

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DISTOPIAS GENITALES
EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023**

Autor: Bach. Jose Carlos Villalba Huilca

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesor: Dra. Roxana Isabel Quispe Chalco

Cusco - Perú

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada:.....

Factores Asociados al Desarrollo de Distopias Genitales en pauntas postmenopausicas atendidas en el Hospital Antonio Torua del Cusco, 2020-2023

presentado por: *José Carlos Villalba Huilla* con DNI Nro.: *46936059*..... presentado por:

..... con DNI Nro.: para optar el título profesional/grado académico de

..... *Dº Medico Cirujano*

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por *2* veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6º del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de *8*%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, *09* de *Junio* de 20*24*.

[Firma]
Dra. Roxana I. Quispe Chalco
GINECOLOGO - OBSTETRA
CPM. 33233 R.N.E. 17755

Firma

Post firma *Roxana Isabel Quispe Chalco*

Nro. de DNI *23892868*

ORCID del Asesor *0000 - 0002 - 1983 - 5660*

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: *27259360233492*

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DISTOPIAS GENITALES EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS ATENDIDAS EN E

AUTOR

Jose Carlos Villalba Huillca

RECUENTO DE PALABRAS

25834 Words

RECUENTO DE CARACTERES

143266 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

113 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

8.7MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 9, 2024 2:42 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 9, 2024 2:44 PM GMT-5

● 8% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)



Dra. Roxana I. Quespe Chalco
GINECOLOGO - OBSTETRA
C.P.M. 33233 R.N.E.: 17755

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi asesora y a los docentes que fungieron como jurado por el apoyo brindado para lograr sacar adelante el trabajo, así mismo a mi familia y amigos por estar a mi lado durante esta etapa y por ser el soporte necesario para continuar.

DEDICATORIA

El trabajo se lo dedico a mi familia por sus enseñanzas y valores; especialmente a mis padres Arturo y Flora por haberme guiado a lo largo de mi vida, y ser el soporte necesario para alcanzar mis metas; y a mi amada esposa por ser ese soporte que permanece a mi lado, que sin su guía nada de esto hubiera sido posible.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	i
CONTENIDO	ii
INDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS	iv
ABREVIATURAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	ix
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
1.1. Fundamentación del problema	1
1.2. Antecedentes Teóricos	3
1.3. Formulación del problema	10
1.3.1. Problema general	10
1.3.2. Problemas específicos	10
1.4. Objetivos de la investigación	11
1.4.1. Objetivo General	11
1.4.2. Objetivos específicos	11
1.5. Justificación de la investigación	11
1.6. Limitaciones de la investigación	12
1.7. Aspectos Éticos	13
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	14
2.1. Marco Teórico	14
2.2. Definición de términos básicos	39
2.3. Hipótesis	39
2.4. Variables	40
2.5. Operacionalización de Variables	41
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACION	46
3.1. Tipo de investigación	46
3.2. Diseño de la investigación	46
3.3. Población y Muestra	47
3.3.1. Descripción de la población	47
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	48
3.3.3. Tamaño de muestra y métodos de muestreo	48
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	49
	ii

3.5. Plan de análisis de datos	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	52
4.1. Resultados	52
4.2. Discusión	76
4.3. Conclusiones	76
4.4. Sugerencias	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
ANEXOS	92
ANEXO 1. Matriz de consistencia	92
ANEXO 2. Instrumento de investigación	94
ANEXO 3. Cuadernillo de validación	95
ANEXO 4. Validación del instrumento de investigación	97
ANEXO 5. Autorización de recolección de datos	104

INDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

Tabla 1: Factores asociados a la aparición de la menopausia (22)	14
Tabla 2: Etapas de la menopausia según STRAW	15
Ilustración 1. Representación de las distopias genitales	17
Ilustración 2: Músculos del piso pélvico	17
Ilustración 3: Piso pélvico en su conjunto	18
Ilustración 4: Niveles de DeLancey	18
Ilustración 5. Piso Pélvico según Petros	20
Tabla 3: Factores de riesgo para distopias genitales según Williams	20
Tabla 4: Factores de riesgo para distopias genitales según Bump y Norton	21
Tabla 5: Factores de riesgo para distopias genitales según Weintraub	21
Ilustración 6: Protrusión que sobrepasa el introito vaginal	24
Ilustración 7: Sistema POP-Q	26
Ilustración 8: Diagrama sagital anatómico del sistema POP-Q	28
Ilustración 9: Modelos de clasificación de distopías genitales	30
Ilustración 10: Tipos de Pesarios	32
Ilustración 11: Tipos de Kits de colocación de Malla	34
Tabla 6: Enfoques quirúrgicos de las distopías genitales	37
Ilustración 12. Esquema de diseño de investigación	47
Ilustración 13: Tamaño muestral en base a estudio de referencia	48
Tabla 7: Representación de la tabla tetracórica a utilizar en el análisis bivariado	51
Ilustración 14: Diagrama de Flujo de la revisión de historias y selección de casos	52
Tabla 8: Características sociodemográficas de las pacientes posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco	53
Ilustración 15 : Distribución porcentual de la variable Edad según el grupo estudiado	54
Ilustración 16: Distribución porcentual de la variable Procedencia según el grupo estudiado	55
Ilustración 17 : Distribución porcentual de la variable Grado de Instrucción según el grupo estudiado	56
Tabla 9: Características clínicas de las pacientes posmenopáusicas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco	57
Ilustración 18: Distribución porcentual de la variable estado nutricional según el grupo de estudio	58
Ilustración 19: Distribución porcentual de la variable antecedente de EPOC según el grupo estudiado	59
Tabla 10: Características ginecoobstetricas de las pacientes posmenopáusicas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco	60

Ilustración 20: Distribucion porcentual de la variable Paridad según el grupo estudiado	61
Ilustración 21: Distribucion porcentual de la variable Desgarro vaginal severo durante el parto según el grupo estudiado	62
Ilustración 22: Distribucion porcentual de la variable Histerectomía previa dentro del grupo estudiado	63
Ilustración 23: Distribucion porcentual de la variable Episiotomía durante el parto según el grupo estudiado	64
Ilustración 24: Distribucion porcentual de la variable Periodo Intergenésico Corto según el grupo estudiado	65
Ilustración 25: Distribucion porcentual de la variable Vía de Parto según el grupo estudiado	66
Ilustración 26: Distribucion porcentual de la variable Parto con feto macrosómico según el grupo estudiado	67
Tabla 11: Características de la variable no interviniente: Grado de distopías genitales	68
Gráfico 27: Distribucion porcentual de la variable Grado de Distopias Genitales según grupo caso	68
Tabla 12: Análisis bivariado entre los factores sociodemográficos y el desarrollo de distopias genitales	69
Tabla 13 Análisis bivariado entre los factores clínicos y el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas	70
Tabla 14 Análisis bivariado entre los factores ginecoobstetricos y el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas	71
Tabla 15: Resumen para factores asociados al desarrollo de desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas	73

ABREVIATURAS

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

CIE 10 Clasificación internacional de enfermedades 10^{ma} edición

POP Prolapso de órgano pélvico

STRAW Stages of Reproductive Aging Workshop

AMH Hormona antimülleriana

FSH Hormona folículo estimulante

FIGO Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

ICS International Continence Society

IUE Incontinencia urinaria de esfuerzo

RESUMEN

“FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DISTOPIAS GENITALES EN PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023”

Antecedentes: Las distopias genitales son una patología ginecológica prevalente en nuestro medio que presentan múltiples factores de riesgo los cuales están relacionados a las condiciones sociodemográficas y clínicas; y al historial ginecoobstétrico de la paciente.

Objetivo: Determinar los factores asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico, de casos y controles. Se revisaron los datos de 204 historias clínicas de pacientes mujeres postmenopáusicas y se utilizó el paquete estadístico SPSS 26 para analizar dichos datos.

Resultados: De las 204 historias clínicas analizadas, el 33% (n=68) presentaron distopias genitales. Para los factores de riesgo sociodemográficos se tiene edad mayor a 60 años (OR 2.671; IC 95 % [1.27–4.891]), procedencia: Rural (OR 2.805; IC 95 % [1.267–4.248]) y Urbana (OR 0.357; IC 95 % [0.123–1.072]); la variable Grado de Instrucción obtuvo: Analfabeto (OR 1.836; IC 95 % [0.614–2.642]), Primaria (OR 1.111; IC 95 % [0.421–2.213]), Secundaria (OR 1.667; IC 95 % [0.902–2.354]) y Superior (OR 1.13; IC 95 % [0.783–1.65]), mientras que los factores clínicos: antecedente de EPOC (OR 1.27; IC 95 % [0.781–1.79]) y la variable estado nutricional: Peso Adecuado (OR 0.163; IC 95 % [0.042–0.378]), Sobrepeso (OR 1.166; IC 95 % [0.772–1.633]) y Obesidad (OR 1.97; IC 95 % [1.21–2.871]) y por último los factores de riesgo ginecoobstétricos: paridad: Primípara (OR 0.348; IC 95 % [0.062–0.64]) y Multipara (OR 2.874; IC 95 % [1.182–4.23]); el desgarro vaginal severo durante el parto (OR 1.591; IC 95 % [0.69–2.76]); la histerectomía previa (OR 1.48; IC 95 % [0.67–2.064]); la episiotomía durante el parto (OR 1.982; IC 95 % [1.054–2.81]); el periodo intergenésico corto (OR 2.829; IC 95 % [1.826–3.78]); la variable vía de parto: Cesárea (OR 0.378; IC 95 % [0.008–0.614]) y Vaginal (OR 2.736; IC 95 % [1.46–4.082]) y el antecedente de parto con feto macrosómico (OR 3.595; IC 95 % [1.952–6.63]).

Conclusiones: Se concluye respecto a los factores de riesgo analizados relacionados al desarrollo de distopias genitales en mujeres postmenopáusicas atendidas en el hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023: la edad mayor de 60 años y la procedencia rural son factores de riesgo sociodemográficos, mientras que la obesidad es un factor de riesgo clínico y el peso adecuado es un factor protector clínico y por último dentro de los factores ginecoobstétricos la multiparidad, vía de parto vaginal, periodo intergenésico corto, antecedente de parto con feto macrosómico y antecedente de episiotomía durante el parto son factores de riesgo ginecoobstétricos y la primiparidad y la vía de parto por cesárea son factores protectores ginecoobstétricos.

Palabras claves: Prolapso de órganos pélvicos, Factores de riesgo, Obesidad, Paridad, Posmenopausia

ABSTRACT

“ASSOCIATED FACTORS WITH THE DEVELOPMENT OF GENITAL DYSTOPIAS IN POSTMENOPAUSAL PATIENTS TREATED AT THE HOSPITAL ANTONIO LORENA IN CUSCO, 2020-2023”

Background: Genital dystopias are a prevalent gynecological pathology in our environment that present multiple risk factors which are related to sociodemographic and clinical conditions; and the patient's gynecological and obstetric history.

Objective: Determine the factors associated with the development of genital dystopias in postmenopausal patients treated at the Antonio Lorena Hospital in Cusco, 2020-2023.

Methods: An observational, retrospective, analytical, case-control study was carried out. Data from 204 medical records of postmenopausal female patients were reviewed and the SPSS 26 statistical package was used to analyze said data.

Results: Of the 204 medical records analyzed, 33% (n=68) presented genital dystopias. For sociodemographic risk factors, age is over 60 years (OR 2.671; 95% CI [1.27–4.891]), origin: Rural (OR 2.805; 95% CI [1.267–4.248]) and Urban (OR 0.357; CI 95% [0.123–1.072]); The Educational Level variable obtained: Illiterate (OR 1.836; 95% CI [0.614–2.642]), Primary (OR 1.111; 95% CI [0.421–2.213]), Secondary (OR 1.667; 95% CI [0.902–2.354]).) and Superior (OR 1.13; 95% CI [0.783–1.65]), while the clinical factors: history of COPD (OR 1.27; 95% CI [0.781–1.79]) and the nutritional status variable: Adequate Weight (OR 0.163 ; 95% CI [0.042–0.378]), Overweight (OR 1.166; 95% CI [0.772–1.633]) and Obesity (OR 1.97; 95% CI [1.21–2.871]) and finally the obstetric-gynecological risk factors: parity. : Primiparous (OR 0.348; 95% CI [0.062–0.64]) and Multiparous (OR 2.874; 95% CI [1.182–4.23]); severe vaginal tear during delivery (OR 1.591; 95% CI [0.69–2.76]); previous hysterectomy (OR 1.48; 95% CI [0.67–2.064]); episiotomy during childbirth (OR 1.982; 95% CI [1.054–2.81]); the short interpregnancy period (OR 2.829; 95% CI [1.826–3.78]); the variable route of delivery: Caesarean section (OR 0.378; 95% CI [0.008–0.614]) and Vaginal (OR 2.736; 95% CI [1.46–4.082]) and the history of delivery with a macrosomic fetus (OR 3.595; 95% CI) [1.952–6.63]).

Conclusions: It is concluded regarding the risk factors analyzed related to the development of genital dystopias in postmenopausal women treated at the Antonio Lorena hospital in Cusco, 2020-2023: age over 60 years and rural origin are sociodemographic risk factors, while that obesity is a clinical risk factor and adequate weight is a clinical protective factor and finally within the obstetric-gynecological factors, multiparity, vaginal delivery route, short intergenic period, history of delivery with a macrosomic fetus and history of episiotomy during delivery. childbirth are obstetric-gynecological risk factors and primiparity and the cesarean delivery route are obstetric-gynecological protective factors.

Keywords: Pelvic organ prolapse, Risk factors, Obesity, Parity, Postmenopause

INTRODUCCION

Las distopias genitales también conocidas como prolapso de órganos pélvicos, indexado así en el sistema CIE10 (1), se define según la ACOG, como el descenso de los órganos pélvicos (vagina, útero, vejiga, recto y uretra) desde su posición habitual y que está asociada a la debilidad del piso pélvico (2). Se constituye como una patología prevalente en nuestro medio, aunque poco estudiada, y que conlleva a la aparición de comorbilidades tales como el dolor pélvico crónico y la incontinencia urinaria. Gran parte de la población que sufre esta condición son adultos mayores, múltiples estudios toman a la menopausia como punto de corte para clasificar a grupos etarios donde se desarrolla esta patología (3).

Se han identificado múltiples factores que conllevan a la aparición de esta patología, desde condiciones sociodemográficas, condiciones anatómicas y antecedentes obstétricos (4); un estudio llevado a cabo en la ciudad de Lima, refleja que los principales factores de riesgo asociados a las distopias genitales en nuestro medio son la edad materna, la multiparidad y el antecedente de parto previo (5). En nuestro país los estudios sobre esta patología están enfocados en su mayoría a la población costeña, en el presente estudio se pretende buscar los factores que conllevan a esta enfermedad en mujeres de la región andina que se atienden en el hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco.

El capítulo uno se enfocara en el problema de investigación, o sea ahondaremos en la fundamentación del problema, los límites éticos, la justificación de la misma y estableceremos cuáles serán los objetivos y las preguntas que guiaran la investigación.

El capítulo dos desarrollara el marco teórico de la investigación, así como plantear la definición de términos específicos que se desprenden de la misma; por último se dará a conocer las variables del estudio.

El capítulo tres delimitar el tipo y diseño de la investigación y definirá tanto la población como el plan de análisis de los datos que se recolecten con el instrumento de investigación.

En el cuarto capítulo se precisan los resultados y conclusiones derivados del proceso estadístico respectivo, así como, recomendaciones y sugerencias para la aplicación de los resultados en nuestro medio.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Fundamentación del problema

Las distopias genitales, conocidas como prolapsos genitales o prolapso de órganos pélvicos (POP) se define como el descenso de los órganos pélvicos desde su posición anatómica normal, que puede llegar o sobrepasar los restos del himen, debido a la pérdida del soporte que brinda el tejido conectivo (dígase músculos y ligamentos) del piso pélvico (6). Dicha patología es el resultado de la pérdida de la homeostasis y funcionalidad del complejo musculoligamentario del piso pélvico, esto conlleva a la protrusión de los órganos pélvicos. Generalmente se establece que esta patología parte de una etiología multifactorial y que los factores que demostraron una alta correlación con esta patología son el antecedente de parto vaginal y la edad (7). El prolapso genital no solo altera el aspecto físico de la paciente derivando en problemas tales como la incontinencia urinaria o incluso dolor pélvico crónico (2), sino también el aspecto psicológico generando una dismorfia corporal.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de distopías genitales, alcanza un 20% en promedio a nivel mundial; dicha prevalencia se eleva si se toma en cuenta la revisión de metaanálisis alcanzando un 30% (8). El ICS estima una prevalencia global en el año 2021 cercana al 6% y que de estas el 50% de mujeres atendidas por esta patología terminarían en una resolución quirúrgica (9), se observa que las mujeres en su tercera década de vida con distopias genitales representan el 6% del total de mujeres que padecen alteraciones del piso pélvico, mientras que las mujeres mayores de 50 años tienen una prevalencia que representa el 50% del total de casos (10). En un estudio realizado por Wang en el año 2022 se describió que las mujeres de los países desarrollados presentan una prevalencia cercana al 12.3%, mientras que las mujeres en países en vías de desarrollo muestran una prevalencia de 19.7% (11). La FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) estima una prevalencia del 23.7%, y que el 11.1 % de las mujeres que presenten algún grado de distopias genitales se someterán a alguna cirugía correctiva a lo largo de su vida (12). Mientras que Schulten estima que el 12.8% de mujeres que lleguen a los 80 años y que presenten algún grado de distopia genital se someterán a alguna cirugía correctiva (8). En Estados Unidos se estima que el 23.7% de mujeres posmenopáusicas sufren de alteraciones del suelo pélvico y de estos el 2.9% presentan algún grado de prolapso de órgano pélvico. (13)

En Latinoamérica, se estima una prevalencia cercana al 30% (14), en Colombia se estima que existe una prevalencia del 14.17% (15), en Brasil para mediados de la

década del 2010 se estimó que la prevalencia para prolapso de órganos pélvicos es de 52% (16).

En Peru no se cuentan con estudios indexados que estimen la prevalencia real del prolapso genital, en estudios regionales como el realizado por Valencia Chion se encontró un 33% de prevalencia de prolapso de órganos pélvicos en su población de estudio (5); mientras que Barraza Minaya estimo que el 11% de población que sufre de algún tipo de distopía genital requerirá alguna cirugía a lo largo de su vida (17) y por ultimo Quispe Chumacero en su estudio titulado “Incidencia y factores de riesgo asociados a prolapso genital, Hospital de Apoyo Il Sullana 2011-2016” estimo que en su población de estudio solo hubo una prevalencia del 1.21%, a lo cual el autor asume que se debe a la falta de búsqueda de atención oportuna por parte de las pacientes (18).

En la región de Cusco, el estudio de Soto Condori (19) titulado “Factores asociados a prolapso genital femenino en el Hospital Regional del Cusco, 2017-2019”, no estimo la prevalencia en su población de estudio; por lo tanto en vista de la carencia de datos oficiales se estimó la prevalencia en base a los datos proporcionados por la oficina de estadística del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco, observando que en el año 2022 hubo un total de 2870 atenciones en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco y 63 casos consignados como distopias genitales obteniendo una prevalencia del 2.2%; en comparación con el año 2023 hubo un total de 75 casos de distopías genitales y un total de 2853 atenciones por lo tanto se obtuvo una prevalencia de 2.63%; según Sampieri (20) al tener una prevalencia inferior al 5% amerita la realización de un estudio de tipo casos y controles.

Se estimo que existen actualmente cerca de 750 millones de mujeres posmenopáusicas (21). Villiers establece que cerca del 33% de la vida de una mujer será en condición de posmenopáusica (22). La edad media de la menopausia varía de acuerdo a la ubicación geográfica por ejemplo, en Europa la menopausia se suscitara a los 51.5 años en promedio, en comparación con Norteamérica donde esta acaecerá a los 50.9 años, en Sudamérica se prevé su aparición a los 48 años en promedio, en Peru la edad promedio es de 47 años, mientras que en Cuzco la edad promedio se suscita a los 45 años y en Lima se da a los 47.1 años, este estudio estima que mientras mayor sea la altura sobre el nivel del mar, menor será la edad promedio de ocurrencia de menopausia (23). Ansari en el año 2021 estima que por cada año que pase, se eleva la posibilidad de desarrollar algún tipo de distopia genital

(24), afirmando que en la población posmenopáusica es más común el desarrollo de alteraciones del piso pélvico.

Los factores asociados a esta patología incluyen la edad avanzada (el status menopaúsico), el antecedente de parto vaginal, la obesidad y el tabaquismo (25); según Blomquist el antecedente de parto vaginal se constituye como un factor asociado de importancia con el prolapso de órgano pélvico (26); se ha observado que con el paso de los años existe un incremento de la obesidad en mujeres tanto que se estima que para el año 2030 el 80% de las mujeres posmenopáusicas sufrirán de obesidad (27).

En el Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco existe una población que es tributaria de distopias genitales y que dentro de sus antecedentes poseen varios de los factores descritos en la literatura. La prevalencia de esta patología en nuestra población así como las complicaciones que esta acarrea instan a que se realice la presente investigación donde se pretende buscar cuales son los factores de riesgo (FR) para el desarrollo de esta patología, así mismo se espera que el trabajo funja como base para generar medidas de prevención que se podrán aplicar no solo en el hospital base del estudio sino en sus centros de salud referentes.

1.2. Antecedentes Teóricos

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Ilunga E., Mukwege D., Mbunga B., et al (Boma Matadi-Republica Democratica del Congo, 2024) en el estudio “Exploración de los factores de riesgo del prolapso de órganos pélvicos en el este de la República Democrática del Congo: un estudio de casos y controles”, cuyo objetivo fue explorar los factores de riesgo de prolapso de órganos pélvicos en una población del este de la República Democrática del Congo. Estudio de tipo de casos y controles, donde se analizaron datos de 434 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio, en el periodo comprendió entre Enero del 2021 y Enero del 2022, el cual se dividió en un grupo caso (n = 217, pacientes con prolapso genital de órganos pélvicos) y uno de control (n = 217, sin prolapso genital de órganos pélvicos). Los resultados del análisis multivariado demostraron que el IMC bajo (ORa 2.085; IC 95 % [1.419–6.307]), el parto domiciliario (ORa 6.102; IC 95 % [3.526–10.56]), antecedentes familiares de POP (ORa 2.085; IC 95 % [1.1107–3.924]), nacimiento sin episiotomía (ORa 3.504; IC 95 % [2.031–6.048]), altura materna menor a 1.5 metros (ORa 5.328; IC 95 % [2.942–9.648]) y el antecedente de parto macrosómico (ORa 1.929; IC 95 % [1.121–3.321]), se constituyeron como factores de riesgo. Concluyendo que el índice de

masa corporal y los factores relacionados con el nacimiento son predictores definitivos del prolapso de órganos pélvicos en un entorno de bajos recursos fueron factores de importantes para la aparición de prolapso genital de órganos pélvicos . (28)

Merga A., Bidira K., Geda A., et al (Illu Aba Bor-Etiopia, 2023) en el estudio titulado “Prolapso de órganos pélvicos y sus factores asociados entre las mujeres: un estudio transversal en un centro”, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del prolapso de órganos pélvicos (POP) entre mujeres en la zona de Illu Aba Bor, suroeste de Etiopía. Estudio de tipo de transversal, donde se analizaron datos de 408 pacientes ginecológicas diagnosticadas con prolapso de órgano pélvico que fueron atendidas en el Hospital Integral Especializado Mettu Karl y el Hospital Primario Darimu, en el periodo comprendido entre el 1 al 30 del año 2021. Los resultados del análisis estadístico demostraron que la prevalencia de prolapso de órganos pélvicos entre la población del estudio alcanzo el 19.8% (IC 95% [16–24.1]) y los factores significativamente asociados con la patología fueron el lugar de residencia (OR 2.21; IC 95% [1.11–4.40]), la paridad (OR 2.82; IC 95 % [1.39–5.72]), edad del primer embarazo (OR 2.32; IC 95 % [1.27–4.26]) y el lugar de nacimiento del primer hijo (OR 4.18; IC 95 % [1.97–8.85]). Concluyendo que el prolapso de órgano pélvico tuvo una alta prevalencia entre las participantes del estudio y que el lugar de residencia, la paridad, la edad del primer embarazo y el lugar de nacimiento del primer hijo fueron factores de riesgo para prolapso genital de órganos pélvicos (29).

Legan M., Barbic M., Osredkar J. et al (Ljubljana-Eslovenia, 2022) en el estudio “Asociación de deficiencia de vitamina D y prolapso de órganos pélvicos en mujeres posmenopáusicas: un estudio transversal”, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la hipovitaminosis D y la aparición del prolapso de órganos pélvicos. Estudio de tipo transversal, donde se analizaron datos de 50 mujeres posmenopáusicas con POP y 48 mujeres posmenopáusicas sin POP. Los resultados del análisis estadístico demostraron que el déficit de 25-OH-D (OR 0.975; IC 95 % [0.951–0.99], p=0.038), la edad avanzada (OR 1.058; IC 95 % [0.994–1.127], p=0.078), la multiparidad (OR 2.305; IC 95 % [1.128–4.714], p=0.022), actividad sexual (OR 0.769; IC 95 % [0.283–2.085], p=0.605), ejercicio físico extenuante (OR 1.140; IC 95 % [0.42–3.099], p=0.797) y el índice de masa corporal (OR 0.992; IC 95 % [0.893–1.101], p=0.873). Concluyendo que el déficit de vitamina D y la multiparidad son factores de riesgo para la aparición de POP (30).

Terefe B., Yohannes Z., Hadra N., et al (Hawassa-Etiopia, 2022) en el estudio “Determinantes del prolapso de órganos pélvicos en hospitales públicos de la ciudad de Hawassa, sur de Etiopía, 2020: estudio de casos y controles inigualable”, cuyo objetivo fue identificar los determinantes del prolapso de órganos pélvicos en el sur de Etiopía. Estudio de tipo de casos y controles, donde se analizaron datos de 231 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio en el Hospital Militar central en el periodo del 15 de Junio al 10 de Septiembre del 2020, el cual se divide en un grupo caso (n = 77, pacientes con prolapso de órganos pélvicos) y uno de control (n = 154, sin prolapso de órganos pélvicos). Los resultados de la regresión logística multivariable demostraron que las variables: carga de trabajo intenso (OR 2.3; IC 95 % [1.066–4.951], p < 0,05), número de embarazos ≥ 5 (OR 3.911; IC 95 % [1.108–13.802], p < 0,05), periodo intergenésico menor a 2 años (OR 2.88; IC 95 % 1.146–7.232], p < 0,05), antecedente de maniobras uterinas durante el parto (OR 5.312; IC 95 % [2.366–11.927], p < 0,05) y antecedente de inducción de trabajo de parto (OR 4.436; IC 95 % [2.07–9.505], p < 0,05) se constituyen como factores de riesgo. Concluyendo que la carga de trabajo intensa, el número de embarazos ≥ 5, periodo intergenésico corto, antecedente de maniobras uterinas durante el parto y el antecedente de inducción del parto fueron factores predictivos independientes para prolapso genital de órganos pélvicos (31).

Schulten S., Claas-Quax M., Weemhoff M., et al (Nijmegen-The Netherlands, 2022) en el estudio “Factores de riesgo de prolapso primario de órganos pélvicos y recurrencia del prolapso: una revisión sistemática actualizada y un metaanálisis”, cuyo objetivo fue la actualización de una revisión sistemática publicada con anterioridad y realizar un metaanálisis sobre los factores de riesgo asociados al prolapso primario de órganos pélvicos y la recurrencia del mismo. Metaanálisis que engloba estudios de cohortes y transversales en países occidentales que realizaron análisis multivariados sobre prolapso de órganos pélvicos y su recurrencia (considerada como la aparición del prolapso un año después de su tratamiento) entre el 2014 al 2021. Los resultados del metaanálisis demostraron que el peso al nacer (OR 1.04; IC 95 % [1.02–1.06]), la edad (OR 1.34; IC 95 % [1.23–1.47]), el IMC (OR 1.75; IC 95 % [1.17–2.62]) y el defecto de los músculos elevadores (OR 3.99; IC 95 % [2.57–6.18]) se constituyen como factores de riesgo; el antecedente de cesárea (OR 0.08; IC 95 % [0.03–0.2]) y el tabaquismo (OR 0.59; IC 95 % [0.46–0.75]) se consideran como factores protectores y por último la edad (OR 3.48; IC 95 % [1.99–6.08]) y el estadio preoperatorio del prolapso (OR 2.68; IC 95 % [1.93–3.73]) se consideran factores de riesgo de recurrencia de prolapso de órgano pélvico.

