radio"/> Ninguno

PARTOS	TIPO DE PARTO	PESO DE CADA HIJO AL NACER	INTERVENCION EN PARTO VAGINAL
PARTO N° 1			
PARTO N° 2			
PARTO N° 3			
PARTO N° 4			
PARTO N°5			
PARTO N°6			

15. ¿Anteriormente, fue sometida a alguna intervención quirúrgica para tratar este problema?

 Sí No

16. En relación a la accesibilidad a su residencia, indique:

 Disponía o dispone de locomoción a menos de una cuadra del domicilio Utilizaba o utiliza habitualmente la locomoción para movilizarse Necesitaba o necesita caminar más de dos cuadras empinadas para realizar sus actividades habituales Subía o sube diariamente escaleras equivalentes a más de dos pisos

17. Indique cuál era su actividad laboral al momento del diagnóstico del prolapso genita

 Secretaria Cajera Dueña de casa Temporera Vendedora o trabajadora de tienda Feriante Reponedora de productos en Supermercado Estudiante Otra

Si su respuesta es otra, indique cuál _____

18. ¿Con qué frecuencia realizaba esa actividad?

- Todos los días
- De Lunes a Viernes
- Menos de 5 veces por semana

19. ¿Cuánto tiempo realizaba esta actividad?

- Menos de 8 horas diarias
- 8 horas diarias
- Más de 8 horas diarias

20. ¿Considera que su actividad laboral demandaba esfuerzo físico?

- Sí No

Indique que trabajo realizaba _____

21. ¿Qué tipo de esfuerzo físico demanda su actividad?

- Ligero
- Moderado
- Severo

22. ¿Con que frecuencia realiza actividad física programada que fortalezca la musculatura perineal como natación, pilates, yoga, ejercicios de Kegel?

- Nunca
- Menos de dos veces por semana
- Dos a tres veces por semana
- Más de tres veces por semana

23. Indique hasta que año escolar aprobó:

24. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que sus síntomas aparecieron hasta que consultó a un profesional?

Menos de un año

Entre 1 y 3 años

Más de tres años

9.4 N°4 TABLAS COMPLEMENTARIAS

TABLA 1

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según edad al momento del diagnóstico**

EDAD	NUMERO	%
Menos de 40 años	9	11,3%
Entre 40 – 50 años	18	22,5%
Entre 51 - 60 años	19	23,7%
Entre 61 y 70 años	20	25%
Mayor a 70 años	14	17,5%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 2

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según estado nutricional al momento del diagnóstico**

ESTADO NUTRICIONAL	NÚMERO	%
Enflaquecido	1	1,2%
Normal	22	27,5%
Sobrepeso	27	33,8%
Obesidad	30	37,5%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 3

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según habito tabáquico**

HABITO TABÁQUICO	NUMERO	%
No Fumaba	58	72,5%
Fumador Leve	12	15%
Fumador Moderado	9	11,3%
Fumador Severo	1	1,2%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 4

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según condiciones asociadas al prolapso genital**

CONDICIONES ASOCIADAS	NUMERO	%
EPOC	7	8,6%
Constipación	29	36,3%
Ambas	11	13,8%
Ninguna	33	41,3%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 6

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según antecedentes familiares de prolapso genital**

ANTECEDENTES FAMILIARES	NUMERO	%
Sí	24	30%
No	56	70%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 7

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según paridad**

PARIDAD	NUMERO	%
Ninguno	2	2,5%
Entre 1 – 3	44	55%
4 y más	34	42,5%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 8

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según antecedente de gestación múltiple**

ANTECEDENTE DE GESTACIÓN MÚLTIPLE	NUMERO	%
Sí	1	1,2%
No	79	98,8%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 10

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según integridad perineal**

INTEGRIDAD PERINEAL	NUMERO	%
Periné Indemne	14	17,5%
Desgarro	13	16,2%
Épisiotomía	53	66,3%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 11

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según peso máximo de RN**

PESO MÁXIMO DE RN	NUMERO	%
< 2500 grs.	1	1,2%
2500 – 3999 grs.	42	52,5%
4000 – 4499	23	28,8%
4500 y + grs.	12	15%
No corresponde ^(**)	2	2,5%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

^(**) 2 Usuaris eran Nulíparas

TABLA 12

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según cirugía perineal previa**

CIRUGÍA PERINEAL PREVIA	NUMERO	%
Sí	34	42,5%
No	46	57,5%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 13

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según etapa del climaterio**

ETAPA DEL CLIMATERIO	NUMERO	%
Pre Menopaúsicas	14	17,5%
Post Menopaúsicas	66	82,5%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 14

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según edad de la menopausia**

EDAD DE MENOPAUSIA	NUMERO	%
Menopausia precoz	8	10%
Menopausia temprana	17	21,3%
Menopausia normal	19	23,8%
Menopausia tardía	22	27,5%
No corresponde	14	17,4%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 15

Mujeres post menopáusicas con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*) según uso de TRH

USO TRH	NUMERO	%
Sí	21	38,9%
No	45	61,1%
TOTAL	66	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

N: Total de usuarias post menopáusicas: 66

TABLA 16

Mujeres post menopáusicas con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*) según tiempo de uso de THR

TIEMPO DE USO TRH	NUMERO	%
< a 12 meses	4	19%
1 – 4 años	9	42,9%
5 años y más	8	38,1%
TOTAL	21	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

N: Total de usuarias post menopáusicas con uso de THR: 21

TABLA 17

Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*) según domicilio

DOMICILIO	NUMERO	%
Fácilmente accesible	50	62,5%
Moderadamente accesible	20	25%
Difícilmente accesible	10	12,5%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 18

Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*) según escolaridad

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
Básica	42	52,5%
Media	29	36,3%
Superior	9	11,2%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 19

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según tiempo de consulta**

TIEMPO DE CONSULTA	NUMERO	%
Menos de 1 año	34	42,5%
Entre 2 a 3 años	25	31,3%
Más de 3 años	21	26,2%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 20

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según esfuerzo laboral**

ESFUERZO LABORAL	NUMERO	%
Ligero	4	5%
Moderado	21	26,2%
Pesado	55	68,8%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012

TABLA 21

**Mujeres con prolapso genital, atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico^(*)
según realización de actividad física programada**

ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA	NUMERO	%
Ninguno	55	68,8%
Esporádico	8	10%
Regular	11	13,8%
Frecuente	6	7,4%
TOTAL	80	100%

^(*)Hospital Carlos Van Buren Año 2012