Concluyendo que el peso al nacer, la edad, el IMC y el defecto de los músculos elevadores fueron factores de riesgo para prolapso genital de órganos pélvicos; el antecedente de cesárea y el tabaquismo fueron factores protectores del mismo y la edad y el estadio preoperatorio del prolapso son factores de riesgo de recurrencia de prolapso de órgano pélvico ⁽⁸⁾.

Oliveira L., Varella G., Moalli P., et al (Rio de Janeiro-Brasil, 2021) en el estudio “La edad y/o el estado posmenopáusico como factores de riesgo para el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos: revisión sistemática con metaanálisis”, cuyo objetivo fue revisar sistemáticamente el papel de la edad y/o el estado posmenopáusico en el desarrollo del prolapso de órganos pélvicos. Revisión sistemática que abarco 4 bases de datos y reviso diecinueve estudios (11 transversales, 6 cohortes y 2 casos y controles) entre 2016 y 2020. Los resultados de la revisión demostraron que por cada año que pasa en la paciente aumenta un 10% de riesgo para desarrollar prolapso genital (OR 1.102; IC 95 % [1.021–1.190], $p = 0,012$) y que a pesar de que se confirmó que existe mayor riesgo de prolapso de órganos pélvicos en mujeres posmenopáusicas no se alcanzó la significación estadística (OR 2.08; IC 95 % [0.927–4.668], $p = 0,076$). Concluyendo que la edad es un factor de riesgo para desarrollar prolapso de órgano pélvico y que el estado posmenopáusico no se asoció estadísticamente con la aparición de la misma ⁽³⁾.

Ansari K., Sharma P., Khan S., et al (Bengala-India, 2021) en el estudio “Prolapso de órganos pélvicos en mujeres perimenopáusicas y menopáusicas”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados a la aparición de prolapso de órganos pélvicos en mujeres perimenopausicas y menopaúscas. Estudio de tipo de transversal, donde se analizaron datos de 150 pacientes el Hospital de Bengala en el periodo de Enero a Diciembre del año 2019. Los resultados del análisis encontraron una prevalencia del 4.8% y se encontraron que la condición socioeconómica (OR 1.099; IC 95 % [0.3–4.029], $p = 1.00$), la reanudación temprana del trabajo posterior al parto (OR 1.513; IC 95 % [0.606–3.777], $p = 0.669$) y el historial menstrual (OR 0.472; IC 95 % [0.141–1.584], $p = 0.531$) no presentan asociación estadística; en cambio, la edad (OR 7.257; IC 95 % [1.951–26.994], $p < 0,01$) y la vía de parto (OR 3.692; IC 95 % [0.769–17.715], $p = 0.015$) se constituyen como factores de riesgo de desarrollo de prolapso en mujeres perimenopausicas y menopaúscas. Se concluye que existe una prevalencia moderada de prolapso de órganos pélvicos en mujeres perimenopausicas y menopaúscas y que a su vez la edad y la vía de parto se consideran como factores de riesgo (24).

Gedefaw G., Demis A. (Woldia-Etiopia, 2020) en el estudio “Carga del prolapso de órganos pélvicos en Etiopía: una revisión sistemática y un metaanálisis”, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de la prevalencia de órganos pélvicos en Etiopía. Revisión sistemática que abarco varias bases de datos internacionales y africanas entre el año 2015 y 2018. Los resultados de la revisión demostraron que la prevalencia del prolapso de órganos pélvicos en Etiopía alcanzo el 23.52% (IC 95 % [61.04–80.24]) y se identificaron que ser residente rural (OR 3.29; IC 95 % [1.38–7.85]), tener IMC menor a 18.5 (OR 2.59; IC 95 % [1.53–4.4]) y una edad mayor a 40 años (OR 7.43; IC 95 % [2.27–24.29]) se constituyeron como factores de riesgo para el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos. Concluyendo que la edad mayor a 40 años, un IMC menor a 18.5 y ser residente rural son factores de riesgo para desarrollar prolapso de órgano pélvico y que existe una elevada prevalencia de la patología en Etiopía (32).

Joshi D., Jha N., Sharma I., et al (Koirala-Nepal, 2020) en el estudio “Factores asociados con el prolapso de órganos pélvicos en la región oriental de Nepal: un estudio de casos y controles”, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con el prolapso de órganos pélvicos entre mujeres de la parte oriental de Nepal. Estudio de tipo de casos y controles, donde se analizaron datos de 230 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio, en el Hospital Regional de Dharan en el periodo de Enero del 2018 a Diciembre de 2019, el cual se divide en un grupo caso (n = 115, pacientes con prolapso genital de órganos pélvicos) y uno de control (n = 115, sin prolapso genital de órganos pélvicos). Los resultados del análisis estadístico demostraron que la edad al momento del primer parto (OR 1.98; IC 95 % [1.06–3.68]), el transporte de cargas pesadas durante el embarazo (OR 3.97; IC 95 % [1.93–8.16]), el tabaquismo (OR 3.49; IC 95 % [1.42–8.61]) y el antecedente de estreñimiento (OR 3.57; IC 95 % [1.13–11.22]) se constituyeron como factores de riesgo. El estudio concluye que a edad al momento del primer parto, el transporte de cargas pesadas durante el embarazo, el tabaquismo y los antecedentes de estreñimiento fueron factores significativos para prolapso genital de órganos pélvicos (33).

Li Z., Xu T., Gongj J., et al (Guizhou-China, 2019) en el estudio “Un estudio epidemiológico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres posmenopáusicas: una muestra poblacional en China”, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia y los factores asociados con el prolapso de órganos pélvicos sintomático en una muestra representativa de mujeres chinas postmenopáusicas. Estudio de tipo transversal,

donde se analizaron datos de 20008 pacientes en el Hospital de Salud Maternoinfantil de Foshan en el periodo de Febrero de 2014 a Marzo del 2016. Los resultados del análisis de datos demostraron una prevalencia de 14.8% (IC 95 % [14.3–15.3]); se demostró además que la edad entre 50 a 59 años (OR 1.322; IC 95 % [1.123–1.56]), la edad entre 60 a 69 años (OR 1.603; IC 95 % [1.352–1.907]), la edad mayor a 70 años (OR 1.824; IC 95 % [1.158–2.197]); paridad=2 (OR 1.145; IC 95 % [1.105–1.292]) , paridad mayor a 3 (OR 1.384; IC 95 % [1.214–1.578]) ; el sobrepeso (OR 1.365; IC 95 % [1.247–1.494]) y la obesidad (OR 1.548; IC 95 % [1.344–1.78]) se constituyen como factores de riesgo para que las mujeres tengan más privacidad de desarrollar prolapso de órgano pélvico sintomático. Concluyendo que la edad, el IMC y la paridad son factores de riesgo para el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos en paciente posmenopáusicas (34).

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Valencia C., De la Cruz J., Correa L., et al (Lima-Peru, 2020) en el estudio “Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de Enero - Diciembre 2018”, cuyo objetivo fue determinar cómo los factores de riesgo se asocian al prolapso genital pélvico en mujeres atendidas en el Hospital Militar Central. Estudio de tipo de casos y controles, donde se analizaron datos de 160 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio en el Hospital Militar central en el periodo de Enero a Diciembre del año 2018, el cual se divide en un grupo caso (n = 80, pacientes con prolapso genital de órganos pélvicos) y uno de control (n = 80, sin prolapso genital de órganos pélvicos). Los resultados del análisis bivariado y de la regresión logística multivariable demostraron que el antecedente de parto vaginal (OR 3.15; IC 95 % [1.36–7.31]), la edad mayor de 42 años (OR 6.09; IC 95 % [1.65–22.47]) y la multiparidad (OR 10.93; IC 95 % [4.27–27.96]) se constituyen como factores de riesgo. Concluyendo que la edad mayor de 42 años, el antecedente de parto vaginal y la multiparidad fueron factores de riesgo para prolapso genital de órganos pélvicos ⁽⁵⁾.

Chumacero C. (Sullana-Peru, 2020) en el estudio “Incidencia y factores de riesgo asociados a prolapso genital, Hospital de Apoyo II Sullana 2011-2016”, cuyo objetivo fue Identificar la prevalencia y factores de riesgo asociados a las pacientes con prolapso de órganos pélvicos hospital de apoyo Sullana durante 2011- 2016. Estudio de tipo de casos y controles, donde se analizaron datos de 230 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio, el cual se divide en un

grupo caso (n = 115, pacientes con prolapso genital de órganos pélvicos) y uno de control (n = 115, sin prolapso genital de órganos pélvicos). Los resultados del análisis bivariado demostraron que el antecedente de parto vaginal (OR 4; IC 95 % [1.36–7.31]), la edad mayor de 60 años (OR 2.09; IC 95 % [1.65–5.47]) y la multiparidad (OR 10.93; IC 95 % [4.27–27.96]) se constituyen como factores de riesgo. Concluyendo que la prevalencia de pacientes con POP es 1.21% y los factores de riesgo que propician a la aparición de prolapso de órganos pélvicos fueron: edad, la obesidad, una record de gestaciones por encima de 4 así como cirugías previas de origen abdomino pélvicas con una significancia < 0.001(18).

Tafur J (Lima-Peru, 2018) en el estudio “Paridad, obesidad y edad avanzada como factores asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital Central F.A.P. durante el periodo Julio 2016 a Junio 2017”, cuyo objetivo Determinar la asociación de la edad avanzada, paridad, y la obesidad con el prolapso genital de órgano pélvico en pacientes atendidas en el Hospital Central FAP durante el período Julio 2016 a Junio 2017. Estudio de tipo de casos y controles, donde se analizaron datos de 160 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio en el Hospital Militar central en el periodo de Enero a Diciembre del año 2018, el cual se divide en un grupo caso (n = 80, pacientes con prolapso genital de órganos pélvicos) y uno de control (n = 80, sin prolapso genital de órganos pélvicos). Los resultados del análisis bivariado encontraron que la edad avanzada (OR 8.43; IC 95 % [4.14–17.31]), la obesidad (OR 7.697; IC 95 % [3.7–15.67]) y la multiparidad (OR 3.15; IC 95 % [1.153–8.531]) se constituyen como factores de riesgo. Concluyendo que la edad avanzada (mujeres con edad ≥ 60 años), la multiparidad, la gran multiparidad y la obesidad ($IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$) son factores de riesgo para el desarrollo de prolapso genital de órganos pélvicos (35).

1.2.3. Antecedentes Locales

Soto Condori., (Cusco-Peru, 2020) en el estudio “Factores asociados a prolapso genital femenino en el Hospital Regional del Cusco, 2017-2019”, cuyo objetivo fue analizar los factores asociados al prolapso genital femenino en las pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2017-2019. Estudio de tipo observación. Retrospectivo, de casos y controles; en el que se estudió 294 pacientes, 98 casos y 196 controles; en el servicio de Ginecología del Hospital Regional del Cusco en el periodo del año 2017 al 2019. Los resultados del análisis de datos demostraron que el 31.6% de casos tenían sobrepeso (OR 1.16; IC 95 % [0.59–2.15]; $p = 0.027$), el 34.7% tenían obesidad (OR 1.47; IC 95 % [0.87–2.48]; $p = 0.018$), el 26% de casos

tiene antecedente de HTA (OR 2.05; IC 95 % [1.121- 3.763]; p= 0.027), el 5.1% tenían antecedente de EPOC (OR 1.12; IC 95% [0.364- 3.43]; p= 1), el 6% de casos tenían antecedente de histerectomía (OR 1.76; IC 95% [0.57- 5.39]; p= 0.483), el 80.6% del grupo caso fueron multíparas (OR 9.2; IC 95% [2.79- 30.56], p= 0.000), el 11.2 % de casos presentaron antecedente de parto con feto macrosómico (OR 2.35; IC 95% [0.96 - 5.75], p= 0.009), el 58 % de los casos presentaron antecedente de episiotomía durante el parto (OR 1.28; IC 95% [0.79 - 2.09]; p= 0.003), el 5.1% de los casos tenían el antecedente de consumo de tabaco (OR= 1; IC 95% [0.33- 3.01]; p= 1), el 7.1% de los casos presentaron un antecedente de estreñimiento (OR 1.08; IC 95% [0.42 - 2.81]; p= 1), el 70.4% de los casos fueron pacientes con menopausia (OR= 4.78; IC 95% [1.59 - 8.02]; p= 0.000), mientras que el 3.1% de casos fueron nulíparas (OR 0.10; IC 95% [0.06 - 0.66]; p= 0.000), el 3.1% de casos fueron primíparas (OR 0.13; IC 95% [0.04 - 0.75]; p= 0.000), el 6.1% de casos tuvieron antecedente de cesárea (OR 0.13, IC 95% [0.06 - 0.33], p= 0.000). se constituyen como factores de riesgo para que las mujeres tengan más probabilidad de desarrollar algún tipo de prolapso de órgano pélvico. Concluyendo por lo tanto que las variables sobrepeso, obesidad, antecedente de hipertensión arterial, multiparidad, feto macrosómico, antecedente de episiotomía y menopausia resultaron estadísticamente significativos ($p < 0.005$); por el contrario, el antecedente de diabetes, EPOC, histerectomía previa, consumo de tabaco y el estreñimiento no tienen asociación significativa ($p > 0.005$). (19)

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados (sociodemográficos, clínicos y ginecoobstetricos) al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?

1.3.2. Problemas específicos

1. ¿Los factores sociodemográficos (edad, procedencia, grado de instrucción) están asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?
2. ¿Inquirir si los factores clínicos (Estado nutricional, Antecedente de EPOC) están asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?

3. ¿Cuáles son los factores ginecoobstetricos (Paridad, desgarro vaginal severo durante el parto, histerectomía previa, antecedente de episiotomía, periodo intergenésico corto, vía de parto, parto con feto macrosómico) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores asociados (sociodemográficos, clínicos y ginecoobstetricos) al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar los factores sociodemográficas (edad, procedencia, grado de instrucción) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas que fueron atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.
2. Establecer los factores clínicos (Estado nutricional, Antecedente de EPOC) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.
3. Hallar los factores ginecoobstetricos (Paridad, desgarro vaginal severo durante el parto, histerectomía previa, periodo intergenésico corto, antecedente de episiotomía, vía de parto, parto con feto macrosómico) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas que fueron atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.

1.5. Justificación de la investigación

- **Importancia metodológica:** A pesar de que existe antecedente bibliográfico sobre esta entidad en nuestra región, incluso un estudio previo realizado en el Hospital Regional del Cusco en el año 2019 (19), no existen estudios realizados en el Hospital Antonio Lorena del Cusco sobre esta patología; dicho nosocomio es un hospital referente que recibe pacientes proveniente en su gran mayoría de las regiones altoandinas correspondientes a la red de salud Cusco Norte (36); las distopías genitales en su conjunto son prevalentes en el nosocomio pero no se cuenta con estudios fehacientes que demuestren cuales fueron los factores que inciden en el desarrollo de esta patología, y esta carencia hace necesario, necesario recopilar información para determinar las características

sociodemográficas, clínicas y ginecobstetricias de esta entidad. Por lo tanto, el presente trabajo puede ser utilizado como base para futuros proyectos de investigación sobre las distopias genitales así como de su etiología, complicaciones, tratamiento, etc.

- **Valor teórico:** En base a esta investigación se busca reconocer cuales fueron los factores que tuvieron mayor relación en el desarrollo de distopias genitales, esto brindara una base de datos sobre el comportamiento de estos factores en pacientes de altura; sobre esta base se podrá generar un mayor conocimiento sobre el desenvolvimiento de estos factores en patologías relacionados del aparato genital femenino en mujeres altoandinas peruanas.
- **Importancia practica:** Los resultados, conclusiones y sugerencias del presente estudio serán de dominio público y serán utilizados en favor de la población de la ciudad del Cusco para conocer los factores de riesgo predominantes en nuestro medio. Esto generara un beneficio local ya que se podrán identificar dichos factores antes de que se desencadene la patología y así evitar la morbilidad inherente a esta.

1.6. Limitaciones de la investigación

Los datos empleados en el presente estudio se basaran en las historias clínicas existentes, lo cual puede llegar a estar sujeto a sesgos de información. Para mitigar dichos sesgo, se empleara el uso del instrumento de recolección de datos y se aplicara solo en historias clínicas completas y legibles.

Al ser un estudio observacional retrospectivo, no se podrá establecer una asociación definitiva entre los factores estudiados y el desarrollo de distopias genitales. Por lo que se plantea la posible realización de estudios prospectivos o ensayos clínicos, que deberán abordar de manera óptima la causalidad entre los factores y el desarrollo de distopias.

Actualmente se carece de estudios nacionales y locales debidamente indexados en revistas de divulgación científica que puedan tomarse como indecentes teóricos por lo tanto la base teórica de antecedentes está constituida en su gran parte por estudios internacionales.

1.7. Aspectos Éticos

El presente trabajo se basa en los principios descritos en la Declaración de Helsinki, ya que se procurara proteger la identidad y los datos de las participantes del estudio así como evitar cualquier fuga de información o conflicto de intereses personales al momento de recabar información. En función de esta premisa se buscara la aprobación del comité de ética y la oficina de capacitación del Hospital Antonio Lorena para solicitar el acceso correcto a datos y la facilitación del trabajo (37).

Este estudio respeta las pautas del informe Belmont, tal como la beneficencia debido a que los datos recabados se utilizaran en función del correcto manejo del estudio sin otras intenciones que puedan perjudicar a los participantes, justicia debido a que los participantes serán seleccionados aleatoriamente tratando de evitar de caer en sesgos de selección (38). Por lo tanto, toda la información recolectada de los registros médicos será tratadas con la mayor delicadeza evitando filtración de estos y abogando para que en última instancia sean usados en beneficio de la población en general.

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Menopausia

Es el cese permanente de la menstruación en una mujer no histerectomizada, de acuerdo a un metaanálisis realizado por Davis se estima que la edad promedio para el cese de la menstruación varía de acuerdo a factores personales como sociales e incluso geográficos (se reporta que mientras en el Reino Unido la edad promedio de menopausia es cerca a los 52 años, en la India esta acontece a los 46 años) (39).

2.1.1.1. Definiciones

- **Perimenopausia:** Es el tiempo transcurrido desde que se inician las alteraciones menstruales hasta 12 meses después del último periodo menstrual (40).
- **Transición menopáusica:** Es el tiempo transcurrido desde el inicio de las irregularidades del ciclo menstrual hasta el momento del último periodo menstrual (40).
- **Posmenopausia:** Periodo que inicia 12 meses después del último periodo menstrual (40).
- **Menopausia quirúrgica:** Extirpación de ambos ovarios (40).
- **Menopausia precoz:** Menopausia antes de los 45 años (40).
- **Insuficiencia Ovárica primaria:** Cese de la función ovárica antes de los 40 años (40).

Factores asociados a menopausia temprana	Factores asociadas a menopausia tardía
<ul style="list-style-type: none">• Histerectomía• Tabaquismo• Nivel educativo bajo• Ubicación geográfica superior a los 2000 msnm	<ul style="list-style-type: none">• Paridad• IMC elevado• Uso de anticonceptivos orales

Tabla 1: Factores asociados a la aparición de la menopausia (22)

2.1.1.2. Fisiología Básica

La menopausia acontece cuando cesa la función ovárica; la unidad básica del ovario son los folículos ováricos, una niña al nacer tiene cerca de 300000 folículos ováricos, a los 37 años solo posee cerca de 27000 y en la menopausia quedan pocos o inclusive ninguno. Esto se explica debido a la disminución del estradiol y la inhibina y al aumento de la FSH; la disminución de folículos llevara a la disminución de la AMH (hormona antimulleriana) (40).

El estudio STRAW identifico etapas en la menopausia que se pueden resumir en la siguiente tabla (41).

Característica	Fase Reproductiva Tardía	Transición a la menopausia	Postmenopausia
Duración del ciclo menstrual	Cambios sutiles	Variabilidad aumentada	Cesado
FSH, Estradiol	Variable	FSH aumentada Estradiol variable	FSH elevada Estradiol bajo
AMH, Inhibina B	Bajo	Bajo	Bajo
Cuadro Clínico	Intermitente	Comunes	Presentes

Tabla 2: Etapas de la menopausia según STRAW (41)

2.1.1.3. Cuadro Clínico

- Síntomas Perimenopausicos:

Pueden ser de exceso de estrógeno (sensibilidad en los senos, migrañas, metrorragia, náuseas, ciclos más cortos y fases foliculares más cortas) o de insuficiencia de estrógeno (que serán descritas a continuación) (40).

- Síntomas Menopáusicos:

Existen un amplio abanico de síntomas y signos que pueden acontecer, entre estos están aquellos que son indicaciones de terapia de remplazo hormonal (Síntomas vasomotores, sofocos, síntomas urogenitales, dispareunia, irritación vaginal, ITU recurrente) y síntomas que pueden estar asociados como estado de ánimo bajo, ansiedad, alteraciones del sueño y disminución del libido (40).

La prevalencia de estos síntomas es variable, en un metaanálisis realizado por Gartoulla, se especifica que por lo menos el 75% de las mujeres posmenopáusicas menores de 55 años aun poseen síntomas vasomotores (42).

2.1.1.4. Diagnostico

Williams considera que la menopausia como tal se establece en mujeres mayores de 45 años que informan de una interrupción de la menstruación de por lo menos 12 meses, independientemente si presenta o no presenta síntomas (40). Davis establece que en el mundo se está observando un aumento en edad del punto de corte de la menopausia por lo tanto hay que adoptar un enfoque conservador, clasificando a las mujeres como posmenopáusicas si estas tienen más de 58 años independientemente de los síntomas (39).

2.1.2. Distopias Genitales

Las distopias genitales también conocidas como prolapso de órganos pélvicos (POP), es la herniación de los órganos pélvicos hacia o más allá de los límites de las paredes vaginales (40).

2.1.2.1. Definiciones

- Prolapso del compartimento anterior o Cistocele: Hernia de la pared vaginal anterior asociada a descenso de la vejiga (40).
- Prolapso del compartimento posterior o Rectocele: Hernia de la pared vaginal posterior asociada a descenso del recto (40).
- Enterocele hernia de los intestinos hacia o a través de la pared vaginal (40).
- Prolapso del compartimento apical o uterino: descenso del vértice vaginal hacia la parte inferior de la vagina, el himen o más allá del introito vaginal. Dicho vértice varia puede ser el útero y el cérvix o el cérvix solo, dependiendo si la mujer fue o no hysterectomizada (40).
- Procidencia uterina: Herniación de los 3 compartimentos a través del introito vaginal (40).

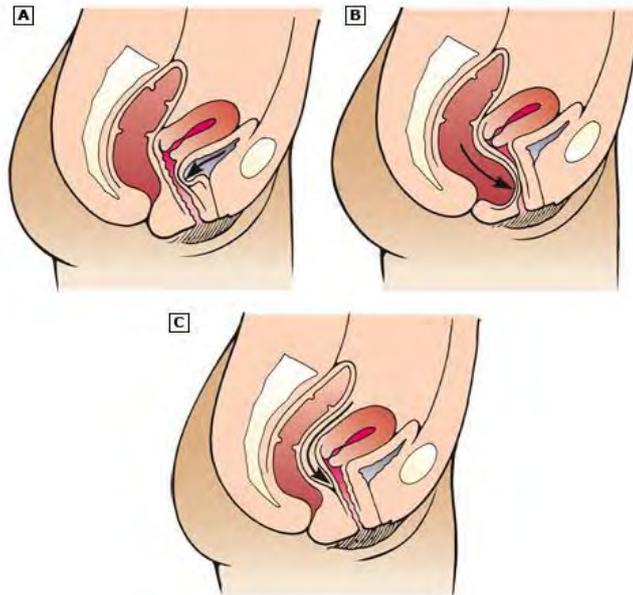


Ilustración 1. Representación de las distopías genitales: A: Cistocele, B: Rectocele, C; Prolapso uterino (43)

2.1.2.2. Anatomía del suelo pélvico

El soporte anatómico de los órganos pélvicos viene dado por una interacción entre los músculos del piso pélvico y el tejido conectivo que lo une a la pelvis ósea. El complejo muscular se encuentra formado por el musculo elevador del ano (músculos pubococcigeo, puborrectal e iliococcigeo) proporcionan el soporte optimo además de las proyecciones de la fascia endopelvica (ligamentos uterosacro y cardinales) que se ocupan de estabilizar los órganos pélvicos en sus posiciones (40).

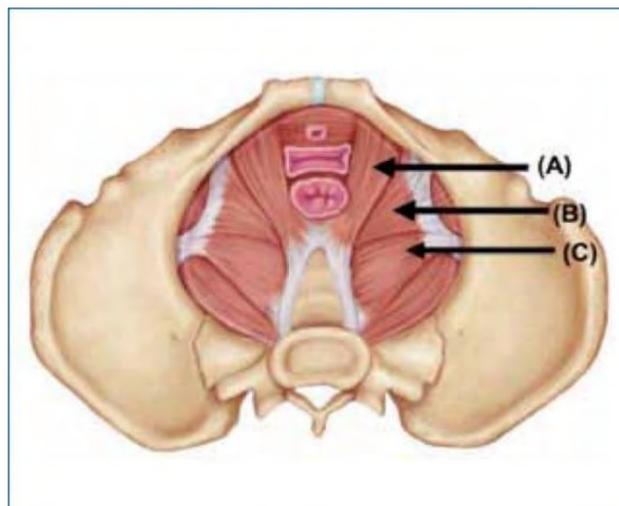


Ilustración 2: Músculos del piso pélvico: Pubococcigeo, (B) Iliococcigeo (C) Iliorectal (44)

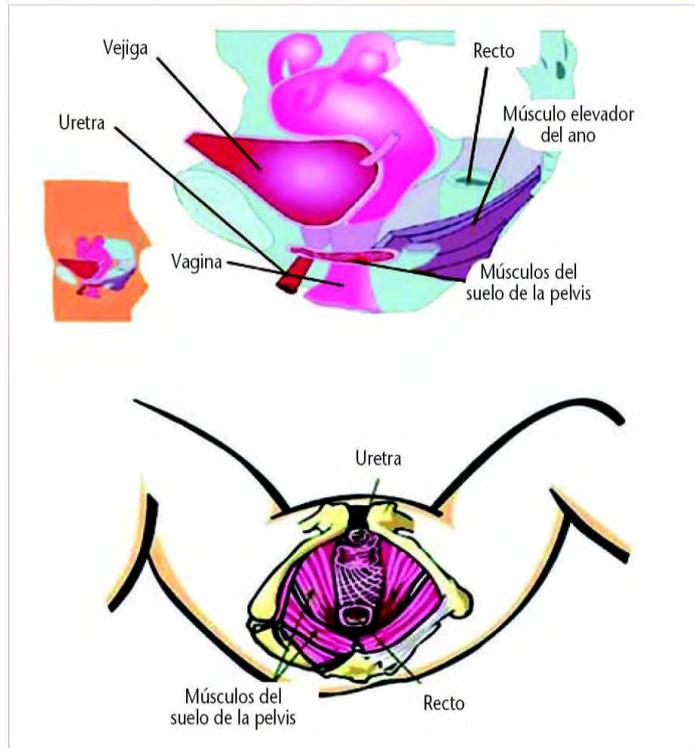


Ilustración 3: Piso pélvico en su conjunto (45)

2.1.2.2.1. Niveles de DeLancey (46)

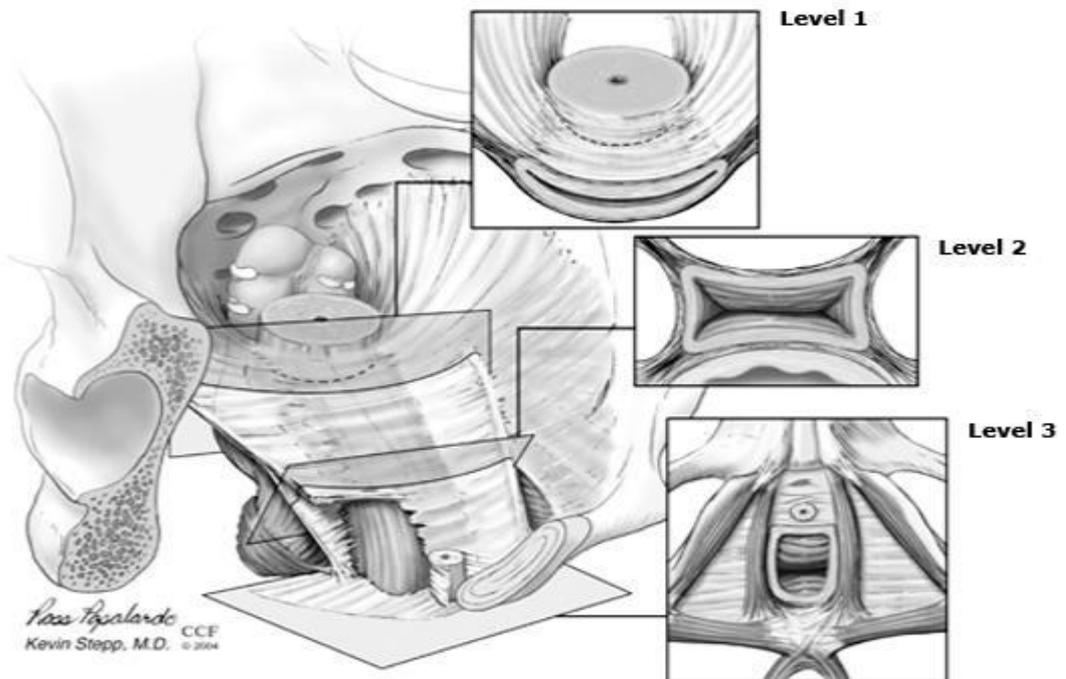


Ilustración 4: Niveles de DeLancey (46)

- Nivel 1: **Complejo Uterosacro/Ligamento Cardinal**, la pérdida de este nivel contribuye al colapso del útero y/o ápice vaginal.
- Nivel 2: **Inserciones paravaginales** que van de la vagina a la fascia superior del musculo elevador del ano, la pérdida de este nivel contribuye al cistocele.
- Nivel 3: **Cuerpo perineal, membrana perineal y músculos perineales**, la pérdida de este nivel contribuye a un recto cele distal o un descenso perineal.

2.1.2.2.2. Inervación

Depende de los segmentos S2, S3 y S4 de la medula espinal, que formaran el nervio pudiendo, este a su vez inervara el esfínter anal externo, los músculos coccígeos y el diafragma urogenital (40).

La teoría integral publicada por Peter Petros en 1990 es la piedra angular sobre la cual se debe entender a las distopias genitales (47), dicha teoría indica que las distopías y su cuadro clínico derivan de la laxitud excesiva del tejido conectivo vaginal y de sus ligamentos de soporte. La teoría explica cuatro componentes la función normal, la disfunción el diagnóstico y el tratamiento.

Petros divide la pelvis femenina en 3 compartimientos cada uno de los cuales es responsable de diversas alteraciones y tiene su propia clínica.

- Anterior: Uretrocele (Da incontinencia urinaria por esfuerzo, e incontinencia fecal) (47)
- Medio: Cistocele (Da síntomas asociados al esfuerzo y la frecuencia de la micción) (47)
- Posterior: Enterocele, prolapso uterino, prolapso apical vaginal (Asociado a nicturia) (47)

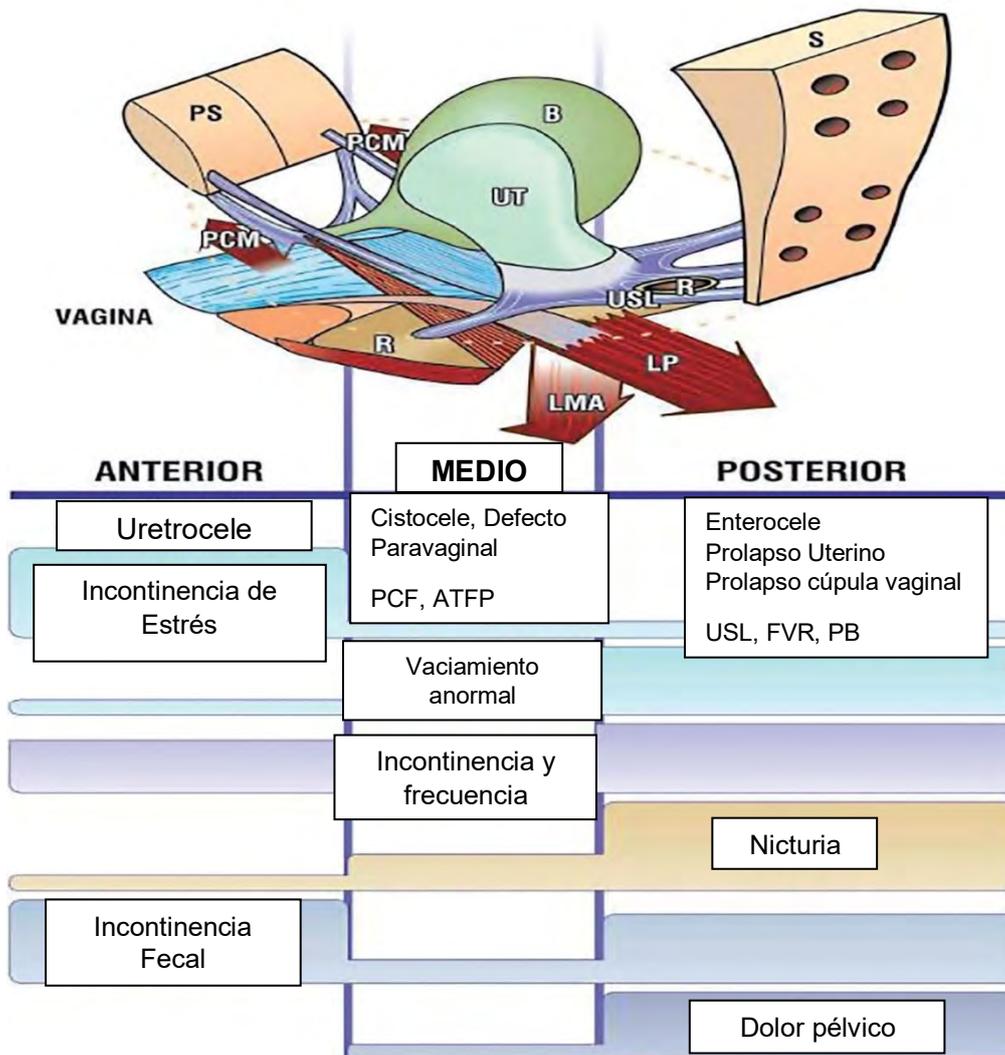


Ilustración 5. Piso Pélvico según Petros (47) donde PUL = ligamento pubouretral; PCF = fascia pubocervical; AFTP = Arco tendinoso de la fascia pélvica; CL = ligamento cardinal/anillo cervical; USL = ligamento uterosacro; FVR = fascia rectovaginal; PB = Cuerpo perineal

2.1.2.3. Factores de Riesgo para Distopías Genitales

Factores de Riesgo establecidos para Distopias	Factores de Riesgo para recurrencia de distopias genitales
<ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Edad avanzada • Obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Avulsión del musculo elevador del ano • Etapa avanzada del prolapso • Antecedentes familiares

Tabla 3: Factores de riesgo para distopias genitales según Williams (40).

Factores predisponentes	Factores iniciadores	Factores favorecedores	Factores descompensadores
<ul style="list-style-type: none"> • Raza • Variaciones anatómicas • Colágeno 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía pélvica radical • Radioterapia • Parto vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Déficit estrogénico • Tos crónica • Ejercicio físico intenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento • Comorbilidades • Medicación

Tabla 4: Factores de riesgo para distopias genitales según Bump y Norton ⁽⁴⁾



Tabla 5: Factores de riesgo para distopias genitales según Weintraub (10)

Paridad: Quiroz establece que el riesgo de distopías se eleva al aumentar la paridad (OR 9.73; IC 95 % [2.68–35.35]) (48). Otros factores asociados con el parto son partos con recién nacidos macrosómicos, segunda etapa prolongada del parto y la edad materna menor de 25 años en el primer parto. La lesión del elevador del ano o de los nervios locales (nervio pudendo) durante el parto son responsables de las anomalías anatómicas. La multiparidad puede ser el factor más importante de predisposición para distopias genitales, pero no para su recurrencia (40).

La cesárea actúa como factor de protección contra el prolapso de órganos pélvicos en mujeres que no hayan tenido antecedentes de parto vaginal (40).

Histerectomía: Se observa que en mujeres con histerectomía previa existe mayor riesgo de prolapso en comparación con mujeres con útero (OR 5.21; IC 95 % [2.05–13.27])⁽⁸⁾, las explicaciones son varias aunque pueden tener su génesis en el daño intraoperatorio que sufre el tejido conectivo pélvico así como a su vascularización e inervación, calculándose que por lo menos existe 5 veces más riesgo de desarrollar prolapso apical en pacientes posthisterectomizadas aun cuando se realizó una corrección previa de prolapso (40).

Edad avanzada: Se informa de un mayor riesgo de distopias genitales a medida que avanza la edad (OR 1.102; IC 95 % [1.021–1.190])⁽³⁾. Según el ensayo de Women's Health Initiative hubo un aumento significativo de prolapso con la edad (49).

Menopausia: Los receptores de estrógeno se encuentran en estructuras clave del soporte pélvico tales como el musculo elevador del ano. Las mujeres posmenopáusicas con distopias tienen concentraciones menores de receptores de estrógeno tanto en la sangre como en las estructuras del piso pélvico en comparación con mujeres en edad fértil. También se puede afirmar que no solo depende del número de receptores de estrógenos sino de los tipos de estos, encontrándose que en mujeres posmenopáusicas hay una disminución de 1.5 a 2.5 veces de receptores alfa en comparación con mujeres en edad fértil (40).

La menopausia se considera que presenta asociación directa con las distopias genitales independiente de la edad o la paridad (40). Según Brito la menopausia se asocia con la aparición de distopias aunque no presenta significancia estadística (OR 2.08; IC 95 % [0.927–4.668])⁽³⁾.

Obesidad: Las mujeres con sobrepeso (IMC de 25 a 29.9 kg/m²) y obesas (IMC mayor igual a 30 kg/m²) tienen mayor riesgo de prolapso en comparación con sus pares que presentan peso normal (40). En el metaanálisis de Giri (50), se establece que las mujeres obesas y con sobrepeso tienen un riesgo 50% mayor de desarrollar distopias genitales en comparación con mujeres con peso normal (OR 1.36; IC 95 % [1.2–1.53]).

Presión intrabdominal elevada: El estreñimiento crónico es un factor de riesgo de distopias genitales, debido a aumentos repetitivos de la presión abdominal. El estreñimiento crónico y otras afecciones de la presión intrabdominal como el EPOC, generan lesiones por estiramiento del nervio pudiendo (40). Giri establece que las patologías que conlleven aumento de presión abdominal como el estreñimiento

crónico conllevan un aumento de 3% de desarrollar distopias genitales (OR 2.35; IC 95 % [1.94–3.75]) (50),

Anomalías del colágeno: En casos como el síndrome de Ehler Danlos o anomalías congénitas (extrofia de la vejiga), el colágeno tipo I está disminuido y existe aumento del colágeno tipo III y V; al estar el colágeno tipo I disminuido no habrá una adecuada resistencia a la tracción en los tejidos pélvicos específicamente en la fascia endopélvica y los ligamentos del suelo pélvico (40). Carley establece asociación entre mujeres con Síndrome de Ehler Danlos y la aparición de prolapso genital (OR 1.18; IC 95 % [0.613–2.031]) (51).

Antecedentes familiares: En el metaanálisis de Friedman se establece que existe cerca de un 80% de riesgo de prolapso recurrente en pacientes con un historial familiar positivo (OR 1.84; IC 95 % [1.19–2.86]), también se observó que las mujeres más jóvenes con distopias genitales tienen una mayor incidencia de distopías entre familiares de primer grado que aquellas que desarrollan esta patología a una edad mayor (52).

2.1.2.4. Patologías Asociadas

Incontinencia Urinaria:

La fisiopatología de los trastornos del suelo pélvico es multifactorial esto explica que diversos trastornos coexistan de manera simultánea. Se informa que el 54% de las mujeres con prolapso de órganos pélvicos (POP) coexisten con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) concomitante. Si bien la literatura establece que el POP es un factor de riesgo para la IUE; el prolapso genital apical y anterior enmascaran síntomas de IUE que son solo visibles una vez ocurra la reparación del POP, lo que en una IUE postquirúrgica. (53)

2.1.2.5. Prevención

No existen estrategias de prevención fehacientes para esta patología, a pesar de que el parto vaginal es un factor de riesgo no está demostrado que la cesárea prevenga los prolapsos. Algunas intervenciones como la pérdida de peso, el tratamiento del estreñimiento crónico y evitar trabajos vigorosos que requieren levantar objetos pesados son intervenciones que en potencia pueden evitar el desarrollo o incluso la progresión de las distopias genitales (40).

Según Sharif (54) el uso de raloxifeno en mujeres mayores de 60 años resulta en una disminución de la proporción de mujeres que se someterán a cirugía por

prolapso de órganos pélvicos. (OR 0.5; IC 95 % [0.3–0.8]), pero no se encontró asociación entre el uso de raloxifeno y mujeres menores de 60 años.

2.1.2.6. Manifestaciones Clínicas

Los pacientes con distopias genitales llegan a presentar síntomas relacionados específicamente con las estructuras propasadas, como sensación de bulto o presión vaginal o síntomas que llegan a incluir alteración urinaria, defecatoria e incluso sexual. La gravedad de los síntomas no se correlaciona con la etapa del prolapso, y a veces estos mismos síntomas se relacionan con la posición; disminuyen en posición supina y aumentan cuando están en posición erguida. Muchas mujeres sin embargo cursan asintómicamente dicha patología (40).

Síntomas de bulto: Las mujeres con prolapso vaginal a menudo se suelen quejar de presión vaginal y/o sensación de bulto vaginal. Las quejas del bulto suelen asociarse con la presencia de prolapso, pero solo se correlaciona débilmente con el estadio de dicho prolapso y no tiene capacidad para predecir el sitio del mismo. El umbral anatómico que solemos asociar al prolapso es el himen, más allá de este punto se volverá sintomático. En algunos casos ocurrirá protrusión más allá del introito vaginal en estos casos puede ocasionarse secreción crónica y sangrado por ulceración (40).



Ilustración 6: Protrusión que sobrepasa el introito vaginal (40)

Síntomas urinarios: Como la pérdida del soporte del piso pélvico, en la pared vaginal anterior o del ápice vaginal puede ocasionar afección de la función de la vejiga o la uretra. Los síntomas de incontinencia urinaria por esfuerzo suelen asociarse a estadios tempranos del prolapso (I o II), mientras más avanza el prolapso las mujeres pueden experimentar una mejora de los síntomas de la incontinencia urinaria, pero poseerán una mayor dificultad para orinar, el prolapso anterior y el apical pueden generar otros síntomas urinarios como el vaciamiento e incluso retención urinaria completa (40).

Las mujeres con distopías genitales tienen un riesgo de 2 a 5 veces mayor de generar vejiga hiperactiva (incontinencia urinaria de urgencia), algunas mujeres con distopías genitales pueden desarrollar enuresis o incontinencia urinaria durante el coito, es importante acotar que uno de los pilares del tratamiento es corregir la clínica urinaria (40).

Síntomas defecatorios: Son más prevalentes en mujeres con distopías que en la población general, los síntomas defecatorios afecta entre el 20 al 50% de la población con prolapso genital; los síntomas más acotados son el estreñimiento y el vaciado incompleto. Otros síntomas pueden incluir urgencia fecal y la incontinencia fecal, dichos síntomas defecatorios pueden estar presentes en cualquier sitio anatómico del prolapso, aunque se asocian con mayor frecuencia a prolapsos posteriores o apicales. El prolapso rectal es una afección poco común, asociado a incontinencia fecal y sangrado rectal (40).

Síntomas sexuales: El prolapso leve no está asociado a disminución de libido o dispareunia, aunque se ha reportado que si está asociado con efectos adversos sobre la satisfacción sexual (40).

2.1.2.6. Diagnóstico y Clasificación

2.1.2.6.1. Clasificación

SISTEMA POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system)

Es el sistema de clasificación de prolapso de órgano pélvicos escogido por la Sociedad Estadounidense de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos desde 1995 y es el más utilizado en la práctica médica. Las mediciones intraoperatorias se correlacionan bien con hallazgos preoperatorios, pero se observa un prolapso ligeramente mayor bajo anestesia cuando se aplica tracción en los puntos POP-Q (55).

Aa	Ba	C
gh	Pb	tvI
Ap	Bp	D

Ilustración 7: Sistema POP-Q ⁽⁴³⁾ donde Aa: punto A de la pared anterior; Ba: punto B de la pared anterior; C: cuello uterino; D: fondo de saco posterior; gh: hiato genital; Pb: cuerpo perineal; tvI: longitud vaginal total; Ap: punto A de la pared posterior; Bp: punto B de la pared posterior

SISTEMA POP-Q SIMPLIFICADO

Es una propuesta simplificada del sistema POP-Q, al igual que el estándar mide las constantes anterior, posterior y hasta 2 constantes del ápice (incluido el cuello uterino, en mujeres que todavía tengan uno). El sistema simplificado para medir la pared anterior, visualiza un punto aproximadamente 3 cm por encima o a la mitad de la pared vaginal anterior; luego se pide a la paciente que haga esfuerzo y se registra la longitud del descenso. Se medirá igual para la pared posterior. Se utilizará un espejulo para registrar el descenso del ápice de la vagina (57).

SISTEMA BADEN-WALKER

Es otro sistema comúnmente utilizado, el grado de cada estructura se describe individualmente, el grado se definirá como la extensión de prolapso de cada estructura observada mientras la paciente hace esfuerzo. El sistema tiene cinco grados. El sistema Baden-Walker carece de la precisión y reproductibilidad del sistema POP-Q ⁽⁴⁾.

- 0: Posición normal
- 1: Descenso a mitad del camino hacia el himen
- 2: Descenso llega hasta el himen
- 3: Descenso hasta la mitad del himen
- 4: Máximo descenso posible para cada órgano

2.1.2.6.2. Diagnostico

Se diagnostica mediante un examen pélvico utilizando el sistema POP-Q (56)

- Equipo: Especulo (retractor Sims o bivalvo) para visualización de las estructuras y para las mediciones: regla, hisopo o pinzas de esponja marcadas (40).
- Anamnesis: Deberá incluir los antecedentes personales y los factores de riesgo asociados a la aparición de un prolapso (55).
- Posición de la paciente: Paciente en posición relajada y luego hará un esfuerzo (para demostrar grado máximo de prolapso). La extensión visualizada no se correlaciona necesariamente con la sintomatología descrita por la paciente. Se usa inicialmente la posición de litotomía, luego se repite con la paciente de pie (40).
- Inspección visual: Es la primera parte del examen se debe priorizar hallar: el diámetro transversal del hiato genital, si existe protrusión de las paredes vaginales o del cuello uterino hacia el introito o más allá (procidencia uterina), la longitud y condición del perineo, si hay prolapso rectal, si el prolapso es mas allá del himen se buscara ulceraciones (40).
- Examen con especulo y bimanual: son las herramientas principales utilizados en el sistema POP-Q, se examina a la paciente en litotomía y luego de se le pedirá que se ponga de pie (55).

Prolapso apical: Se inserta un especulo bivalvo en la vagina y luego se retira para luego observar cualquier descenso ⁽⁴⁾.

Pared Vaginal Anterior: Se inserta un retractor de Sims o la hoja posterior de una especulo bivalvo en la vagina, y se hace presión suave en la parte posterior para poder visualizar la pared vaginal anterior ⁽⁴⁾.

Pared vaginal posterior: Se inserta un retractor de Sims o la hoja anterior de una especulo bivalvo en la vagina, y se hace presión suave en la parte anterior para poder visualizar la pared vaginal posterior ⁽⁴⁾.

Usando el examen POP-Q:

La topografía de la vagina se describe usando 6 puntos (dos en la pared vaginal anterior, dos en la pared posterior y dos en la pared superior), al hacer estas mediciones se recrea una diagrama sagital del prolapso ⁽⁴⁾.

Se determinara la extensión máxima del prolapso para los 6 puntos, el prolapso máximo se encuentra cuando: la pared vaginal se vuelve tensa durante el esfuerzo, la tracción sobre el prolapso no provocara más descenso y el paciente confirma que es la protrusión máxima. Todas las protrusiones se expresaran en centímetros, se utiliza un signo negativo para designar un punto superior al plano del himen (-3cm) mientras que los puntos inferiores al himen se preceden de un signo positivo (+2cm) ⁽⁵⁵⁾.

Mediciones POP-Q:

Cada punto se localiza midiendo a lo largo de la pared vaginal e identificando el punto más dependiente de la estructura en cuestión. Se mide la distancia desde el punto prolapsado hacia el himen. Las medidas anteriores y posteriores son independientes entre sí, y no es necesario que coincidan ⁽⁴⁰⁾.

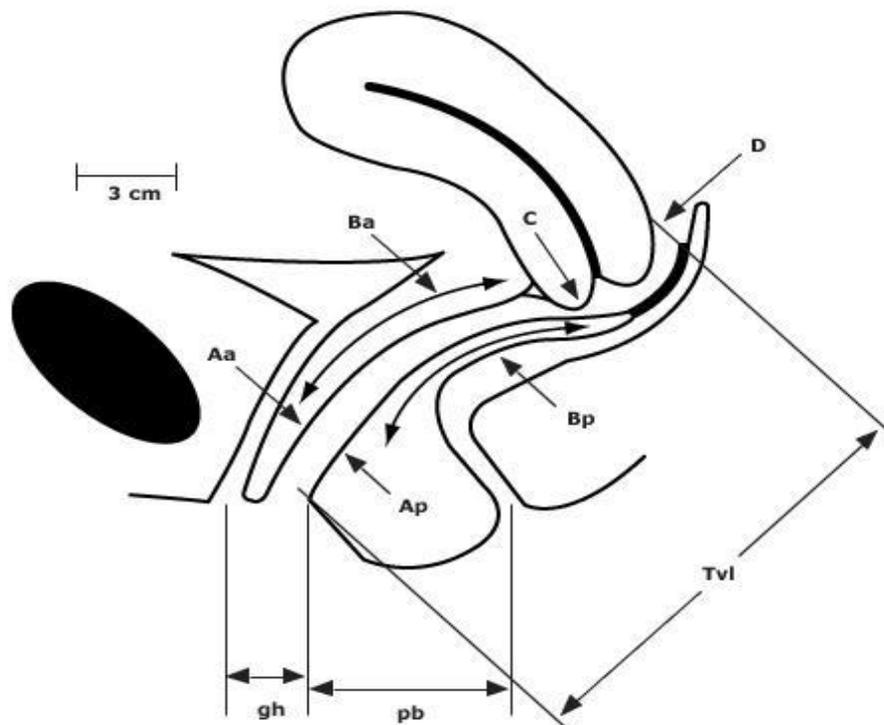


Ilustración 8: Diagrama sagital anatómico del sistema POP-Q ⁽⁴⁾

Puntos de pared vaginal anterior	Puntos superiores	Puntos de la pared vaginal posterior	Mediciones adicionales
Aa: En la línea media de la pared vaginal anterior, 3 cm proximal al meato uretral externo. El valor oscila entre -3 a +3 cm desde el himen.	C: borde más distal del cuello uterino o el borde anterior del manguito vaginal (poshisterectomizada)	Ap: situado en la línea media de la pared vaginal posterior, 3cm proximal al himen posterior. El valor oscila entre -3 a +3 cm desde el himen.	gh (Hiato genital) se mide desde la mitad del meato uretral externo hasta la línea media posterior el himen
Ba: Posición más distal entre el punto Aa y el fondo de saco vaginal anterior. Si no hay prolapso, el punto Ba mide -3 cm por definición, si esta posthisterectomizada Ba tendrá un valor positivo igual a la distancia entre el ápice vaginal y el himen (desde -3 hasta +3)	D: se mide solo en mujeres con cuello uterino, es el punto más profundo del fondo de saco posterior (fondo de saco de Douglas) y corresponde al lugar donde los ligamentos uterosacros se unen al cuello uterino posterior	Bp: Es la posición más distal de la pared vaginal posterior, si no hay prolapso, el punto Bp es -3cm por definición. En posthisterectomizadas tiene un valor positivo igual a la distancia entre el ápice vaginal y el himen (desde -3 hasta +3)	pb (cuerpo perineal) se mide desde el margen posterior del hiato genital hasta la abertura mediana
LVT: Longitud Vaginal Total se ha de medir una vez el prolapso este reducido			

Tabla 5: Puntos del sistema POP-Q (40)

Estadificación POP-Q (4):

- **Etapa 0:** Sin prolapso. Los puntos Aa, Ap, Ba y Bp miden -3 cm y el punto D (si hay útero) o C (posthisterectomía) es igual o casi igual a la longitud vaginal total (LVT) (-LVT en cm a - [LVT-2] en cm)
- **Etapa I:** La porción más distal del prolapso es mayor a 1 cm proximal al nivel del himen (es decir valores menores a -1 cm)
- **Etapa II:** La porción más distal del prolapso esta entre ≤ 1 cm proximal al himen y ≤ 1 cm distal al himen (es decir valores correspondientes a ≥ -1 cm a $\leq +1$ cm)
- **Etapa III:** La porción más distal del prolapso esta entre > 1 cm distal al himen, pero no más de 2 cm menor que la longitud vaginal total en centímetros ($> +1$ cm pero $< +[LVT-2]$ cm) (es decir el prolapso máximo esta mayor a 1 cm fuera del himen, pero es 2 cm menos que la máxima protrusión posible)
- **Etapa IV:** Eversión de la longitud vaginal total. La protrusión se extiende desde (LTV-2) cm o mas

Estadificación POP-Q simplificado (55):

- **Etapa 1** Prolapso donde el punto dado permanece 1 cm por lo menos encima del himen
- **Etapa 2** El punto dado desciende hasta el introito (zona desde 1cm por encima hasta 1cm por debajo del himen)
- **Etapa 3** El punto dado desciende más de 1 cm más allá de los restos del himen
- **Etapa 4** Eversión completa de la cúpula vaginal o procidencia uterina completa

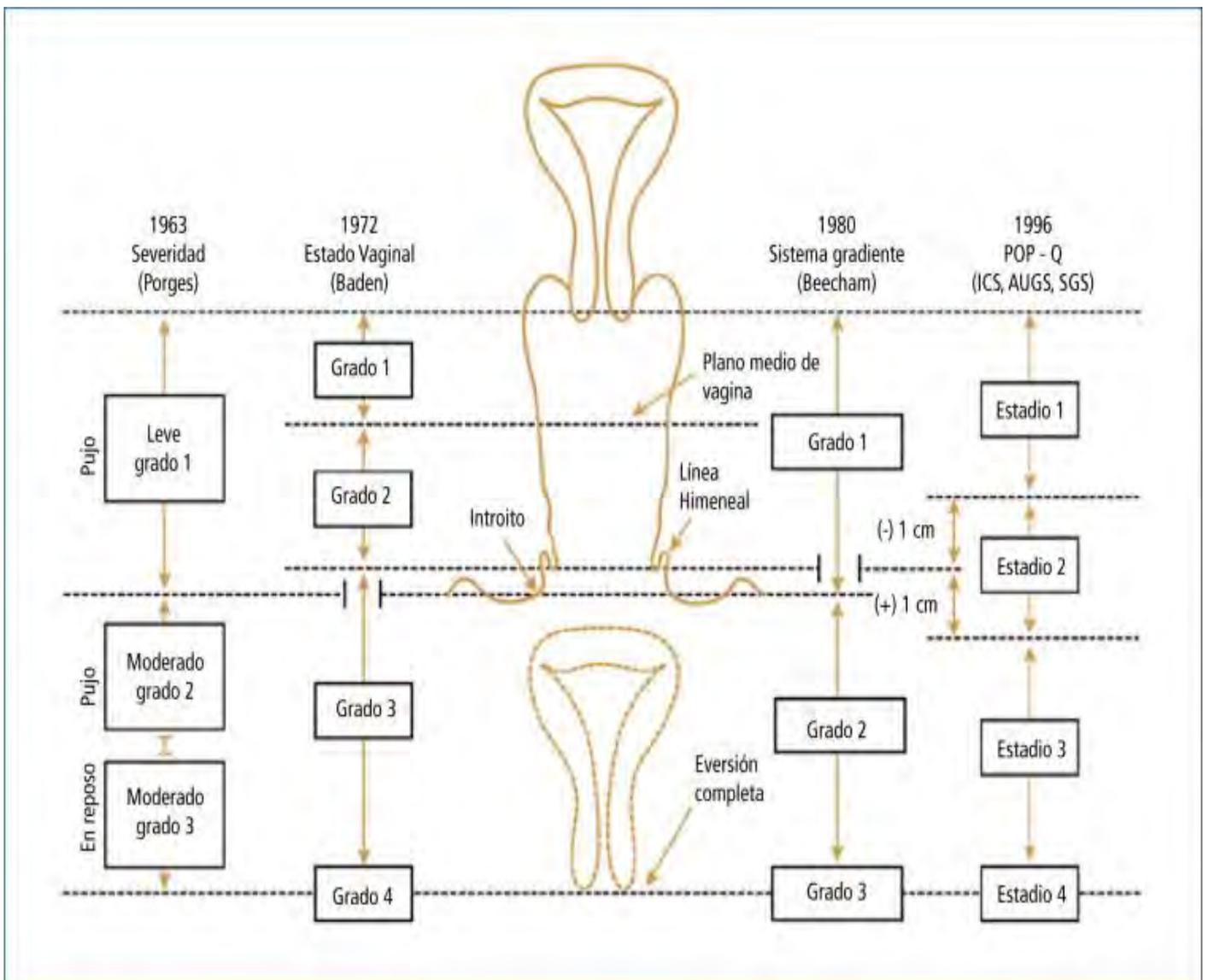


Ilustración 9: Modelos de clasificación de distopías genitales (58)

2.1.2.7. Tratamiento

2.1.2.7.1. Indicaciones

El tratamiento está indicado para mujeres sintomáticas o con afecciones asociadas (como alteración urinaria, intestinal o sexual). La obstrucción para orinar o defecar o inclusive la hidronefrosis son indicaciones para tratamiento, independientemente del grado de prolapso ⁽⁴⁾

2.1.2.7.2. Opciones del tratamiento

Las mujeres con prolapso sintomático pueden ser tributarias de recibir un tratamiento expectante o tratarse con terapia conservadora o quirúrgica. La elección de dicho tratamiento depende de las preferencias del paciente así como su apego al tratamiento ⁽⁴⁾.

- **Manejo expectante:** Opción viable en mujeres que soporten su cuadro clínico y prefieren evitar el tratamiento, aun así se sugiere una evaluación constante sobre todo en mujeres con distopias en estadio III o IV ⁽⁴⁾.
- **Manejo conservador:** Es la opción de primera línea para todas las mujeres con distopias genitales, debido a los riesgos inherentes del proceso quirúrgico, se busca eliminar o minimizar en su conjunto los factores de riesgo ⁽⁵⁵⁾.

Pesario vaginal: Se consolida como la base del tratamiento no quirúrgico, el pesario es un dispositivo de silicona que sostienen los órganos pélvicos. Se calcula que la mitad de las mujeres que utilizan un pesario continuaran usándolo en un plazo mediano de 2 a 3 años ⁽⁴⁾.

Los pesarios brindan soporte al defecto de las hernias vaginales, aumentan la longitud funcional de la uretra y mejoran el soporte uretral ayudando a solucionar los problemas urinarios en las disfunciones del piso pélvico ⁽⁴⁾.

- **Aplicaciones Clínicas ⁽⁴⁾:**

Manejo conservador elegido por la paciente

Presencia de comorbilidades que impidan el acto quirúrgico

Impedimento de cirugía por meses

Distopias recurrentes en los que el paciente ya no desee otra cirugía

Ulceras vaginales causadas por Distopias genitales

Distopias genitales en mujeres embarazadas

Deseo de tener hijos en el futuro (La reparación quirúrgica pierde efectividad en partos posteriores)

- **Contraindicaciones** ⁽⁴⁾:

Infección local (vaginitis o enfermedad pélvica inflamatoria)

Cuerpo extraño (malla vaginal)

Sensibilidad al látex (Como en el pesario Inflatoball)

Incapacidad de continuar el seguimiento medico

Mujeres sexualmente activas que no pueden quitarse y volver a colocarse el pesario

- **Uso**

Se prefiere usar pesarios de soporte en todas las etapas del prolapso de órgano pélvico; en cambio se usan los pesarios de relleno en prolapso avanzados (estadios III a IV) ⁽⁴⁾.

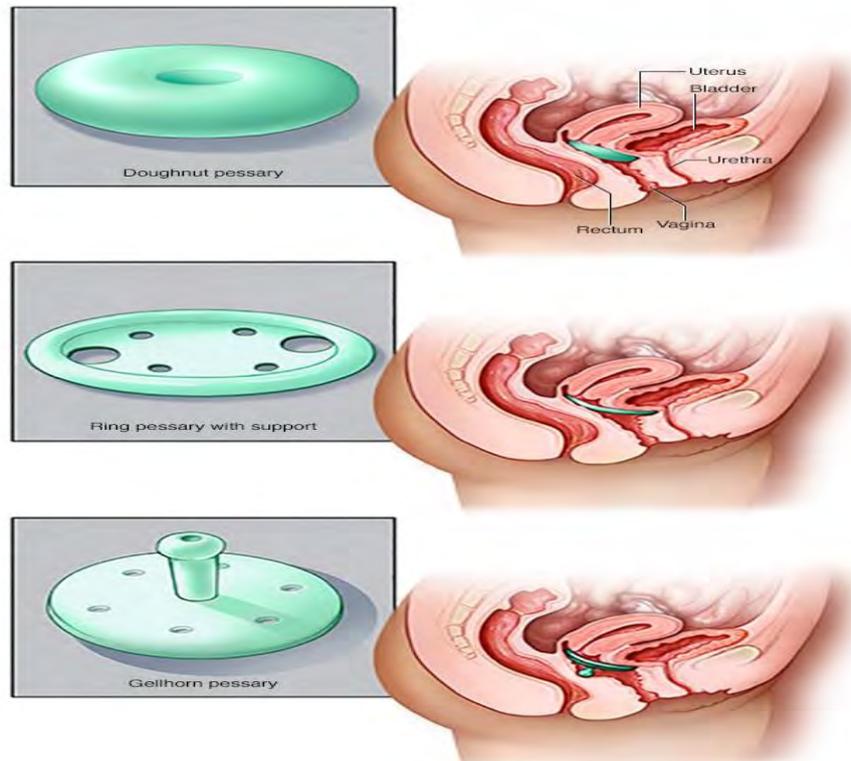


Ilustración 10: Tipos de Pesarios Arriba: pesario de soporte, Medio: Pesario de anillo, Inferior: pesario Gellhorn (59)

Ejercicios de los músculos del suelo pélvico: El entrenamiento de los músculos del piso pélvico dará lugar a mejoras del prolapso y de sus síntomas asociados, pero no reducen el prolapso si este está más allá del himen, se estima que estos ejercicios reducen el prolapso en promedio de 1 a 2 centímetros. Se prefiere usar esta terapia asociada a pesarios debido a su mejor efecto combinado, ya que al ayudar a solucionar los problemas uretrales y reforzar el complejo musculoligamentario se disminuyen los síntomas de bulto y de micción (55).

Terapia con estrógenos: No existen datos que respalden el uso de estrógenos sistémicos o tópicos como tratamiento primario de las distopias genitales. A pesar de que se ha informado que los estrógenos vaginales aumentan la generación de colágeno, aumentan el grosor de la pared vaginal y disminuyen la actividad de las enzimas degenerativas no hay estudios que correlacionen dichos hallazgos histológicos con resultados clínicos (55).

- **Manejo quirúrgico:**

Indicaciones

- **Prolapso sintomático:** la cirugía reconstructiva para las distopias genitales debe hacerse solo en mujeres que presente prolapso sintomático (presión pélvica, sensación de bulto vaginal, retención urinaria y dificultad para defecar) (55).
- **Pacientes con síntomas persistentes a pesar de la terapia conservadora:** El prolapso es un trastorno crónico y en última instancia muchas pacientes prefieren cirugía en vez de terapia conservadora, ya que la cirugía no requerirá seguimiento continuo (55).
- **Pacientes que han terminado su maternidad:** La mayoría de cirujanos recomiendan retrasar el procedimiento quirúrgico hasta que se complete la maternidad, debido a la acción del parto sobre el piso pélvico (55).
- **Pacientes jóvenes o adultos mayores:** Las pacientes jóvenes presentan un mayor riesgo de recurrencia pero menor riesgo de complicaciones quirúrgicas caso contrario con las mujeres mayores en las que hay menor recurrencia pero mayor tasa de complicaciones, por lo tanto se deja a evaluación del cirujano como debe proceder (55).

- **Individuos con obesidad:** especialmente para la colpopexia abdominal sacra (55).

Uso de mallas:

El uso de malla transvaginal aun es controvertido, en comparación con el uso de mallas transabdominales por lo que se prefiere usar en formato de kits de aplicación con el uso de un aplicador y un injerto. Las mallas sintéticas se dividen en absorbibles y no absorbibles, se prefiere usar la malla de polipropileno macroporoso tipo 1 en cirugías reconstructivas de prolapso de órganos pélvicos. (55)

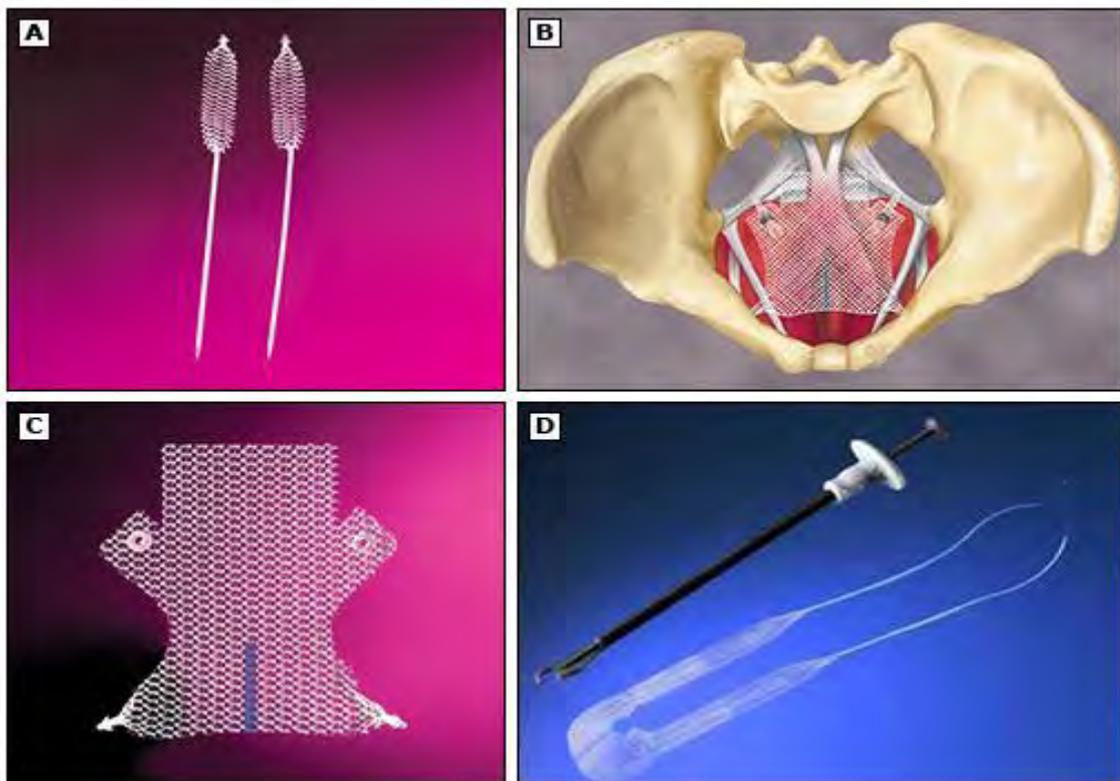


Ilustración 11: Tipos de Kits de colocación de Malla A-C: Defense; D:Uphold (60)

Procedimiento reconstructivo versus obliterativo:

La cirugía reconstructiva corrige quirúrgicamente el prolapso vaginal y restaura la anatomía normal, mientras que la cirugía obliterativa corrige el prolapso eliminando y/o cerrando una parte o en su totalidad el canal vaginal (colpoclesia o colpectomía); otra diferencia recae en la vía de abordaje vaginal para las obliterantes y vaginal o abdominal para las reconstructivas (4).

Se prefiere ampliamente la cirugía reconstructiva, las obliterantes se reservan para mujeres con comorbilidades que aumenten el riesgo de una cirugía más extensa o que no tendrán relaciones sexuales vaginales en el futuro ⁽⁴⁾.

Histerectomía concomitante

A menudo se realiza al momento de realizar la reparación del prolapso de órgano pélvico, se prefiere evaluar la preferencia de la paciente antes de tomar una decisión, y es de suma importancia esta evaluación sobre toda en prolapsos que afecten la cúpula vaginal ya que puede haber gran probabilidad de recurrencia (55).

Reparación concomitante de los prolapsos

La reparación de las distopías genitales a menudo requerirá la reparación de múltiples reparos anatómicos, la elección de la vía quirúrgica depende de esta decisión ya que se debe evaluar y elegir aquella en la que se podrá maniobrar mejor los sitios a r reparar. La reparación de prolapsos de pared de manera aislada ha demostrado menor eficacia que al momento de hacer la reparación apical conjunta ⁽⁴⁾.

Técnicas quirúrgicas reconstructivas del compartimento anterior ⁽⁴⁾

- **Colpoplastia anterior es la cirugía clásica:** Se sigue el siguiente orden
 - Colpotomía (extirpar la menor cantidad posible de vagina)
 - Disección de la fascia
 - Reparación de la fascia (una primera capa con plicatura y una segunda que es continua)
 - Sutura vaginal entrecortada o continua
- **Cirugía con mallas:** Por lo general para el cistocele, pero no existen indicaciones para su uso en el compartimento anterior
- **Cirugía de alteraciones paravaginales:** Como la desinserción del arco tendinoso (se espera su reparación mediante el uso de cirugía laparoscópica o por uso de mallas en vía vaginal)

Técnicas quirúrgicas reconstructivas del compartimento apical ⁽⁴⁾

- La **histerectomía vaginal es la cirugía de elección para prolapso uterino** se sigue el siguiente método
 - Exéresis uterina
 - Fijación de cúpula vaginal a los ligamentos cardinales
 - Corrección del saco herniario y del enterocele
- Si se desea preservar el útero se hará una **histeropexia**
- Si se desea preservar solo el cérvix uterino se hará una **cervicopexia** (como en la reparación de defectos apicales o en histerectomías subtotales)
- Si hay prolapso de cérvix como en la elongación cervical se puede hacer la **extirpación de cérvix** conocida como intervención de Manchester
- **Cirugía del prolapso de cúpula vaginal**
 - Vía abdominal o colposacropexia) se usará mallas para fijar la vagina al promontorio de preferencia por laparoscopia
 - Vía vaginal con fijación de la cúpula al ligamento sacroespinoso)

Técnicas quirúrgicas reconstructivas del compartimento posterior ⁽⁴⁾

- **Colpoplastia posterior**
 - **Colpotomía** seguida de disección del tabique rectovaginal
 - Reparación del tabique
 - **Perineorrafia** optativa en caso de reparación de desgarros

Complicaciones de la cirugía ⁽⁴⁾

- Infección urinaria
- Retención urinaria
- Infección de sitio operatorio
- Hematomas
- Lesiones urinarias, intestinales o neurológicas
- Dispareunia

- Dolor pélvico crónica

Recidiva tras cirugía de distopias genitales

No siempre la cirugía es definitiva, muchas veces se requerirá una nueva intervención, se han descrito diferentes factores de riesgo para recidivas como la edad (mujeres jóvenes), prolapso preoperatorio en estadios avanzados, IMC alto, lesión de músculos elevadores o antecedentes familiares de distopias genitales (55).

Técnica Quirúrgica	Objetivo	Indicación
Sacrocolpopexia Abdominal	Corregir prolapso superior	Mujeres con cistocele o enterocele
Suspensión hacia el ligamento sacroespinoso	Corregir prolapso superior	Conjuntamente con la histerectomía o en pacientes posthisterectomizadas con prolapso de cúpula
Fijación al ligamento sacroespinoso	Corregir prolapso superior	Conjuntamente con la histerectomía o en pacientes posthisterectomizadas con prolapso de cúpula
Colporrafia Anterior	Corregir prolapso anterior	Cistocele o uretrocele
Colporrafia posterior y perineoplastia	Corregir prolapso posterior	Rectocele o defectos del periné
Uso de malla sintética	Corregir prolapso anterior o superior	No recomendada de rutina

Tabla 6: Enfoques quirúrgicos de las distopías genitales (55)

Terapia con láser:

Los láseres de erbio (ER-YAG) y dióxido de carbono (CO2) se han constituido como un nuevo tratamiento no invasivo en ginecología para la IUE y POP leve a moderada, aunque actualmente su eficacia se limita a situaciones de baja dificultad para tratamiento, ya que nos e ha demostrado que tengan mayor beneficio en comparación con tratamientos quirúrgicos establecidos e incluso aún no se define que tipo de laser ha de usarse. (61)

2.2. Definición de términos básicos

- **Prolapso de Órganos Pélvicos:** Descenso anormal de los órganos pélvicos que desemboca en su protrusión más allá de sus límites normales (62).
- **Factores de Riesgo:** Factores asociados al desarrollo de una etapa crucial o decisiva de una enfermedad y que demuestren una relación causal con esta (63).
- **Obesidad:** Alteración en la cual el peso corporal está por encima del estándar recomendado. En función al Índice de Masa Corporal, un IMC mayor o igual a 30 kg/m² se considerara obeso (64).
- **Paridad:** Cantidad de prole que ha tenido la hembra de una especie (65).
- **Posmenopausia:** Periodo posterior a la suspensión permanente de la menstruación, considerada como una amenorrea mayor a 12 meses en mujeres mayores a 45 años ^(20, 21).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Los factores asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 son edad, procedencia, grado de instrucción, Estado nutricional, Antecedente de EPOC, paridad, desgarro vaginal severo durante el parto, Antecedente de episiotomía, histerectomía previa, periodo intergenésico corto, vía de parto y parto con feto macrosómico.

2.3.2. Hipótesis específicas

1. Los factores sociodemográficos asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 son edad, procedencia y grado de instrucción.
2. Los factores clínicos asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 son Estado nutricional, Antecedente de EPOC.
3. Los factores ginecoobstetricos asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 son paridad, desgarro vaginal severo durante el parto, Antecedente de episiotomía, histerectomía previa, periodo intergenésico corto, vía de parto y parto con feto macrosómico.

2.4. Variables

2.4.1. Variables Involucradas

2.4.1.1. Variable dependiente

Distopias Genitales

2.4.1.2. Variable independientes

Factores de riesgo

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

- Edad
- Procedencia

FACTORES CLINICOS

- Estado nutricional
- Antecedente de EPOC

FACTORES GINECOOBSTETRICOS

- Paridad
- Desgarro vaginal severo durante el parto
- Histerectomía previa
- Episiotomía durante el parto
- Periodo intergenésico corto
- Vía de parto
- Parto con feto macrosómico

2.4.2. Variables No Involucradas

Grado de Distopia Genital

2.5. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones Dominios	Indicadores	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de la variable
Distopias Genitales	Descenso anormal de los órganos pélvicos que desemboca en su protrusión más allá de sus límites normales (62)	Distopias Genitales en mujeres postmenopáusicas		Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	La paciente presenta distopias genitales: a) Si b) No	1	La variable distopias genitales estará expresada con "Si", cuando una paciente postmenopáusica consigne un examen físico y/o imagenológico concordante con el diagnóstico de prolapso genital independientemente de su estadio (I-IV); caso contrario "No"
Factores de riesgo asociados	Factores asociados al desarrollo de una etapa crucial o decisiva de una enfermedad (63)	FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Edad	Cuantitativa	De razón	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Edad cronológica al momento de la evaluación expresada en años.	2	La variable edad esta expresada en años de acuerdo a la edad cronológica consignada en la historia clínica
			Procedencia	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Lugar de donde procede la paciente: : a) Urbano b) Rural	3	La variable procedencia esta expresada en función del espacio físico donde reside la paciente; estará expresada con rural si la paciente consignada en la historia clínica vive en un espacio geográfico cuya población es menor a 2500 personas; caso contrario será consignada como rural . (68)
			Grado de Instrucción	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información	Nivel de formación académica alcanzada por la paciente: a) Analfabeta	4	La variable grado de instrucción esta expresada en función del nivel de instrucción

						consignada en las historias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> b) Primaria c) Secundaria d) Superior 		que ostenta la paciente consignada en la historia clínica
		FACTORES CLINICOS	Estado nutricional	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Índice de Masa corporal de la paciente <ul style="list-style-type: none"> a) Obesidad b) Sobrepeso c) Peso adecuado 	5	La variable diagnóstico nutricional esta expresada con "Obesidad", cuando la paciente presente un IMC mayor o igual a 30 kg/m ² ; "Sobrepeso" cuando la paciente presente un IMC entre 25 y 29.9 kg/m ² y Peso Adecuado cuando el IMC este entre 18 y 24.9 kg/m ²
			Antecedente de EPOC	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Antecedente de EPOC <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No 	6	La variable antecedente de EPOC esta expresada con "Si", cuando la paciente consigno un antecedente de estar o haber cursado con una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica como diagnóstico previo, caso contrario "No"
		FACTORES GINECOOBSTETRICOS	Paridad	Cuantitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas, se obtendrá de la	Número de partos de la paciente: <ul style="list-style-type: none"> a) Primípara b) Multípara 	7	La variable paridad , se expresara con "Primípara"; si la paciente tiene un solo parto, y con "Multípara" si tiene 2 o más partos

						formula obstétrica de cada paciente			
			Desgarro vaginal severo durante el parto	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Antecedente de desgarro vaginal durante el parto a) Si b) No	8	La variable desgarro vaginal durante el parto esta expresada con "Si", cuando la paciente presento algún antecedente de trauma perineal grado III o IV en algún parto previo, caso contrario "No"
			Antecedente de episiotomía	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Antecedente de episiotomía c) Si d) No	9	La variable Antecedente de episiotomía esta expresada con "Si", cuando la paciente presento algún antecedente de corte perineal obstétrico en algún parto previo con la finalidad de ayudar durante el trabajo de parto; caso contrario "No"

			Histerectomía Previa	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Antecedente de histerectomía a) Si b) No	10	La variable histerectomía previa esta expresada con "Si", cuando la paciente tuvo un antecedente quirúrgico de extracción de útero y/o anexos, pudiendo ser total o parcial; caso contrario "No"
			Periodo Intergenésico Corto	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Antecedente de periodo intergenésico corto a) Si b) No	11	La variable periodo intergenésico corto esta expresada con "Si", cuando la paciente tuvo un periodo intergenésico menor a 24 meses; caso contrario "No"
			Vía de parto	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Vía de culminación del último parto de la paciente a) Cesárea b) Vaginal	12	La variable vía de parto esta expresada con "Cesárea", cuando el ultimo parto de la paciente tuvo una culminación por cesárea; y se expresara con "Vaginal" si el ultimo parto de la paciente tuvo una culminación por vía vaginal
			Parto con feto macrosómico	Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Antecedente de parto con feto macrosómico a) Si b) No	13	La variable parto con feto macrosómico esta expresada con "Si", cuando la paciente tuvo un parto con un feto que superaba los 4 kilogramos de peso; caso contrario "No"

Grado de Distopias Genitales	Clasificación del descenso patológico de un órgano pélvico más allá de sus límites normales (56,62)	Tipo de distopias genitales		Cualitativa	Nominal	Por medio de la ficha de recolección de datos, obtenidos a partir de la información consignada en las historias clínicas	Grado de distopia genital que presento la paciente: a) I b) II c) III d) IV	14	La variable grado de distopias genitales estará consignada en base al diagnóstico derivado de la clasificación POP-Q aplicada al caso particular de cada paciente.
------------------------------	---	-----------------------------	--	-------------	---------	--	---	----	---

CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

Analítico: Sampieri establece que la finalidad de estos estudios es establecer una relación causal entre dos fenómenos observables en el entorno. Para constatar dicha relación, se ha de medir cada una de los fenómenos, posteriormente se analizarán en conjunto para establecer conexiones entre éstas (20).

Se opta por realizar un estudio analítico debido a que se estudiaran los diversos grupos de factores para buscar una asociación entre estos y el desarrollo de distopias genitales.

3.2. Diseño de la investigación

Retrospectivo: Sampieri define este tipo de estudios como aquellos en los que el fenómeno de estudio ya ocurrió y analiza los factores que se desarrollaron previos a la exposición (20).

Este estudio busca determinar cuáles fueron los factores que incidieron en el desarrollo de distopías genitales, pero considerando que dichos factores ya sucedieron previo a la aparición de la enfermedad, por lo tanto estos factores están consignados en el registro médico.

Observacional: Sampieri establece que los estudios de tipo observacional son aquellos en los que no hay manipulación intencionada de las variables y en los que solo se limita a observar las variables para describir su comportamiento (20).

Nuestro estudio es de tipo observacional ya que no existirá manipulación ni se ejercerá un control directo sobre dichos factores, por lo tanto se limitara a describir y analizar cuáles fueron los factores que intervinieron en la aparición de la enfermedad y no tendrá control directo sobre las mismas.

Casos y controles: Pino Gotuzzo establece que en este tipo de estudios existen 2 grupos de investigación, un grupo de individuos que tienen la enfermedad conocido como casos y otro grupo de individuos que no posee dicha enfermedad, catalogados como controles. Y que se buscara investigar la asociación de factores con el desarrollo de la enfermedad en base a la comparación entre ambos grupos (69).

La presente investigación presenta un diseño tipo casos y controles, debido a que se establecerá y compara 2 grupos de individuos, tanto los casos (mujeres postmenopáusicas con distopias genitales) y controles (mujeres postmenopáusicas

sin distopías genitales) y se buscaran los factores asociados mediante la comparación de ambos grupos.

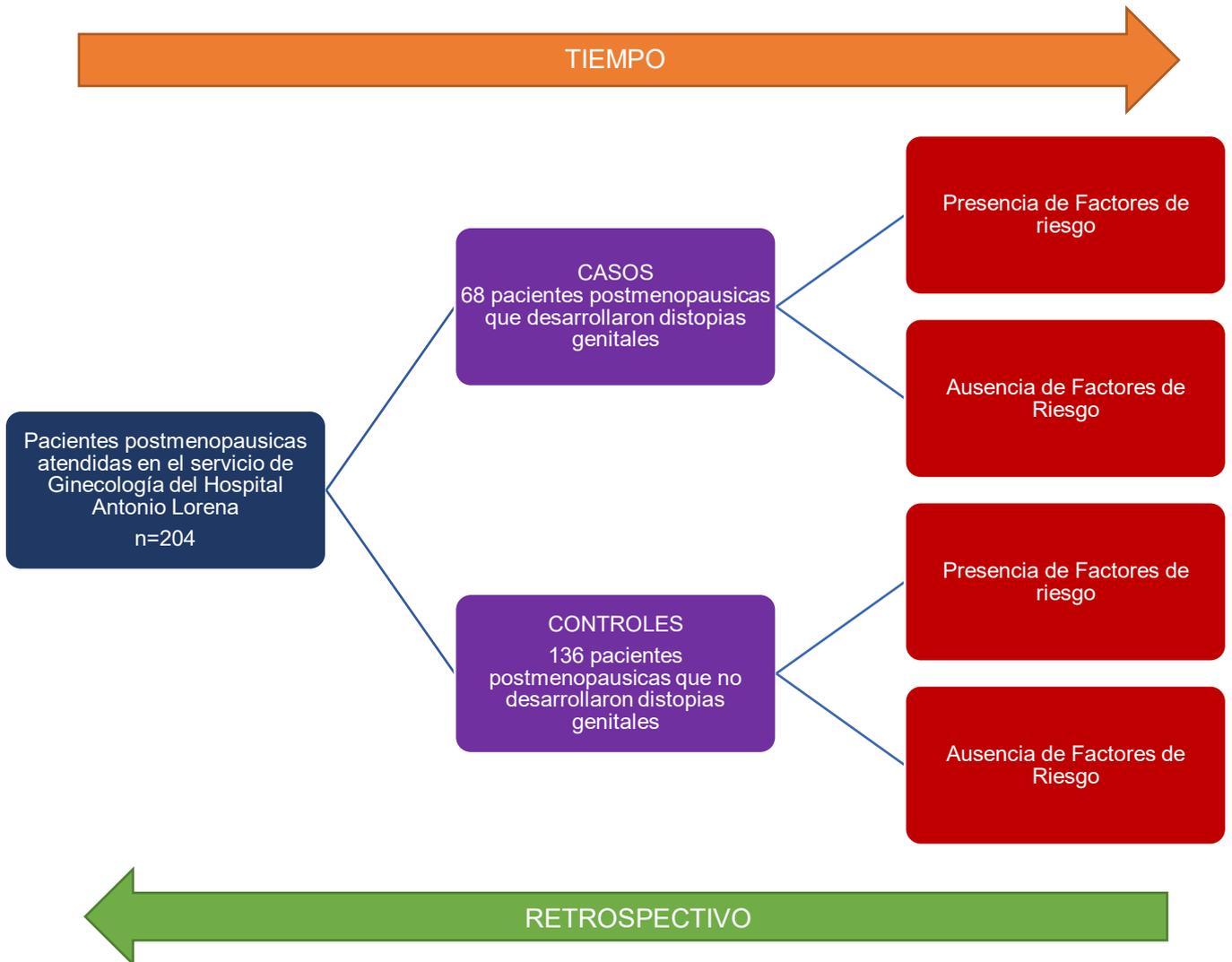


Ilustración 12. Esquema de diseño de investigación (Elaboración propia)

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Descripción de la población

Universo: Constituido por pacientes postmenopáusicas (con dicha condición consignada en la historia clínica), atendidas en el servicio de hospitalización de Ginecoobstetricia en el Hospital Antonio Lorena que fueron atendidas en el periodo de 2020 a 2023

Población de estudio: Todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión del estudio (N=204).

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1 Criterios de inclusión

- **Grupo Caso**

- Historias clínicas completas de pacientes postmenopáusicas con diagnóstico de distopia genital del servicio de Ginecoobstetricia que fueron atendidas en el periodo 2020-2023 en el Hospital Antonio Lorena.

- **Grupo Control**

- Historias clínicas completas de pacientes postmenopáusicas que no desarrollaron distopias genitales que fueron atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia en el periodo 2020-2023 en el Hospital Antonio Lorena.

3.3.2.2. Criterios de exclusión (Casos y Controles)

- Pacientes con antecedentes de cáncer de órgano pélvico
- Pacientes nulíparas

3.3.3. Tamaño de muestra y métodos de muestreo

3.3.3.1. Tamaño de muestra

Para obtener el tamaño muestral se utilizaron datos de un estudio realizado en Lima en el año 2020 titulado “Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de Enero - Diciembre 2018”, publicado en la revista materno perinatal que encontró asociación con la edad y números de hijos (5).

[16] Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	87,000%
Proporción de controles expuestos:	64,335%
Odds ratio a detectar:	3,710
Número de controles por caso:	2
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
95,0	68	136	204

Ilustración 13: Tamaño muestral en base a estudio de referencia, EpiDat 4.2

Nivel de confianza: 95%

Potencia (precisión relativa): 95%

Proporción de controles por caso: 2

Odds Ratio: 3.71

Resultado: Se obtuvo una muestra que comprendió 68 casos y 136 controles según el tamaño de muestra calculado por Epidat 4.2, según el artículo consultado (5).

Este cálculo cuenta con corrección de continuidad por Yates, donde los resultados obtenidos se redondean por el entero más cercano. (70)

3.3.3.2. Métodos de muestreo

Se seleccionara a las participantes de los grupos de caso y control según la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple (71), dicha técnica permitirá seleccionar las historias clínicas de las pacientes que se atienden en el Hospital Antonio Lorena durante el periodo 2020 a 2023, donde todas las pacientes tendrán las mismas probabilidades de ser elegibles, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada será la revisión de las historias clínicas de las pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión en los grupos casos y controles.

Para identificar dichos grupos se empleara el registro estadístico del Hospital Antonio Lorena agrupándolos mediante la clasificación CIE 10 ⁽¹⁾.

N81: Prolapso Genital Femenino

3.4.2. Instrumento de recolección de datos

Se elaboro un cuestionario de recolección de datos que previamente a su aplicación fue revisado y conto con la aprobación de un grupo de expertos del tema.

El formulario contara con 3 partes:

Pregunta 1: En función de la variable dependiente (Distopias Genitales)

Preguntas 2 a 13 : En función de la variable independiente (Factores Asociados)

Pregunta 14: En función de la variable no involucrada (Tipo de Distopias Genitales)

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos

- Se realizó la elaboración del protocolo de investigación
- Se solicitó la revisión del proyecto de tesis por parte del jurado A y la respectiva aprobación tanto al 50%
- Se realizó la validación de la ficha de recolección de datos por parte de 05 expertos en el área de Ginecología y Obstetricia, de modo que el instrumento quedo validado para poder ser utilizado en el trabajo de investigación.
- Se solicitó la aprobación y autorización por parte del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco, la oficina de capacitación y la jefatura del departamento de ginecología para la correcta realización del proyecto de investigación.
- Posteriormente se procedió a la revisión de historias clínicas para conseguir los datos consignados en el instrumento de recolección de datos.
- Se realizó la revisión de las historias clínicas para buscar pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión solicitados por el estudio; se consignaron los datos obtenidos en la hoja de recolección de datos.
- Se tomó en cuenta los datos consignados en la ficha de recolección de datos para formar los grupos casos y control
- A partir de los resultados obtenidos en los grupos se procedió a realizar el análisis estadístico correspondiente, asociando cada una de las variables con los respectivos grupos para su análisis y búsqueda de asociación.
- Se solicitó la evaluación al 100% por parte de jurado A
- Con el dictamen favorable por parte del jurado A, se solicitó la revisión de la tesis por parte del jurado B.

3.5. Plan de análisis de datos

Los datos estadísticos obtenidos de las fichas de recolección fueron consignados en el programa Excel 2019, para posteriormente procesarlo en el programa SPSS 20, de donde se obtendrán los resultados en función de los objetivos planteados.

3.5.1. Análisis Univariado

Las variables cuantitativas se describieron con promedios y desviaciones estándar y las variables cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes.

3.5.2. Análisis Bivariado

En el presente estudio se evaluó si existe asociación entre diversos factores sociodemográficos y gineco obstétricos y la ocurrencia de prolapso de órganos pélvicos, por lo tanto utilizamos la prueba chi cuadrado. Además al ser un estudio casos y controles, se calculó el Odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza. En los contrastes de hipótesis se consideró asociaciones significativas si existe menos del 5% ($p < 0.05$) de posibilidad de equivocarse.

Factores de Riesgo	Distopias Genitales		Total
	Si	No	
Si	a	b	a + b
No	c	d	c + d
	a + c	b + d	

Tabla 7: Representación de la tabla tetracórica a utilizar en el análisis bivariado

Odds Ratio: $a \times d / b \times c$

Interpretación del Odds Ratio:

OR=1; no es factor de riesgo ni factor protector

OR mayor a 1 y p menor a 0.05; se considerara factor de riesgo

OR menor a 1 y p menor a 0.05; se considerara factor protector

3.5.3. Análisis Multivariado

Al encontrarse asociaciones con múltiples variables, se optó por utilizar un método de regresión logística multivariado, en el que las variables participantes fueron incluidas en función del criterio estadístico ($p < 0.05$), para finalmente ser expresadas mediante Odds Ratio Ajustados

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

Se revisaron 204 historias clínicas de pacientes postmenopáusicas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco durante el periodo 2020-2023, se excluyeron un total de 35 por no cumplir los criterios de inclusión y exclusión del estudio; obteniendo un total de 204 sujetos de estudio, de los cuales el 33% tuvieron un diagnóstico concordante con una distopia genital.

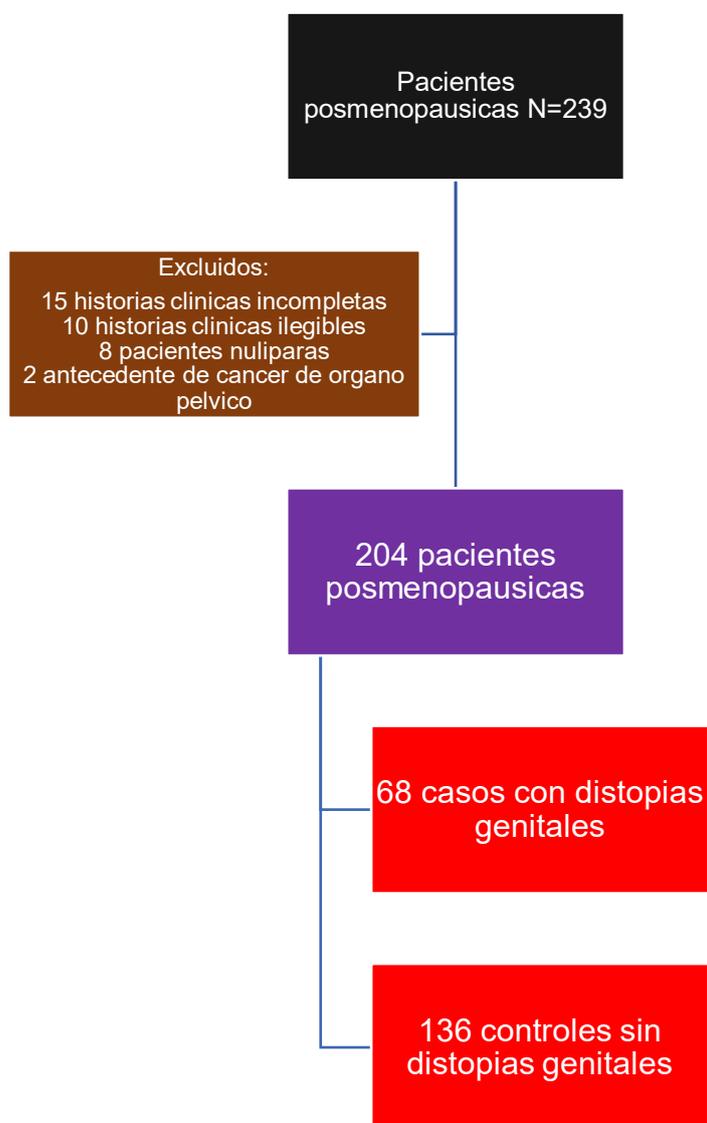


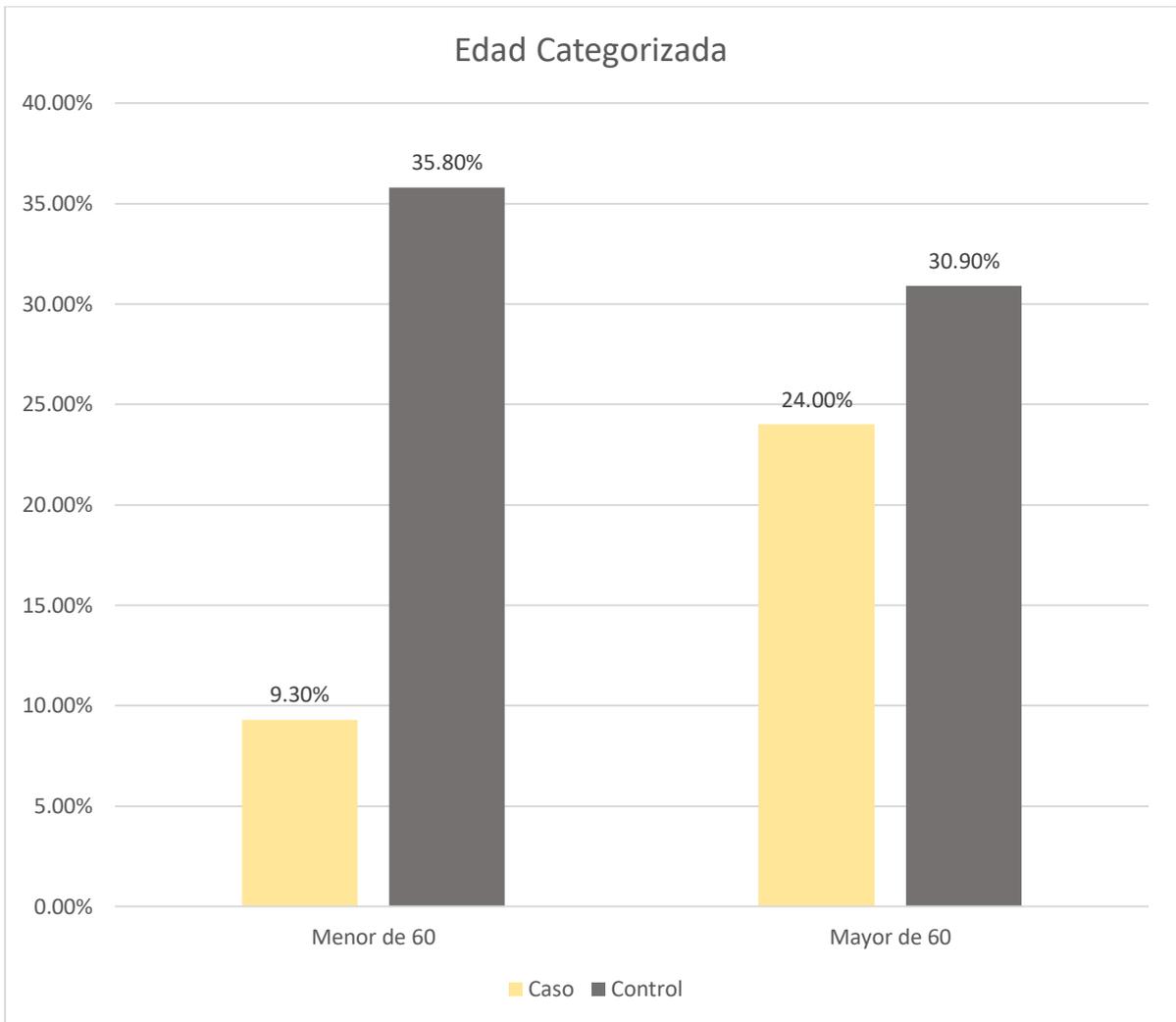
Ilustración 14: Diagrama de Flujo de la revisión de historias y selección de casos

4.1.1. Análisis Univariado

Tabla 8: Características sociodemográficas de las pacientes posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Variables	Caso	Control	Total
Edad, mediana (RIQ), años	65 (46-75)	59 (47-74)	61 (46-74)
Edad, categorizada, n (%)			
Menor de 60 años	19 (9.3)	73 (35.8)	92 (45.1)
Mayor igual de 60 años	49 (24)	63 (30.9)	112 (54.9)
Procedencia, n (%)			
Urbano	18 (8.8)	64 (31.4)	82 (40.2)
Rural	50 (24.5)	72 (35.3)	122 (59.8)
Grado de Instrucción, n (%)			
Analfabeta	4 (1.96)	14 (6.86)	18 (8.82)
Primaria	21 (10.29)	39 (19.12)	60 (29.41)
Secundaria	33 (16.18.)	65 (31.96)	98 (48.04)
Superior	10 (4.9)	18 (8.82)	28 (13.73)

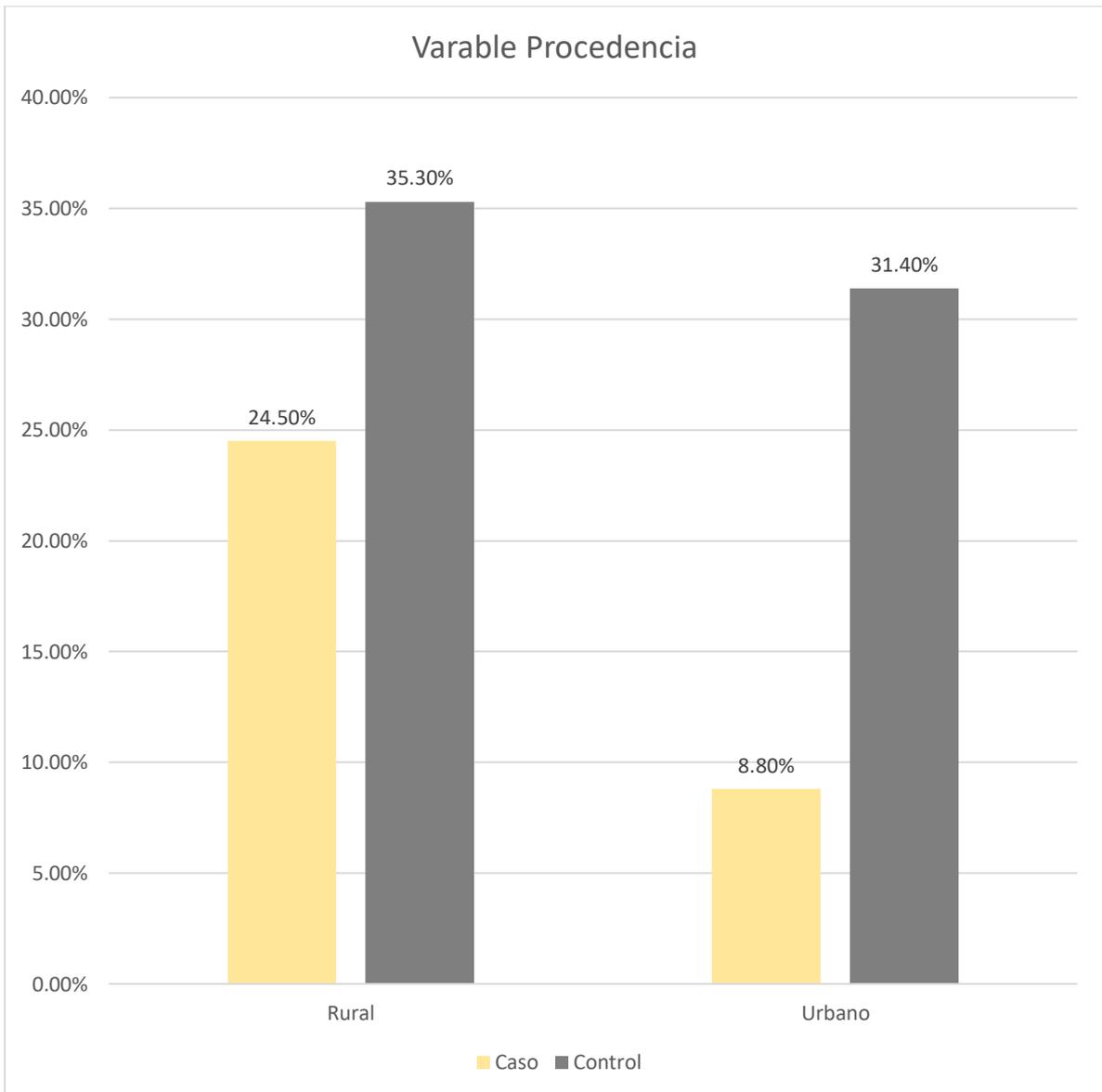
Ilustración 15 : Distribución porcentual de la variable Edad según el grupo estudiado



Análisis:

La variable edad, posee una distribución no normal, por lo que se halló una mediana de 61 años en un rango intercuartil de 46 a 74 años; dicha variable se categorizó tomando como punto de corte 60 años (como en los antecedentes teóricos del estudio); encontrándose que en las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales: 19 (9.3%) fueron menores de 60 años y 49 (24%) fueron mayores de 60 años; mientras que en el grupo control se halló: 73 (35.8%) mujeres posmenopáusicas menores de 60 años y 63 (30.9%) mujeres posmenopáusicas mayores de 60 años.

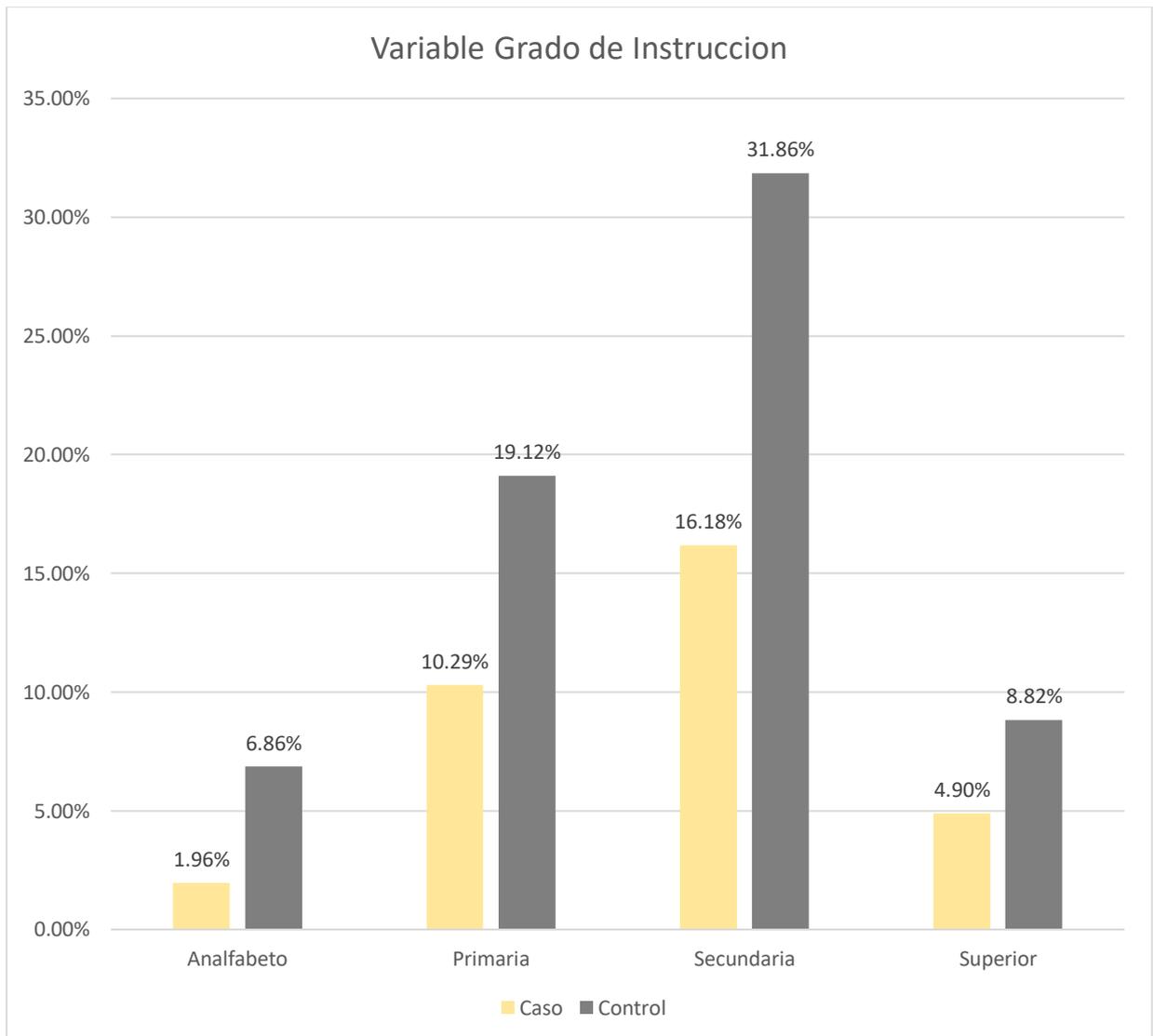
Ilustración 16: Distribución porcentual de la variable Procedencia según el grupo estudiado



Análisis

En el estudio de la variable procedencia, se encontró que de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales: 50 (24.5) procedieron de las zonas rurales, mientras que 18 (8.8%) provinieron de entornos urbanos, en contraposición, en el grupo control 72 (35.3%) pacientes eran de zona rural y 64 (31.4%) bebían de zonas urbanas.

Ilustración 17 : Distribución porcentual de la variable Grado de Instrucción según el grupo estudiado



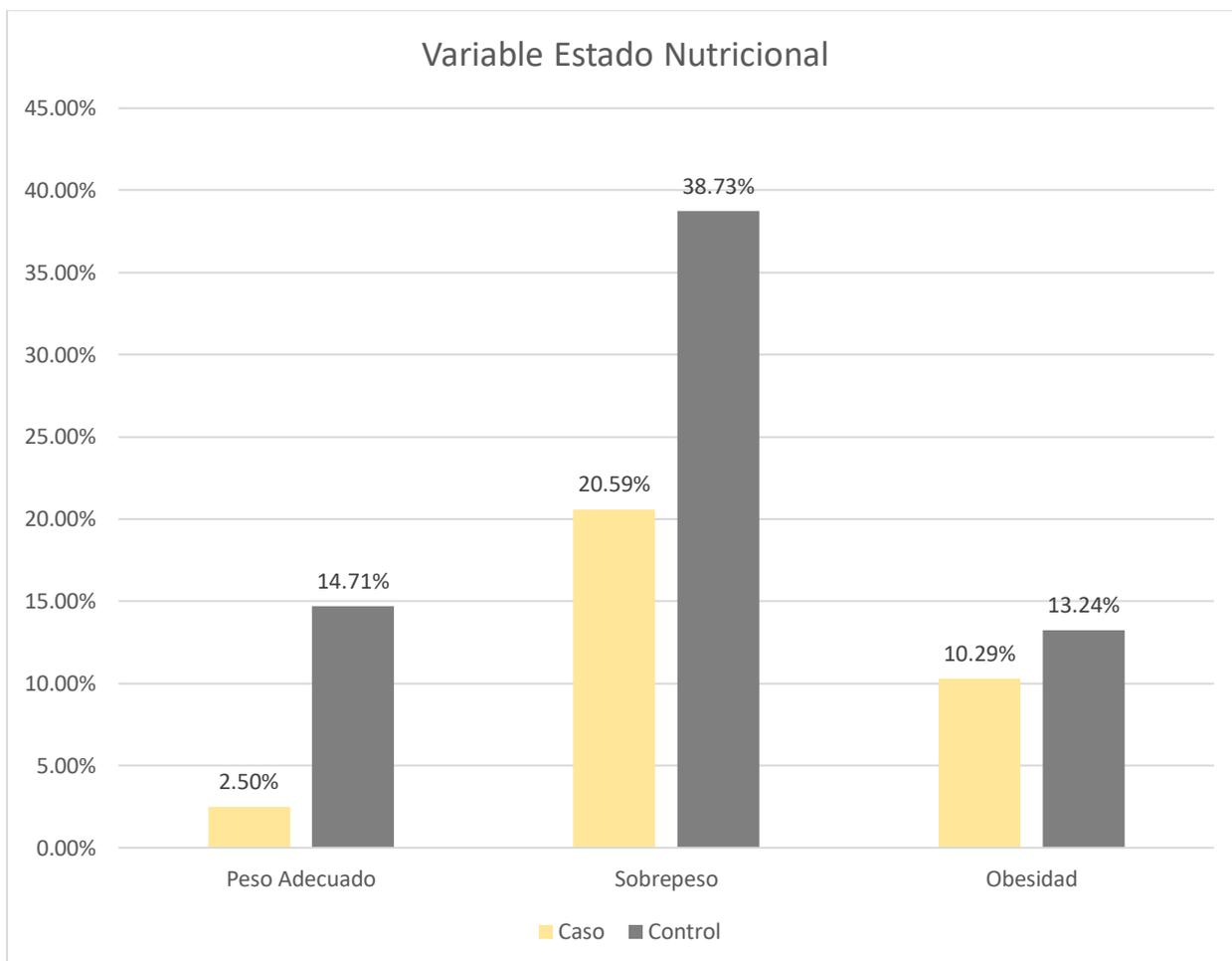
Análisis

La variable grado de instrucción se categoriza de acuerdo al grado de instrucción académica alcanzada por la paciente, en el estudio se encontró que de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales la mayoría tuvieron un nivel de educación Secundaria: 33 (16.18%), seguido de Primaria 21 (10.29%), Superior 10 (4.9%) y por ultimo Analfabeto 4 (1.96%); mientras que en grupo control: se encontró que la mayoría tuvieron un nivel de educación Secundaria 65 (31.86%), seguido de Primaria 39 (19.12%), Superior 18 (8.82%) y por ultimo Analfabeto 14 (6.86%).

Tabla 9: Características clínicas de las pacientes posmenopáusicas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Variables	Caso	Control	Total
Estado nutricional, n (%)			
Peso adecuado	5 (2.45)	30 (14.71)	35 (17.16)
Sobrepeso	42 (20.59)	79 (38.73)	121 (59.31)
Obesidad	21 (10.29)	27 (13.24)	48 (23.53)
Antecedente de EPOC, n(%)			
Si	5 (2.5)	8 (3.9)	13 (6.4)
No	63 (30.9)	128 (62.7)	191 (93.6)

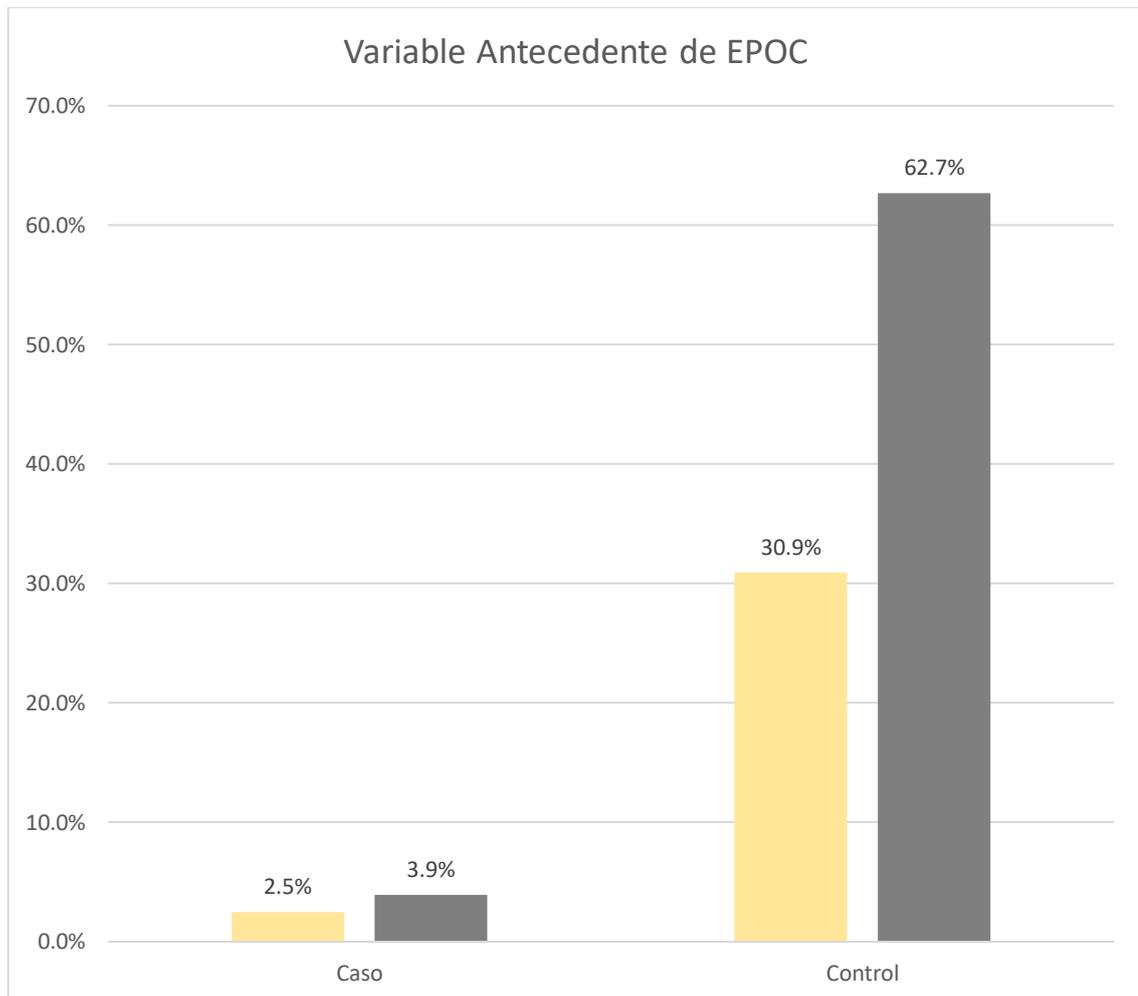
Ilustración 18: Distribución porcentual de la variable estado nutricional según el grupo de estudio



Análisis

La variable Estado nutricional se categoriza de acuerdo al IMC que presente la paciente, en el estudio se encontró que de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales la mayoría cursaron con sobrepeso 42 (20.59%), seguido de Obesidad 21 (10.29%) y por ultimo Peso adecuado 5 (2.45%); mientras que en grupo control: se encontró que la mayoría tuvieron sobrepeso 79 (38.73%), seguido de Peso adecuado 30 (13.24%) y por ultimo Obesidad 27 (15.38%).

Ilustración 19: Distribución porcentual de la variable antecedente de EPOC según el grupo estudiado



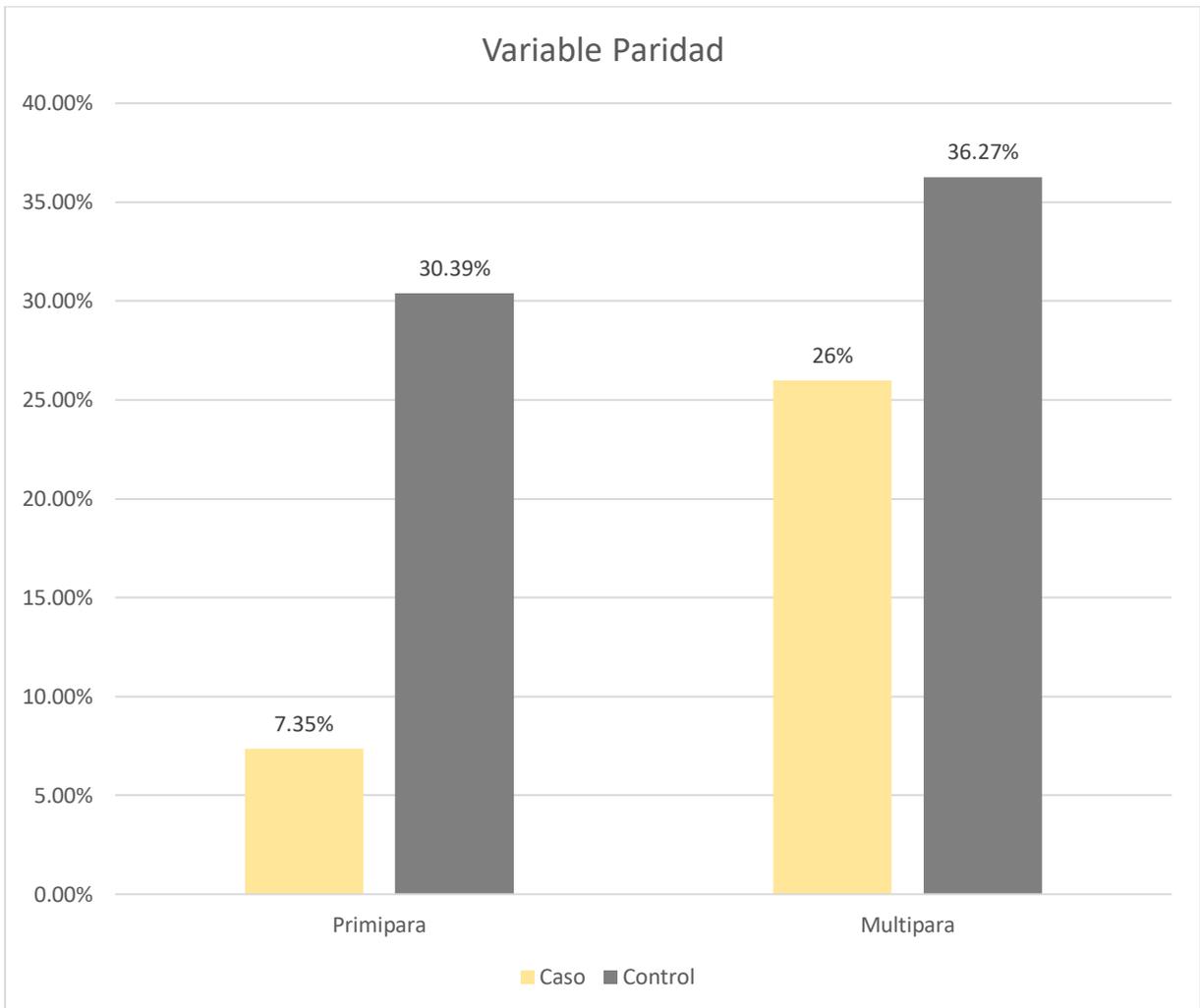
Análisis

En el estudio de la variable antecedente de EPOC, se encontraron que en el grupo de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales, 5 (2.5%) presentaron antecedente de EPOC, mientras que 63 (30.9%) no presentaron dicho antecedente; en contraposición, en el grupo control 8 (3.9%) pacientes tenían antecedente de EPOC y 128 (62.7%) carecían de dicho antecedente.

Tabla 10: Características ginecoobstetricas de las pacientes posmenopáusicas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Variables	Caso	Control	Total
Paridad, n (%)			
Primípara	15 (7.35)	62 (30.39)	77 (37.74)
Múltipara	53 (26)	74 (36.27)	127 (62.27)
Desgarro vaginal severo durante el parto, n(%)			
Si	45 (22.06)	75 (36.76)	120 (58.82)
No	23 (11.27)	61 (29.9)	84 (41.17)
Histerectomía Previa, n(%)			
Si	17 (8.33)	25 (12.25)	42 (20.58)
No	51 (25)	111 (54.41)	162 (79.41)
Episiotomía durante el parto, n(%)			
Si	41 (20.1)	59 (28.92)	100 (49.02)
No	27 (13.23)	77 (37.75)	104 (50.98)
Periodo Intergenésico Corto, n(%)			
Si	51 (25)	70 (34.3)	121 (59.3)
No	17 (8.3)	66 (32.4)	83 (40.7)
Vía de Parto, n(%)			
Vaginal	57 (27.94)	90 (44.12)	147 (72.06)
Cesárea	11 (5.39)	46 (22.55)	57 (27.94)
Parto con feto macrosómico, n(%)			
Si	39 (19.12)	37 (18.13)	76 (37.25)
No	29 (14.22)	99 (48.53)	128 (62.75)

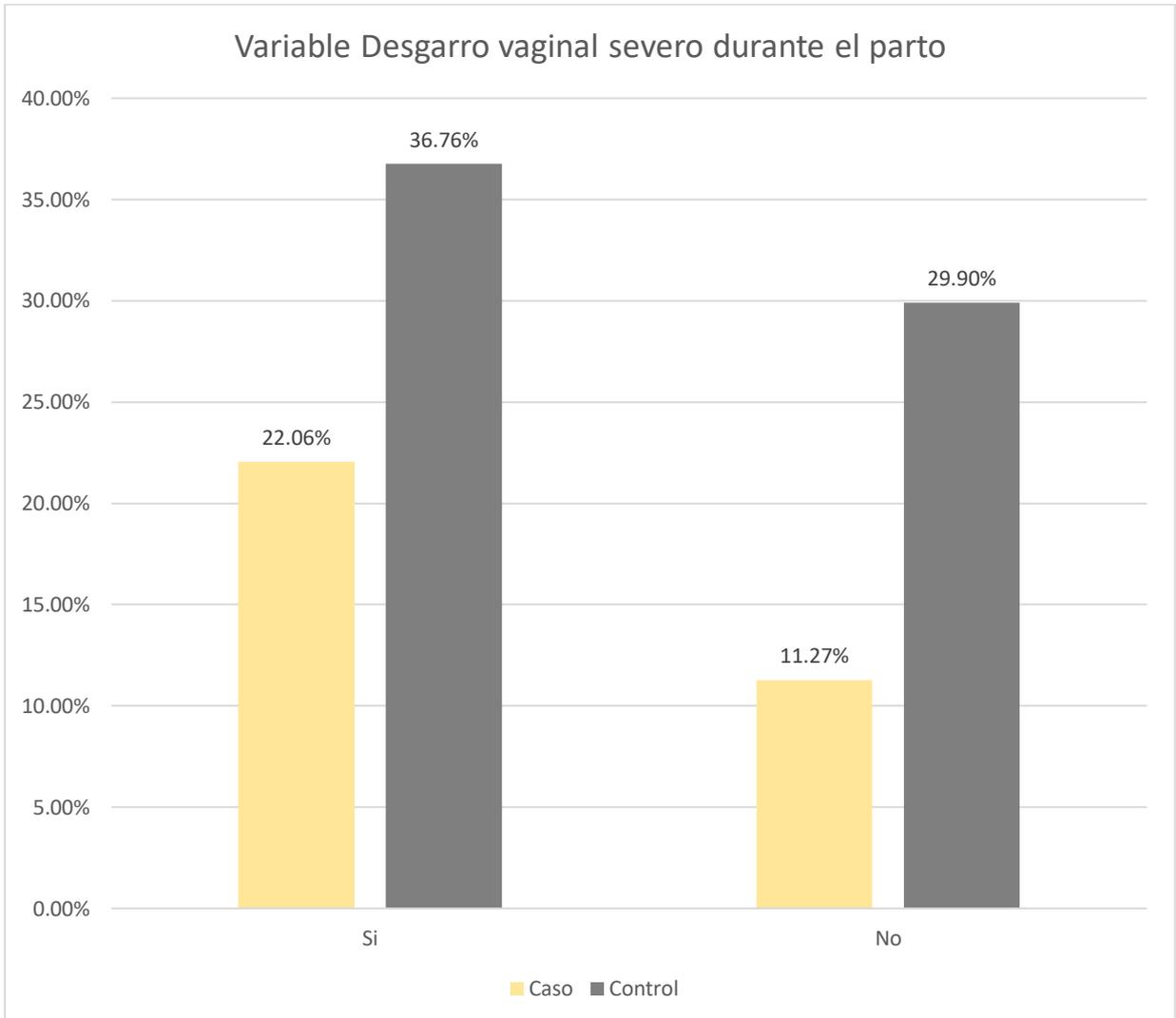
Ilustración 20: Distribucion porcentual de la variable Paridad según el grupo estudiado



Análisis

La variable paridad, se categorizo en primípara (solo con 1 parto) y en múltipara (si tiene 2 o más partos) y en el análisis respectivo se encontró que en el grupo de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales, 15 (7.35%) fueron primíparas mientras que 53 (26%) fueron múltiparas; en contraposición, en el grupo control 62 (30.39%) pacientes fueron primíparas y 74 (36.27%) tuvieron más de un hijo (múltiparas)

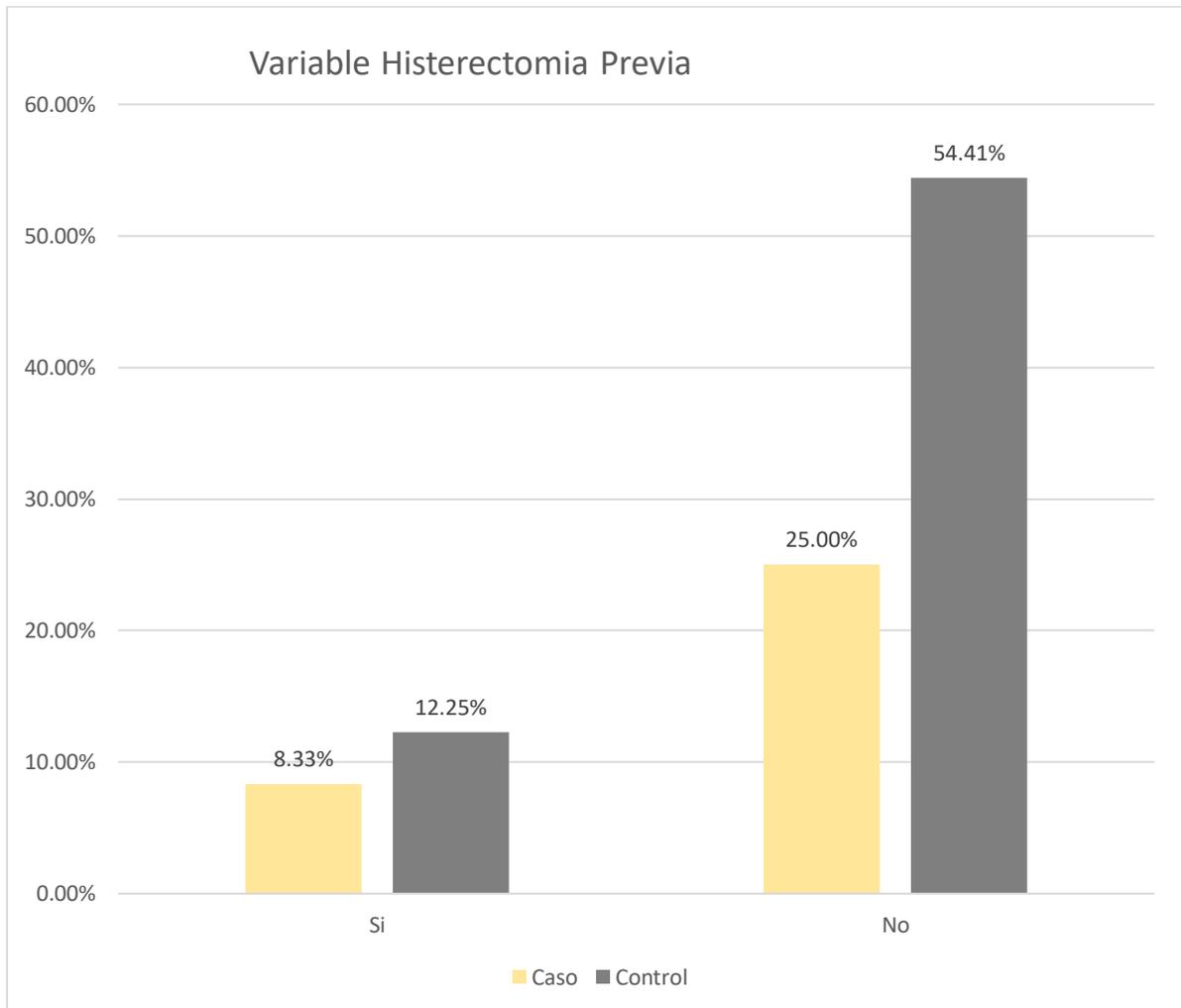
Ilustración 21: Distribución porcentual de la variable Desgarro vaginal severo durante el parto según el grupo estudiado



Análisis

En el estudio de la variable Variable Desgarro vaginal severo durante el parto, se categorizo en función de si es que la paciente tuvo un antecedente de desgarro vaginal grado III o IV, se encontró que en el grupo de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales, 45 (22.06%) presentaron antecedente de desgarro vaginal, mientras que 23 (11.27%) no presentaron dicho antecedente; en contraposición, en el grupo control 75 (36.76%) pacientes tenían antecedente de desgarro y 61 (29.9%) carecían de este antecedente.

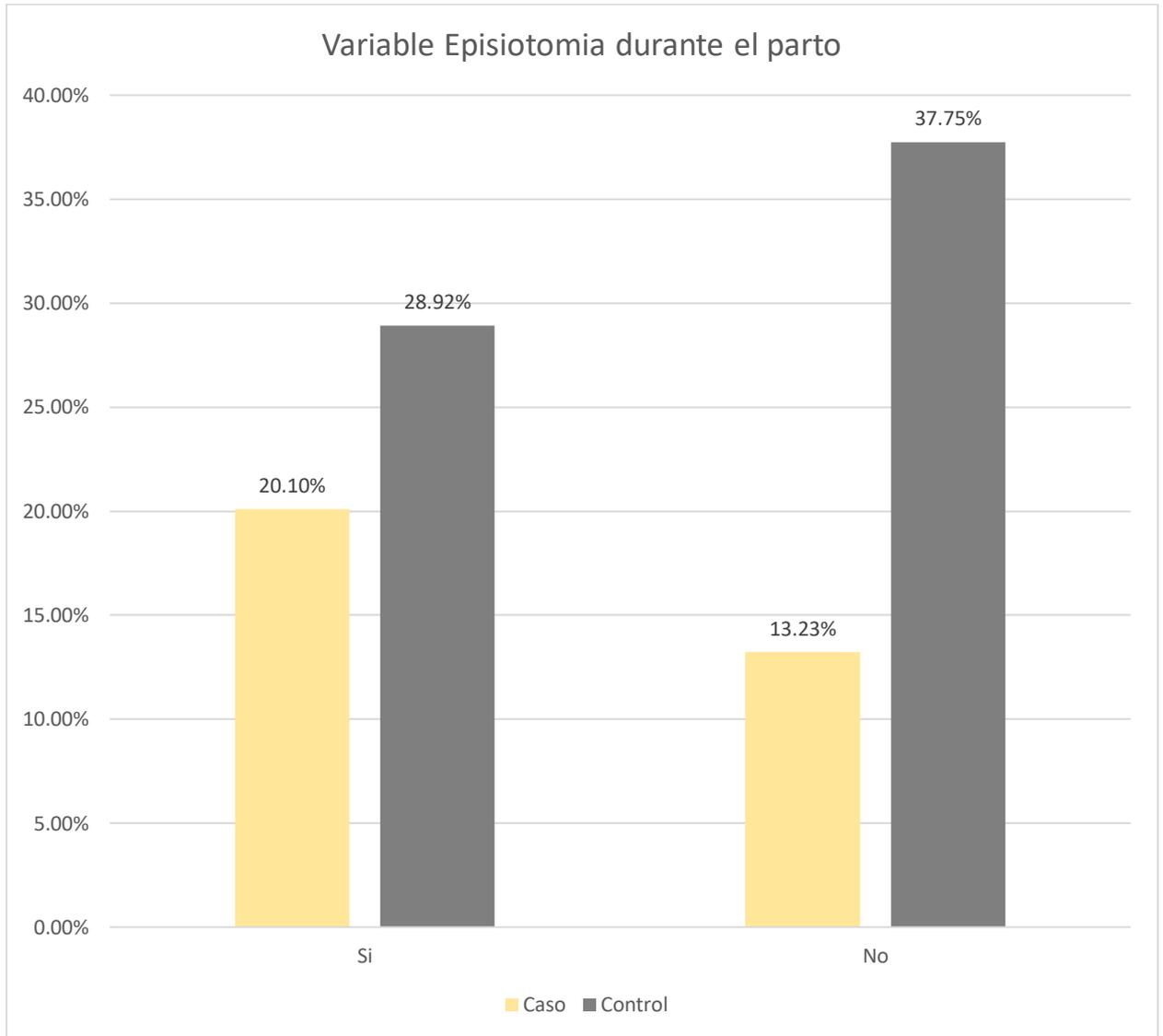
Ilustración 22: Distribución porcentual de la variable Histerectomía previa dentro del grupo estudiado



Análisis

En el estudio de la variable antecedente de Histerectomía Previa, se encontraron que en el grupo de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales, 17 (8.33%) presentaron antecedente de Histerectomía, mientras que 51 (25%) no presentaron dicho antecedente; en contraposición, en el grupo control 25 (12.25%) pacientes tenían antecedente de Histerectomía y 111 (54.41%) carecían de este antecedente.

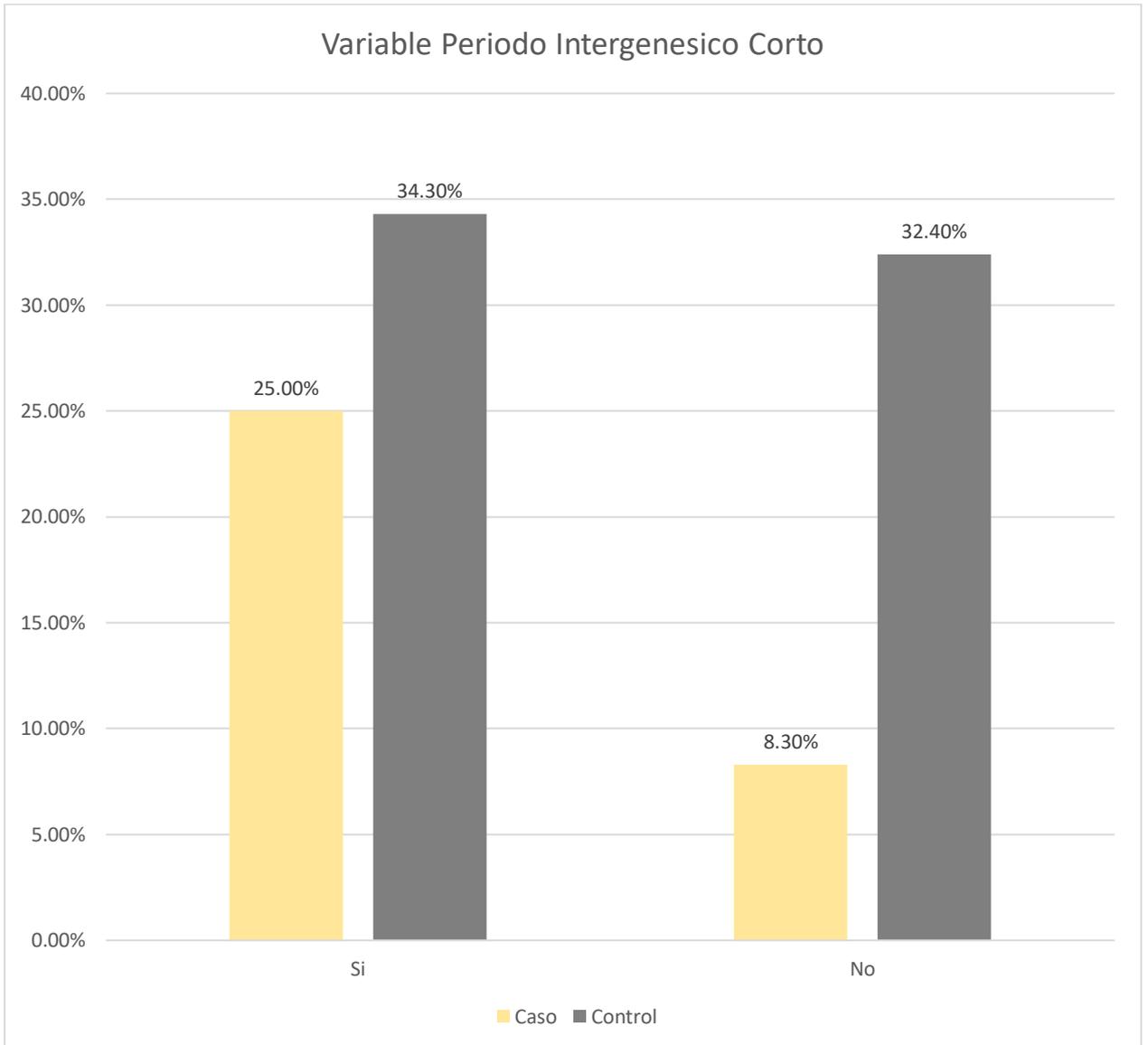
Ilustración 23: Distribucion porcentual de la variable Episiotomía durante el parto según el grupo estudiado



Análisis

En el estudio de la variable Episiotomía durante el parto, se encontraron que en el grupo de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales, 41 (20.1%) presentaron antecedente episiotomía, mientras que 27 (13.23%) no presentaron dicho antecedente; en contraposición, en el grupo control 59 (28.92%) pacientes tenían alguna episiotomía previa y 77 (37.75%) carecían de este antecedente.

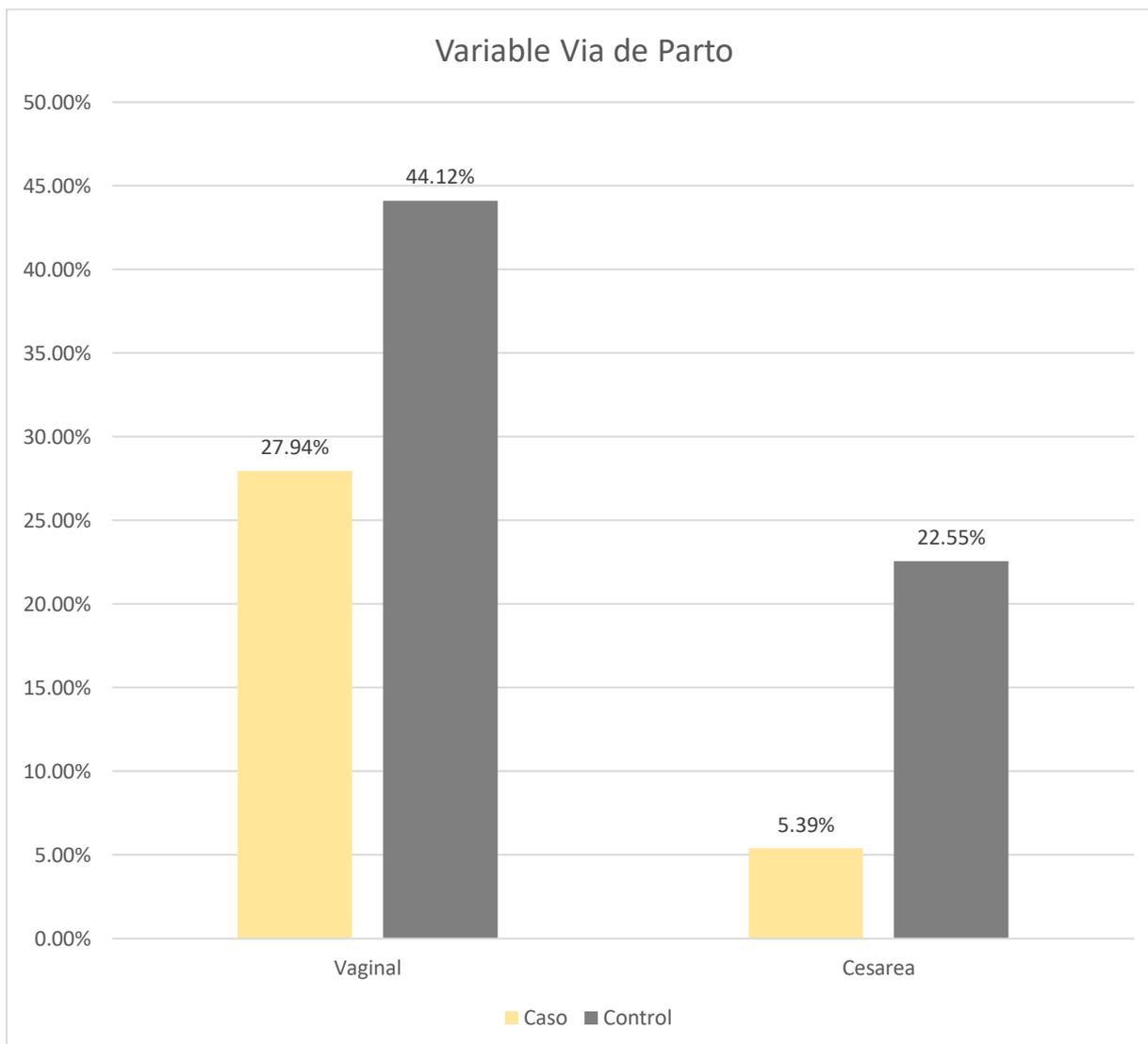
Ilustración 24: Distribucion porcentual de la variable Periodo Intergenésico Corto según el grupo estudiado



Análisis

En el estudio de la variable periodo intergenésico corto, se encontraron que en el grupo de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales, 51 (25%) presentaron un periodo intergenésico menor a 2 años, mientras que 17 (8.3%) no presentaron dicho antecedente; en contraposición, en el grupo control 70 (34.3%) pacientes presentaron un periodo intergenésico inferior a los 2 años y 66 (32.4%) pacientes tuvieron un PIG mayor a 2 años.

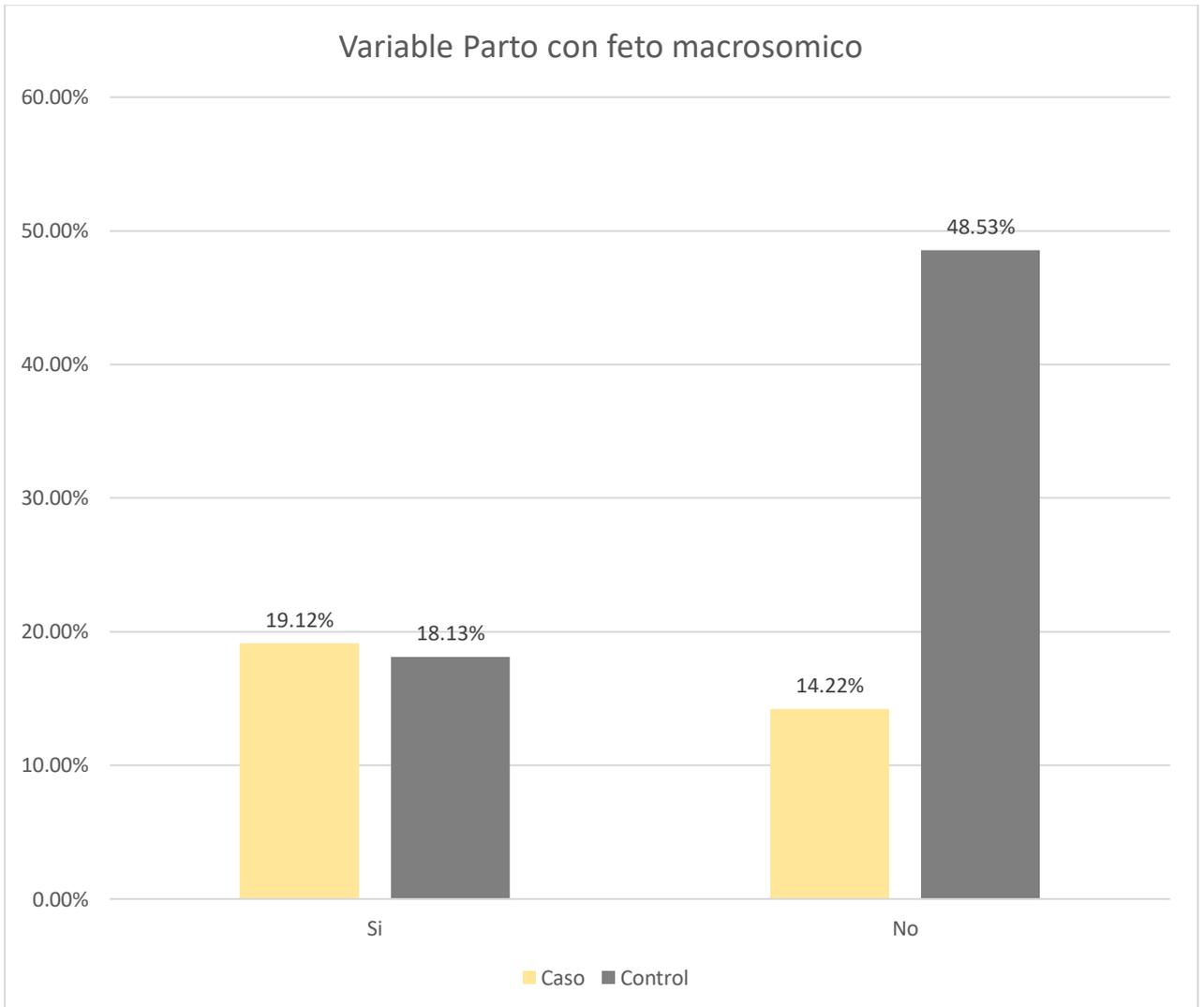
Ilustración 25: Distribucion porcentual de la variable Vía de Parto según el grupo estudiado



Análisis

En el estudio de la variable vía de parto, se encontró que en el grupo de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales, 57 (27.94%) culminaron el embarazo por vía vaginal, mientras que 11 (5.39%) terminaron su embarazo por cesárea; en contraposición, en el grupo control 90 (44.12%) pacientes culminaron su embarazo por vía vaginal y 46 (22.55%) culminaron por cesárea.

Ilustración 26: Distribucion porcentual de la variable Parto con feto macrosómico según el grupo estudiado



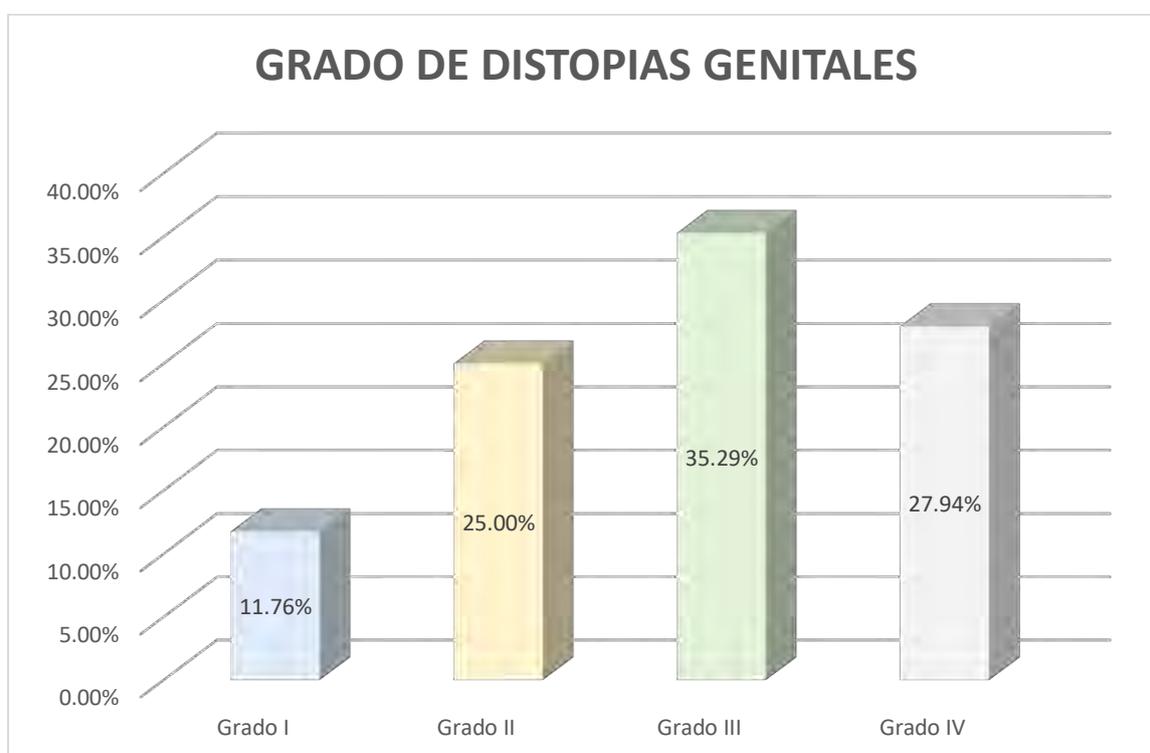
Análisis

En el estudio de la variable parto con feto macrosómico, se encontró que en el grupo de las mujeres posmenopáusicas que desarrollaron distopias genitales, 39 (19.12%) presentaron antecedente de feto macrosómico, mientras que 29 (14.22%) no presentaron dicho antecedente; en contraposición, en el grupo control 37 (14.22%) pacientes tenían antecedente de feto macrosómico y 99 (48.53%) carecían de este antecedente.

Tabla 11: Características de la variable no interviniante: Grado de distopías genitales

Grado de Distopias	N	%
Grado I	6	11.5%
Grado II	15	28.9%
Grado III	18	34.6%
Grado IV	13	25.0%

Gráfico 27: Distribucion porcentual de la variable Grado de Distopias Genitales según grupo caso



Análisis

En el estudio de la variable Grado de distopias genitales, se categorizo en función a los grados clasificados por el sistema POP-Q, se observa que de las 52 pacientes posmenopáusicas que presentaron distopias genitales, la mayor cantidad 24 (35.29%) presentaron un grado de distopias III, en segundo lugar el grado II 17 (25%), luego el grado IV 19 (27.94%) y por ultimo los de grado I 8 (11.76%).

4.1.2. Análisis Bivariado

4.1.2.1. Asociación entre los factores sociodemográficos y el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Tabla 12: Análisis bivariado entre los factores sociodemográficos y el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Factores sociodemográficos	OR	Intervalo de confianza de 95 %		Chi cuadrado	
	Valor	Inferior	Superior	Valor	P
Edad					
Menor de 60 años		Ref.			
Mayor igual de 60 años	2.671	1.27	4.891	10.087	0.001
Procedencia					
Urbano	0.357	0.123	1.072	9.926	0.002
Rural	2.805	1.267	4.248	9.926	0.002
Grado de Instrucción					
Analfabeta	1.836	0.614	2.642	1.097	0.295
Primaria	1.111	0.421	2.213	0.106	0.744
Secundaria	1.667	0.902	2.354	0.82	0.841
Superior	1.13	0.783	1.650	0.083	0.754

Análisis

Las pacientes posmenopáusicas mayores de 60 años tuvieron 2.7 veces más probabilidades de desarrollar distopias genitales en comparación con aquellas mujeres menores de 60 años siendo este resultado estadísticamente significativo, puesto que la prueba chi cuadrado obtuvo un p-valor menor a 0.05.

Las mujeres posmenopáusicas provenientes de entornos rurales tienen 2.8 veces la posibilidad de desarrollar distopias genitales en comparación con mujeres en zonas urbanas, obteniendo un p-valor de 0.002 haciéndolo estadísticamente significativo; en oposición las mujeres que provienen de un entorno urbano presentaron 65% menos de probabilidad de desarrollar distopias genitales, sin embargo su intervalo de confianza contiene el número 1 por lo que no es estadísticamente significativo.

Las pacientes posmenopáusicas con un grado de instrucción secundaria tienen 1.67 veces la posibilidad de desarrollar distopias genitales, en comparación con pacientes con otro nivel de instrucción; sin embargo al igual que en otras categorizaciones de esta variable todas incluyen al 1 en sus intervalos de confianza y sus p valor son mayores a 0.05, por lo tanto se puede afirmar que la variable grado de instrucción es estadísticamente no significativa en el desarrollo de distopias genitales.

4.1.2.2. Asociación entre los factores clínicos y el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Tabla 13 Análisis bivariado entre los factores clínicos y el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Factores clínicos	OR	Intervalo de confianza de 95 %		Chi cuadrado	
	Valor	Inferior	Superior	Valor	P
Antecedente de EPOC					
No		Ref.			
Si	1.27	0.781	1.790	0.164	0.685
Estado Nutricional					
Peso adecuado	0.163	0.042	0.378	10.411	0.001
Sobrepeso	1.166	0.772	1.633	0.254	0.614
Obesidad	1.97	1.21	2.871	5.12	0.009

Las pacientes posmenopáusicas que tuvieron un antecedente de EPOC tienen 1.27 veces la probabilidad de desarrollar distopias genitales en comparación a pacientes que nunca tuvieron la enfermedad, sin embargo la prueba chi cuadrado demuestra un p-valor de 0.685 (mayor a 0.05); por lo que se puede afirmar que no tiene significancia estadística.

En la variable estado nutricional, se halló que las pacientes posmenopáusicas con obesidad tenían 1.97 veces de probabilidad de desarrollar distopias genitales en comparación con pacientes posmenopáusicas no obesas, esto es estadísticamente significativo ya que se halló un p-valor de 0.009; en contraposición se observó que las pacientes posmenopáusicas con un peso adecuado tenían un 84% menos de

probabilidad de desarrollar distopias genitales que pacientes que se encontraban fuera del peso adecuado, esto demostró también ser significativamente estadístico ya que se halló un p-valor de 0.001 (menor a 0.05).

4.1.2.3. Asociación entre los factores ginecoobstetricos y el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Tabla 14 Análisis bivariado entre los factores ginecoobstetricos y el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Factores Ginecoobstetricos	OR	Intervalo de confianza de 95 %		Chi cuadrado	
	Valor	Inferior	Superior	Valor	P
Paridad					
Primípara	0.348	0.062	0.670	10.076	0.002
Múltipara	2.874	1.182	4.23	10.076	0.002
Desgarro vaginal severo durante el parto					
No			Ref.		
Si	1.591	0.69	2.76	2.277	0.131
Histerectomía Previa					
No			Ref.		
Si	1.48	0.670	2.064	1.214	0.27
Episiotomía durante el parto					
No			Ref.		
Si	1.982	1.054	2.84	5.188	0.023
Periodo Intergenésico Corto					
No			Ref.		
Si	2.829	1.826	3.780	10.4	0.001
Vía de Parto					
Cesárea	0.378	0.008	0.614	7.528	0.006
Vaginal	2.736	1.46	4.082	7.528	0.006
Parto con feto macrosómico					
No			Ref.		
Si	3.598	1.952	6.63	2.90	0.0000

Las pacientes posmenopáusicas que tuvieron más de un hijo (multíparas) tuvieron un 2.87 veces más de probabilidad de desarrollar distopias genitales en comparación a pacientes primíparas, siendo esto significativamente estadístico al hallarse un p-valor de 0.002; en cambio, las mujeres primíparas tuvieron un 66% menos de probabilidad de desarrollar distopias genitales en comparación a mujeres multíparas, teniendo un p-valor de 0.002 haciéndolo estadísticamente significativo.

Las pacientes posmenopáusicas con desgarro vaginal severo durante el parto tuvieron 1.6 veces más de posibilidad de desarrollar distopias genitales que pacientes que no tuvieron este antecedente, sin embargo, en la prueba chi cuadrado su p-valor fue de 0.131 (mayor a 0.05) y en su intervalo de confianza incluye al 1 por lo tanto no es estadísticamente significativo.

Las pacientes posmenopáusicas con tuvieron un antecedente de episiotomía durante el parto tuvieron 1.982 veces más de probabilidad de desarrollar distopias genitales en contraposición a pacientes que carecen de este antecedente; el chi cuadrado es menor a 0.05 (0.023) haciéndolo estadísticamente significativo y demostrando asociación.

Las mujeres posmenopáusicas con un periodo intergenésico corto (menor a 2 años) tuvieron 2.8 veces más de probabilidad de desarrollar distopias genitales en relación a pacientes que tuvieron un periodo intergenésico más largo, al análisis se encontró un chi cuadrado con un p-valor de 0.001 (menor de 0.05) haciéndolo estadísticamente significativo y demostrando asociación.

Las mujeres posmenopausias con un antecedente de culminación de parto por vía vaginal tuvieron 2.7 veces más de probabilidad de desarrollar distopias genitales en contraposición a pacientes que terminaron su embarazo por cesárea, se halló un chi cuadrado con un p-valor de 0.006 demostrando efectivamente asociación; las pacientes posmenopáusicas que cona antecedente de haberse sometido a cesárea tuvieron 63% menos de probabilidad de desarrollar distopias genitales en comparación con pacientes con culminación por vía vaginal, se halló un chi cuadrado con un p-valor de 0.006 demostrando que estadísticamente significativo.

Las pacientes posmenopáusicas que tuvieron un parto con un feto macrosómico tuvieron 3.6 veces más de probabilidad de desarrollo de distopías genitales en comparación con las pacientes que carecieron de este antecedente, en el análisis se obtuvo un chi cuadrado con un p-valor menor a 0.05 por lo tanto se puede afirmar que tiene significancia estadística

Tabla 15: Resumen para factores asociados al desarrollo de desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas **atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco**

Tipo	Factores		Distopias genitales	
			Factor de Riesgo	Factor de Protección
Sociodemográficos	Edad		Si	No
	Procedencia	Urbano	No	No
		Rural	Si	No
	Grado de Instrucción	Analfabeto	No	No
		Primaria	No	No
		Secundaria	No	No
		Superior	No	No
Clínicos	Antecedente de EPOC		No	No
	Estado Nutricional	Peso Adecuado	No	Si
		Sobrepeso	No	No
		Obesidad	Si	No
Ginecoobstetricos	Paridad	Primípara	No	Si
		Múltipara	Si	No
	Vía de Parto	Vaginal	Si	No
		Cesárea	No	Si
	Parto con feto macrosómico		Si	No
	Periodo Intergenésico Corto		Si	No
	Episiotomía durante el parto		Si	No
	Histerectomía Previa		No	No
	Desgarro vaginal severo durante el parto		No	No

Al analizar el cuadro resumen, se puede afirmar que del análisis bivariado se encontró que la edad, procedencia rural, la obesidad, la multiparidad, el parto por vía vaginal, el periodo intergenésico corto, la utilización de episiotomía durante el parto y el antecedente de parto con feto macrosómico se constituyeron como factores de riesgo; en contraposición se determinó que el peso adecuado, la primiparidad y el embarazo con culminación por vía de cesárea se constituyeron como factores de protección.

4.1.3. Análisis Multivariado

4.1.3.1. Análisis multivariado de variables asociadas con el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco

Variables	OR ajustado	Intervalo de confianza de 95 %		P	Error Estándar
		Inferior	Superior		
Edad					
Mayor de 60 años	2.761	1.3	6.346	0.015	0.41
Procedencia					
Rural	1.972	0.840	4.692	0.088	0.42
Estado Nutricional					
Obesidad	3.174	1.190	5.90	0.023	0.45
Paridad					
Múltipara	1.861	1.034	4.120	0.041	0.42
Periodo intergenésico corto	2.452	1.202	6.91	0.070	0.510
Antecedente de Episiotomía	2.23	1.002	4.72	0.068	0.406
Parto con feto macrosómico	1.866	1.034	4.267	0.105	0.103
Vía de Parto					
Vaginal	2.912	1.17	6.87	0.032	0.45

En el análisis multivariado, al hacer una regresión logística binaria tomando en cuenta solo a las variables que demostraron tener un OR mayor a 1 y tuvieron un p-valor menor a 0.05, se puede afirmar que los factores de riesgo independientes para el desarrollo de distopías genitales fueron edad mayor a 60 años (ORa: 2.761, p=0.015), la obesidad

(ORa: 3.174, $p=0.023$), la multiparidad (ORa: 1.861, $p=0.042$) y la vía de parto vaginal (ORa: 2.912, $p=0.032$); mientras que la procedencia rural, el periodo intergenésico corto, el parto con feto macrosómico y el antecedente de episiotomía que inicialmente se asociaban al desarrollo de distopias genitales, pierden dicha asociación al ser evaluado en conjunto con otras variables.

4.2. Discusión

En el presente trabajo, se identificó diferentes factores que están asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes posmenopáusicas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco en el periodo 2020 al 2023, en vista de eso, se realizó un trabajo analítico, retrospectivo, de tipo casos y controles en el que se analizaron 204 pacientes posmenopáusicas que conformaron la muestra, de los cuales 136 pacientes presentaron distopias genitales (casos) y 68 pacientes que no presentaron distopias genitales (controles). Por lo que los pacientes que desarrollaron distopias genitales representan el 33.3% del total de los pacientes.

Factores Sociodemográficos

La literatura revisada para poder desarrollar esta tesis, menciona que la edad es un factor determinante en el desarrollo de patologías del piso pélvico. De los 204 pacientes posmenopáusicas que conformaron el grupo de estudio, se pudo observar que la mayoría tenían una edad mayor a 60 años (N=112) con una asociación que estima que existe al menos 2.67 veces más de probabilidad de desarrollar distopias en mujeres mayores de 60 que en mujeres menores de dicho punto de corte; esto refuerza lo aseverado por **Schulten**, en su estudio titulado “Factores de riesgo de prolapso primario de órganos pélvicos y recurrencia del prolapso: una revisión sistemática actualizada y un metaanálisis” en el que encontró que una edad mayor a 55 años elevaba el riesgo 1.34 (IC 95 % [1.23–1.47]) veces de desarrollar distopias genitales en comparación con mujeres menores de 55 años (8); **Ansari** también afirma en su estudio “Prolapso de órganos pélvicos en mujeres peri menopáusicas y menopáusicas” que la edad eleva 7.25 (IC 95 % [1.951–26.994]) veces la posibilidad de desarrollo de distopias genitales en mujeres mayores de 60 años (24); en el ámbito nacional también se observó en el estudio de **Tafur** (35) que la edad mayor de 60 años eleva el riesgo de desarrollar distopias genitales hasta 8.429 (IC 95% [4.144 – 17.144]) veces más que en mujeres menores de 60 años; por otra parte el estudio realizado por **Valencia** (5) informa que una edad mayor a 42 años eleva la posibilidad de desarrollar distopias genitales hasta 6.09 veces más que en pacientes menores a ese umbral (IC 95 % [1.65–22.47]); esto podría explicarse debido a que el estudio amplió su base poblacional y no solo tomó en cuenta a mujeres posmenopáusicas sino al grueso poblacional de pacientes ginecológicas entendidas en Hospital Militar Central

Se observó que del grueso poblacional, la mayoría provienen de un entorno rural (N=122), con una asociación que prevé que las mujeres posmenopáusicas de entornos rurales tienen 2.805 veces más de riesgo de desarrollar distopias genitales en

comparación con mujeres de entornos urbanos; dicho hallazgo es corroborado por **Guedea** en su estudio “Carga del prolapso de órganos pélvicos en Etiopía: una revisión sistemática y un metaanálisis” (32) donde encontró que las mujeres etíopes que provienen de zonas rurales tiene 3.29 veces más de posibilidad de desarrollar distopias genitales en comparación con entornos urbanos (IC 95 % [1.38–7.85]); del mismo modo **Morga** en su estudio “Prolapso de órganos pélvicos y sus factores asociados entre las mujeres: un estudio transversal en un centro” (29) estimo que las mujeres de entornos fuera de las ciudades tienen aproximadamente 2.21 veces más la probabilidad de desarrollar distopias que en mujeres ciudadinas (IC 95% [1.11–4.40]), en nuestro entorno el estudio realizado por **Soto Condori** (19) estimo que el 51% de su población provino de entornos urbanos y no halló relación estadística entre el lugar de procedencia y el desarrollo de distopias genitales.

Se estimo también que la gran mayoría de mujeres que desarrollaron distopias genitales cursaron con estudios secundarios completos (N=98), pero no se halló asociación estadística entre la variable grado de instrucción y el desarrollo de distopias genitales; mientras que el estudio realizado en el año 2019, **Cruz Miñano** en La Libertad (71) encontró que existe un grado de asociación entre personas con primaria completa y el desarrollo de prolapso genital (OR 1.28, IC 95% [1.06–1.75]).

Factores Clínicos

La literatura menciona que los factores que elevan la presión intraabdominal son en su mayoría responsables de las alteraciones funcionales del piso pélvico (52), tomando en cuenta tal aseveración se decidió estudiar la variable antecedente de EPOC, que es una patología responsable de elevar la presión intrabdominal y es medianamente prevalente en nuestro medio; hallándose que del total de pacientes estudiados solo 13 presentaron EPOC como antecedente, hallándose que los pacientes con antecedente de EPOC tiene 1.27 veces la posibilidad de desarrollar distopias genitales en comparación a pacientes que carecen de este antecedente, sin embargo esta asociación es estadísticamente no significativa; resultados similares fueron reportados por **Espitia** en su estudio denominado “Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles” (14); en los cuales establece que el EPOC tiene una asociación estadísticamente no significativa (OR 1.09, IC 95% [0.76–2.55]) con el desarrollo de distopias genitales, también **Soto Condori** (19) estimo que solo el 5.1% de su población presento antecedente de EPOC y que este es estadísticamente no significativo (OR= 1.12, IC 95% [0.364- 3.427]).

Por otro lado dentro de los factores clínicos asociados al desarrollo de distopias genitales se asevera que el peso es un factor importante en el desarrollo de las mismas, en un metaanálisis realizado por **Schulten** (8), se observó que el IMC es un factor de riesgo que determina la posibilidad de desarrollo de distopias genitales, ya severa que mientras más IMC tenga la paciente mayor será su riesgo de desarrollar distopias genitales (OR 1.75; IC 95 % [1.17–2.62]); en nuestro estudio se observó que del total de mujeres posmenopáusicas 169 tuvieron un peso fuera del adecuado (Sobrepeso=121 y Obesidad=48), y se halló que la obesidad por sí misma es un factor de riesgo ya que demostró asociación con el desarrollo de distopías genitales (OR=1.97, p-valor=0.009) demostrando que en las mujeres obesas habrá 1.97 veces más de riesgo de desarrollar distopias genitales que en mujeres no obesas, esto esta corroborado por el estudio realizado por **Li** denominado “Un estudio epidemiológico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres posmenopáusicas: una muestra poblacional en China” (34) que demuestra que demuestra asociación estadística positiva entre el sobrepeso y la obesidad y el desarrollo de distopias genitales (el sobrepeso (OR 1.365; IC 95 % [1.247–1.494]) y la obesidad (OR 1.548; IC 95 % [1.344–1.78])), en nuestro medio Tafur **Villacorta** en su estudio “Paridad, obesidad y edad avanzada como factores asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital Central F.A.P. durante el periodo Julio 2016 a Junio 2017” (35) encontró que la obesidad (IMC \geq 30kg/m²) es un factor de riesgo (OR 7.697; IC 95% [3.779 – 15.674]) para el desarrollo de distopia genitales. Por otro lado **Cruz Miñano** (72) estimo que la obesidad a pesar de tener un OR mayor a 1 (1.9) no es turísticamente significativo y no está asociado al desarrollo de distopias. En contraposición con los hallazgos en relación a IMC un estudio realizado por **Ilunga** denominado “Exploración de los factores de riesgo del prolapso de órganos pélvicos en el este de la República Democrática del Congo: un estudio de casos y controles” (28) que demostró que el IMC bajo, estuvo relacionado con el desarrollo e distopias genitales (ORa 2.085; IC 95 % [1.419–6.307]), esto se puede explicar debido al gran déficit carencial presente en la población objetivo de ese estudio

Factores Ginecoobstetricos

La literatura menciona que el parto en su misma complejidad puede debilitar los músculos del piso pélvico, por lo tanto a mayor número de hijos mayor probabilidad de desarrollar distopias genitales (49); en este estudio se encontró 127 mujeres que tuvieron más de 1 parto (múltiparas) y 77 que tuvieron un solo parto (primíparas); por lo tanto al momento de realizar el análisis de esta variable se pudo observar que la

multiparidad per se es un factor de riesgo ya que hay 2.874 veces más de posibilidad de desarrollar distopias genitales que en comparación a primíparas, esto es secundado por la literatura como el estudio realizado por **Legan** (30) que demuestra 2.305 veces más de posibilidad de desarrollar distopias genitales en pacientes múltiparas que en pacientes primíparas, así mismo **Valencia Cruz** (5) estima que las mujeres múltiparas tienen hasta 10 veces más de posibilidad de desarrollar distopias que sus pares primíparas (OR 10.93; IC 95 % [4.27–27.96]), en un estudio realizado por **Castillo Alcántara** se demostró que existe hasta 3.56 veces más de posibilidad de desarrollar distopias genitales que en pacientes primíparas (73), por ultimo **Soto Condori** (19) estimo que efectivamente hay asociación estadística entre la multiparidad y el desarrollo de distopias genitales (OR 9.2; IC 95 % [2.786–30.555]); en comparación la primiparidad casi no es mencionada en estudios grandes como factor de riesgo o protector, en nuestro estudio se encontró que existe un OR menor a 1 (0.348) y que presenta asociación estadística, lo que lo convertiría en un factor protector; esto es respaldado por el estudio de **Soto Condori** (19) donde la primiparidad (OR 0.13; IC 95 % [0.037–0.750]), con un p-valor menor a 0.05 (0.000) lo que efectivamente lo convertiría en un factor protector.

En el estudio se encontró que en las mujeres posmenopáusicas que cursaron con algún antecedente de desgarro vaginal durante el parto hubo un total de 120 pacientes con un antecedente positivo. En nuestro estudio se encontró un OR mayor a 1 (1.591) pero no hubo significancia estadística, esto se correlaciona con lo expuesto por **Shewarega** (74) que indica que en el metaanálisis llevado a cabo el sur de Etiopía se halló que el antecedente de desgarro vaginal severo durante el parto era prevalente pero no había asociación estadística con el desarrollo de prolapso genital (OR 1.07; IC 95 % [0.67–2.16], p=0.57).

A pesar de haberse informado en la literatura de que el antecedente de histerectomía está relacionado con el desarrollo de distopia genitales, explicado en el hecho de la pérdida de estructura de soporte en el piso pélvico (40); en nuestro estudio se halló un total de 42 mujeres con antecedente positivo de histerectomía previa, pero no se demostró que exista acción estadística ya que se halló un OR de 1.48 pero un p-valor de 0.27; esto se relaciona con los estudios realizados por **Shewarega** (74) que encontró dentro de su población de estudio que había un OR considerable (2.1) pero no había relación estadística (p-valor 0.4); en cambio en nuestro medio local **Quispe Chumacero** (18) encontró asociación entre el prolapso genital femenino y el antecedente de cirugías abdominales previas (OR 2.07; IC 95 % [0.97–3.16], p=0.57); **Cruz Miñano** (72)

encontró un OR de 0.6 en relación al antecedente de histerectomía y el desarrollo de distopias genitales, pero establece además que no hubo asociación estadística debido a que el intervalo de confianza incluía al 1; en su estudio **Soto Condori** (19) establece un OR positivo pero evidencia que no existe asociación estadística (OR 1.76; IC 95 % [0.573–5.788], $p=0.483$).

La episiotomía es un procedimiento común dentro de la propedéutica obstétrica que se realiza con el objetivo de evitar desgarros vaginales durante el proceso de parto (40); en nuestro estudio se encontró que hubo un total de 100 mujeres posmenopáusicas con antecedente positivo de haber sido sometida a una episiotomía, al analizar estos datos se llegó a la conclusión de que efectivamente existe relación estadística entre el antecedente de episiotomía y el desarrollo de distopias genitales (OR 1.982 y un p -valor de 0.023); esto corrobora los estudios previos como el realizado por **Shewarega** (74) en Etiopia que establece que las mujeres con antecedente de episiotomía tienen 3.1 veces la posibilidad de desarrollar distopias genitales que mujeres que no poseen dicho antecedente; en cambio **Ilunga** (28) establece que aquellas mujeres que hayan tenido un parto sin episiotomía tendrán 3.5 veces el riesgo de desarrollar distopias genitales debido a la subsecuente aparición de desgarros y debilitamiento del suelo pélvico; Soto Condori (19) encontró que a pesar de haber un OR positivo no hay evidencia de asociación estadística entre variables (OR 1.28; IC 95 % [0.785–2.090], $p=0.003$).

El Periodo Intergenésico Corto se denomina como el periodo menor a 2 años entre 2 gestaciones seguidas (40); al ser un periodo tan corto entre 2 eventos que llevan al límite el suelo pélvico se ha buscado asociar esta condición con el desarrollo de distopias genitales; en ese sentido en nuestro estudio se halló que 121 mujeres posmenopáusicas tenían este antecedente y se encontró una asociación que indica que existe 2.829 veces la posibilidad de desarrollar distopias genitales en comparación a mujeres que carecen de este antecedente siendo a su vez estadísticamente significativo (p -valor=0.001); siendo a su vez validado por **Terere** (31) en su estudio “Determinantes del prolapso de órganos pélvicos en hospitales públicos de la ciudad de Hawassa, sur de Etiopía, 2020: estudio de casos y controles inigualable” que determino que un periodo intergenésico menor a 2 años predispone supone casi el triple de riesgo de desarrollar distopias que en mujeres sin este antecedente (OR 2.88; IC 95 % 1.146–7.232], $p < 0,05$).

La bibliografía consultada para la realización de este proyecto, estima que el parto por vía vaginal se constituye como un factor de riesgo que eleva la posibilidad de desarrollo de distopias genitales (28); en tal sentido en nuestro estudio se encontró que 147 mujeres posmenopáusicas tuvieron un antecedente de parto vaginal, en contraposición

a 57 mujeres que culminaron por cesárea, se halló además que existe una asociación y que las mujeres con culminación por vía vaginal tienen hasta 2.736 veces más riesgo de desarrollo de prolapso genital en comparación con mujeres que culminaron por cesárea; esto está validado en los antecedentes; **Ansari** en su estudio titulado “Prolapso de órganos pélvicos en mujeres peri menopáusicas y menopáusicas” (24) establece asociación estadística significativa entre el parto por vía vaginal y el desarrollo de distopías genitales (OR 3.692; IC 95 % [0.769–17.715], $p = 0.015$); en Perú, **Valencia** (5) establece que existe una asociación significativa entre la culminación por vía vaginal y las distopías genitales (OR 3.15; IC 95 % [1.36–7.31]) en pacientes atendidas en el Hospital militar Central; nuestro estudio también halló que la cesárea podría considerarse un factor protector ya que posee un OR de 0.378 y un p-valor de 0.006 aunque no se encontraron estudios que respalden esta asociación.

Respecto al parto con antecedente de feto macrosómico; la literatura establece que se considerara macrosómico si el producto tiene un peso de nacimiento mayor o igual a los 4 kilogramos (40); en nuestro estudio se encontró que 76 mujeres presentaron un antecedente de parto con feto macrosómico en comparación con 128 mujeres que carecían de este antecedente; se estableció que existe un OR mayor a 1 (3.598) y su p-valor es menor a 0.05 (0.000); **Ilunga** (28) establece que existe asociación estadísticamente significativa entre haber tenido un antecedente de feto macrosómico y desarrollar distopías genitales ORa 1.929; IC 95 % [1.121–3.321]); mientras que **Soto Condori** (19) estima una posibilidad de hasta 2.35 veces de desarrollar distopías genitales en mujeres que tuvieron un antecedente de parto con feto macrosómico.

4.3. Conclusiones

PRIMERA: El análisis de nuestro estudio concluye que los factores de riesgo que están asociados al desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 fueron: **la edad mayor a 60 años, procedencia rural, obesidad, multiparidad, vía de parto vaginal, periodo intergenésico corto, parto con feto macrosómico y antecedente de episiotomía durante el parto**; mientras que **el peso adecuado, la primiparidad y la vía de parto por cesárea** se constituyeron como factores protectores; mientras que las variables: **Antecedente de EPOC, grado de instrucción, histerectomía previa y desgarró vaginal severo durante el parto**, no demostraron asociación estadística con la variable de estudio.

SEGUNDA: Para los factores de riesgo sociodemográficos se encontró que: la variable **edad** categorizada posee un OR 2.671 con un IC 95 % [1.27–4.891] y un $p = 0.001$; mientras que en el análisis de la variable **procedencia**: Rural (OR 2.805; IC 95 % [1.267–4.248], $p = 0.002$) y Urbana (OR 0.357; IC 95 % [0.123–1.072], $p = 0.002$); por último la variable **Grado de Instrucción** obtuvo: Analfabeto (OR 1.836; IC 95 % [0.614–2.642], $p = 0.295$), Primaria (OR 1.111; IC 95 % [0.421–2.213], $p = 0.744$), Secundaria (OR 1.667; IC 95 % [0.902–2.354], $p = 0.841$) y **Superior** (OR 1.13; IC 95 % [0.783–1.65], $p = 0.751$); se concluye por lo tanto que la edad mayor de 60 años y la procedencia rural son factores de riesgo sociodemográficos asociados con el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020 -2023.

TERCERA: Para los factores de riesgo clínicos se encontró que: la variable **antecedente de EPOC** obtuvo un OR 1.27 con un IC 95 % [0.781–1.79] y un $p = 0.685$; mientras que la variable **estado nutricional** obtuvo: Peso Adecuado (OR 0.163; IC 95 % [0.042–0.378], $p = 0.001$), Sobrepeso (OR 1.166; IC 95 % [0.772–1.633], $p = 0.614$) y Obesidad (OR 1.97; IC 95 % [1.21–2.871], $p = 0.009$); concluyendo que la obesidad es un factor de riesgo clínico asociado con el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020 -2023 y el peso adecuado es un factor protector clínico asociado con el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020 -2023.

CUARTA: Para los factores de riesgo ginecoobstetricos se encontró que: la variable **paridad**: Primípara (OR 0.348; IC 95 % [0.062–0.64], $p = 0.002$) y Multipara (OR 2.874; IC 95 % [1.182–4.23], $p = 0.002$); **el desgarró vaginal severo durante el parto** obtuvo un OR 1.591 con un IC 95 % [0.69–2.76] y un $p = 0.131$; **la**

histerectomía previa obtuvo un OR 1.48 con un IC 95 % [0.67–2.064] y un $p = 0.27$; **la episiotomía durante el parto** obtuvo un OR 1.982 con un IC 95 % [1.054–2.81] y un $p = 0.023$; **el periodo intergenésico corto** obtuvo un OR 2.829 con un IC 95 % [1.826–3.78] y un $p = 0.001$; la variable **vía de parto**: Cesárea (OR 0.378; IC 95 % [0.008–0.614], $p = 0.006$) y Vaginal (OR 2.736; IC 95 % [1.46–4.082], $p = 0.006$) y **el antecedente de parto con feto macrosómico** obtuvo un OR 3.595 con un IC 95 % [1.952–6.63] y un $p = 0.0000$; concluyendo que la multiparidad, vía de parto vaginal, periodo intergenésico corto, el antecedente de parto con feto macrosómico y antecedente de episiotomía durante el parto son factores de riesgo ginecoobstétricos asociados con el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020 -2023 y que el peso adecuado, la primiparidad y la vía de parto por cesárea son factores protectores ginecoobstétricos asociados con el desarrollo de distopias genitales en mujeres posmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020 -2023.

4.4. Sugerencias

PRIMERA: Al personal sanitario que labora en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, se recomienda tomar en cuenta los factores de riesgo resultantes del análisis del presente estudio en la evaluación de las pacientes ginecológicas que acuden a dichos servicio; para identificar aquellas pacientes en riesgo de desarrollar distopias genitales.

SEGUNDA: Al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Antonio Lorena, se plantea la necesidad de contar con guías actualizadas sobre el manejo y diagnóstico oportuno de las patologías del piso pélvico femenino así como la necesidad de gestionar e implementar nuevas técnicas para el manejo adecuado de las patologías de piso pélvico.

También se plantea la necesidad de generar una base bibliográfica más amplia sobre este tópico, debido a la carencia de estudios locales y nacionales debidamente indexados, es menester de la comunidad científica crear nuevos estudios, sobre todo prospectivos que ayuden a medir en tiempo real cuales serían los factores que desencadenan la etiología de las distopias genitales sobre la población peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mediatelly [Internet]. [citado el 22 de enero de 2024]. N81 - Prolapso genital femenino. Disponible en: <https://mediatelly.co/es/icd/N00-N99/set/N80-N98/cls/N81/Prolapso-genital-femenino>
2. Pelvic Organ Prolapse [Internet]. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/11/pelvic-organ-prolapse>
3. Brito LGO, Pereira GMV, Moalli P, Shynlova O, Manonai J, Weintraub AY, et al. Age and/or postmenopausal status as risk factors for pelvic organ prolapse development: systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecol J* [Internet]. el 1 de enero de 2022 [citado el 25 de enero de 2024];33(1):15–29. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04953-1>
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Guía de asistencia práctica para prolapso de los órganos pélvicos. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2020 [citado el 22 de enero de 2024];63(1):54–9. Disponible en: <https://medes.com/publication/151599>
5. Valencia Chión CF, de La Cruz Vargas JA, Correa López LE, Arango Ochante P. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de Enero - Diciembre 2018. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2020 [citado el 25 de enero de 2024];9(1):11–6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8090490>
6. Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: An observational trend study from 1990 to 2019 - PMC [Internet]. [citado el 23 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9521163/>
7. Aboseif C, Liu P. Pelvic Organ Prolapse. En: *StatPearls* [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2022 [citado el 23 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>
8. Schulten SFM, Claas-Quax MJ, Weemhoff M, van Eijndhoven HW, van Leijssen SA, Vergeldt TF, et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. el 1 de agosto de 2022 [citado el 25 de enero de 2024];227(2):192–208. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937822003271>
9. de Tayrac R, Antosh DD, Baessler K, Cheon C, Deffieux X, Gutman R, et al. Summary: 2021 International Consultation on Incontinence Evidence-Based Surgical Pathway for Pelvic Organ Prolapse. *J Clin Med* [Internet]. el 17 de octubre de 2022 [citado el 3 de abril de 2024];11(20):6106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9605527/>
10. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int braz j urol* [Internet]. el 13 de enero de

2019 [citado el 23 de enero de 2024];46:5–14. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/ibju/a/mHJtzHfncRm5ZXQV3zKPbmG/?lang=en>

11. Wang B, Chen Y, Zhu X, Wang T, Li M, Huang Y, et al. Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: An observational trend study from 1990 to 2019. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2022 [citado el 23 de enero de 2024];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9521163/>
12. FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics. El descuido del prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria son ejemplos de violaciones de derechos humanos hacia las mujeres: hacia una resolución | higo [Internet]. 2023 [citado el 23 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.figo.org/resources/figo-statements/neglect-pelvic-organ-prolapse-urinary-incontinence-exemplary-human-rights-violations>
13. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women. *JAMA* [Internet]. el 17 de septiembre de 2008 [citado el 3 de abril de 2024];300(11):1311–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1311>
14. Espitia de la Hoz FJ. Prevalencia y caracterización del prolapso de órganos pélvicos en mujeres del Quindío, Colombia. 2016-2019. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2022 [citado el 23 de enero de 2024];70(3):1–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8816419>
15. Hoz FJEDL. Prolapso de cúpula vaginal, prevalencia en mujeres en climaterio, en el Quindío, Colombia, 2007-2017. *Revista Urología Colombiana / Colombian Urology Journal* [Internet]. marzo de 2021 [citado el 23 de enero de 2024];30(1):40–7. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0040-1714723>
16. Horst W, do Valle JB, Silva JC, Gascho CLL. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. *Int Urogynecol J* [Internet]. el 1 de agosto de 2017 [citado el 26 de enero de 2024];28(8):1165–70. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3238-7>
17. Barraza Minaya MLS. Factores de riesgo para prolapso genital en pacientes mayores de 60 años que acuden al Hospital María Auxiliadora en el 2017. *Universidad Privada San Juan Bautista* [Internet]. 2020 [citado el 26 de enero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2626>
18. Quispe Chumacero CB. Incidencia y factores de riesgo asociados a prolapso genital, Hospital de Apoyo II Sullana 2011-2016. *Universidad Privada Antenor Orrego* [Internet]. 2020 [citado el 26 de enero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6171>
19. Soto Condori FR. Factores asociados a prolapso genital femenino en el Hospital Regional del Cusco, 2017-2019. *Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco* [Internet]. 2020 [citado el 23 de enero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5354>
20. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. *Mc Graw Hill educación*; 2018 [citado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>

21. World Health Organization. Menopause [Internet]. [citado el 26 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
22. de Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF, Baber RJ, et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric*. junio de 2013;16(3):316–37.
23. Ayala Peralta FD. ESTRATEGIAS DE MANEJO DURANTE EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA. GUÍA PRÁCTICA DE ATENCIÓN RÁPIDA. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. [citado el 26 de enero de 2024]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/52-66-estrategias-manejo-climaterio>
24. Ansari MdK, Sharma PP, Khan S. Pelvic Organ Prolapse in Perimenopausal and Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol India* [Internet]. junio de 2022 [citado el 25 de enero de 2024];72(3):250–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9206940/>
25. Kenne KA, Wendt L, Brooks Jackson J. Prevalence of pelvic floor disorders in adult women being seen in a primary care setting and associated risk factors. *Sci Rep* [Internet]. el 14 de junio de 2022 [citado el 25 de enero de 2024];12(1):9878. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-13501-w>
26. Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of Delivery Mode With Pelvic Floor Disorders After Childbirth. *JAMA* [Internet]. el 18 de diciembre de 2018 [citado el 26 de enero de 2024];320(23):2438–47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6583632/>
27. Wang Y, Beydoun MA, Min J, Xue H, Kaminsky LA, Cheskin LJ. Has the prevalence of overweight, obesity and central obesity levelled off in the United States? Trends, patterns, disparities, and future projections for the obesity epidemic. *Int J Epidemiol* [Internet]. junio de 2020 [citado el 28 de enero de 2024];49(3):810–23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7394965/>
28. Ilunga-Mbaya E, Mukwege D, De Tayrac R, Mbunga B, Maroyi R, Ntakwinja M, et al. Exploring risk factors of pelvic organ prolapse at eastern of Democratic Republic of Congo: a case-control study. *BMC Womens Health* [Internet]. el 26 de marzo de 2024 [citado el 3 de abril de 2024];24:199. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10964682/>
29. Merga A, Bidira K, Geda A, Nigatu D, Bayana E. Pelvic Organ Prolapse and its Associated Factors Among Women: A Facility Based Cross-sectional Study. *Inquiry* [Internet]. el 14 de diciembre de 2023 [citado el 25 de enero de 2024];60:00469580231219155. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10725151/>
30. Legan M, Barbič M, Osredkar J, Blaganje M. Association of vitamin D deficiency and pelvic organ prolapse in postmenopausal women: a cross-sectional study. *Womens Midlife Health* [Internet]. el 5 de agosto de 2022 [citado el 3 de abril de 2024];8:9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9354377/>
31. Dora BT, Kassa ZY, Hadra N, Tsigie BB, Esayas HL. Determinants of pelvic organ prolapse at public hospitals in Hawassa city, Southern Ethiopia, 2020: unmatched case control study.

- BMC Women's Health [Internet]. el 20 de julio de 2022 [citado el 22 de enero de 2024];22(1):301. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01890-z>
32. Gedefaw G, Demis A. Burden of pelvic organ prolapse in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Womens Health [Internet]. el 6 de agosto de 2020 [citado el 25 de enero de 2024];20:166. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7412834/>
 33. Joshi D, Jha N, Sharma Paudel I, Regmi MC, Chakravartty A. Factors Associated with Pelvic Organ Prolapse in Eastern Region of Nepal: A Case Control Study. J Nepal Health Res Counc. el 13 de noviembre de 2020;18(3):416–21.
 34. Li Z, Xu T, Li Z, Gong J, Liu Q, Wang Y, et al. An epidemiologic study of pelvic organ prolapse in postmenopausal women: a population-based sample in China. Climacteric. febrero de 2019;22(1):79–84.
 35. Tafur Villacorta J. Paridad, obesidad y edad avanzada como factores asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital Central F.A.P. durante el periodo Julio 2016 a Junio 2017. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado el 16 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1258>
 36. Red Cusco Norte [Internet]. [citado el 23 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.redcusconorte.gob.pe/>
 37. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA [Internet]. el 27 de noviembre de 2013 [citado el 17 de mayo de 2023];310(20). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24141714/>
 38. The Belmont Report | HHS.gov [Internet]. [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
 39. Davis SR, Taylor S, Hemachandra C, Magraith K, Ebeling PR, Jane F, et al. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause. Climacteric [Internet]. el 2 de noviembre de 2023 [citado el 25 de enero de 2024];26(6):517–36. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2258783>
 40. F. Gary Cunningham, Catherine Y. Spong, Brian M. Casey, Kenneth J. Leveno, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman. Williams Obstetricia [Internet]. 26a ed. McGraw Hill; 2021 [citado el 5 de junio de 2023]. 728–772 p. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3103#263854439>
 41. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. abril de 2012 [citado el 29 de enero de 2024];97(4):1159–68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319184/>
 42. Gartoulla P, Worsley R, Bell RJ, Davis SR. Moderate to severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for women aged 60 to 65 years. Menopause [Internet]. julio de 2015 [citado el 29 de enero de 2024];22(7):694. Disponible en:

- https://journals.lww.com/menopausejournal/abstract/2015/07000/moderate_to_severe_vasomotor_and_sexual_symptoms.6.aspx
43. Janice Hinkle, Kerry Cheever, Kristen Overbaugh. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 15a ed. United States: LWW; 2022. 960 p.
 44. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. Rev Med Clin Condes [Internet]. el 1 de marzo de 2013 [citado el 29 de enero de 2024];24(2):185–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-anatomia-del-piso-pelvico-S0716864013701482>
 45. Gómez Ayala AE. Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención. Offarm [Internet]. el 1 de marzo de 2008 [citado el 29 de enero de 2024];27(3):60–71. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-incontinencia-urinaria-femenina-diagnostico-tratamiento-13116880>
 46. Mark D. Walters, Mickey M. Karram. Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery - 3rd Edition [Internet]. Tercera Edición. Elsevier; 2006 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/urogynecology-and-reconstructive-pelvic-surgery/walters/978-0-323-02902-5>
 47. Petros P. The Integral System. Cent European J Urol [Internet]. 2011 [citado el 29 de enero de 2024];64(3):110–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3921723/>
 48. Quiroz LH, Muñoz A, Shippey SH, Gutman RE, Handa VL. Vaginal Parity and Pelvic Organ Prolapse. J Reprod Med [Internet]. 2010 [citado el 6 de febrero de 2024];55(3–4):93–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3164481/>
 49. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol. junio de 2002;186(6):1160–6.
 50. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, Velez Edwards DR, Edwards TL. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Am J Obstet Gynecol. julio de 2017;217(1):11-26.e3.
 51. Carley ME, Schaffer J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers-Danlos syndrome. American Journal of Obstetrics & Gynecology [Internet]. el 1 de mayo de 2000 [citado el 6 de febrero de 2024];182(5):1021–3. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(00\)70143-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(00)70143-8/fulltext)
 52. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. enero de 2018;29(1):13–21.
 53. Wong JWH, Ramm O. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. Clinical Obstetrics and Gynecology [Internet]. junio de 2021 [citado el 3 de abril de 2024];64(2):314. Disponible en: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2021/06000/urinary_incontinence_and_pelvic_organ_prolapse.9.aspx

54. Ismail SI, Bain C, Hagen S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* el 8 de septiembre de 2010;(9):CD007063.
55. Hernandez Cordova RO. Guia de Parctica Clinica para Diagnostico y Tratamiento de Distopia Genital en el Hospital Cayetano Heredia [Internet]. Hospital Cayetano Heredia; 2019. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_430-2019-HCH-DG.pdf
56. Busquets C M, Castillo F F, Bravo G S, Conteras P D. USO DEL SISTEMA POPQ PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS PROLAPSOS: HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2009 [citado el 24 de enero de 2024];74(1):4–10. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262009000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
57. Manonai J, Mouritsen L, Palma P, Contreras-Ortiz O, Korte JE, Swift S. The inter-system association between the simplified pelvic organ prolapse quantification system (S-POP) and the standard pelvic organ prolapse quantification system (POPQ) in describing pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* marzo de 2011;22(3):347–52.
58. David Cohen S. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. el 1 de marzo de 2013 [citado el 29 de enero de 2024];24(2):202–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>
59. Mayo Clinic [Internet]. [citado el 29 de enero de 2024]. Tipos de pesarios. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/urinary-incontinence/multimedia/pessary-use/img-20006056>
60. DeLancey JOL. The Vaginal Mesh Prolapse Debate: Is the Glass Half Empty, Half Full, or...? *Obstet Gynecol.* el 1 de junio de 2022;139(6):973–4.
61. Riccetto CLZ. Editorial Comment: Laser therapy for urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. *Int Braz J Urol* [Internet]. [citado el 4 de abril de 2024];47(3):659–60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7993962/>
62. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Prolapso de Organo pelvico. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=53569&filter=ths_termall&q=prolapso
63. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Factores asociados. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=24839>
64. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Obesidad. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=9951&filter=ths_termall&q=obesidad
65. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Paridad. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=10487&filter=ths_termall&q=paridad

66. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Menopausia. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22243&filter=ths_termall&q=menopausia
67. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Posmenopausia. [citado el 25 de enero de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=31161>
68. Población. Rural y urbana [Internet]. [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P
69. Pino Gotuzzo R. Metodología de la Investigación Científica. Segunda edición. Lima: Editorial San Marcos E.I.R.L.; 2018. 516 p.
70. OpenEpi - Sample Size for Unmatched Case-Control Studies [Internet]. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSCC.htm>
71. EpiDat. 3- Muestreo - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde [Internet]. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Epidat-4-2-3--Mostraxe>
72. Cruz Miñano JB. Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en el hospital I La Esperanza, durante el periodo julio-diciembre 2019. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2021 [citado el 16 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7958>
73. Castillo Alcántara VB. Factores de riesgo asociados a el prolapso genital en el hospital regional de Huacho 2019 – 2021. el 16 de septiembre de 2022 [citado el 16 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/6622>
74. Shewarega ES, Geremew AB, Fentie EA. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse and associated factors in Southern Nations, Nationalities, People's Region referral hospitals, Ethiopia. Int Urogynecol J [Internet]. el 1 de enero de 2023 [citado el 25 de enero de 2024];34(1):125–34. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05280-9>

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
<p>PG: ¿Cuáles son los factores asociados (sociodemográficos, clínicos y ginecoobstetricos) al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?</p> <p>PE1: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos (edad, procedencia, grado de instrucción) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son los factores clínicos (Estado nutricional, Antecedente de EPOC) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas</p>	<p>OG: Determinar los factores asociados (sociodemográficos, clínicos y ginecoobstetricos) al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.</p> <p>OE1: Determinar los factores sociodemográficos (edad, procedencia, grado de instrucción) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas que fueron atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.</p> <p>OE2: Determinar los factores clínicos (Estado nutricional, Antecedente de EPOC) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas</p>	<p>HG: Los factores asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 son edad, procedencia, grado de instrucción, Estado nutricional, Antecedente de EPOC, paridad, desgarro vaginal durante el parto, Antecedente de episiotomía, histerectomía previa, periodo intergenésico corto, vía de parto y parto con feto macrosómico.</p> <p>HE1: Los factores sociodemográficos asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 son edad, procedencia y grado de instrucción.</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Factores sociodemográficos</p> <p>Factores clínicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distopias Genitales • Edad • Procedencia • Grado de Instrucción • Estado nutricional • Antecedente de EPOC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Naturaleza del estudio: Cualitativo ▪ Según finalidad del estudio: Analítico ▪ Según el rol del investigador: Observacional ▪ Según el momento de recolección de los datos respecto al estudio: Retrospectivo ▪ Muestra: 204 participantes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos: 68 ▪ Controles: 136 	<p>Se aplicara la ficha de recolección de datos con las variables del estudio.</p> <p>Los datos obtenidos de las fichas de recolección serán consignados en el programa Excel 2019, para posteriormente procesarlo en el programa SPSS 20.</p> <p>Análisis Univariado</p> <p>Las variables cuantitativas se describirán con promedios y desviaciones estándar y las variables cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes.</p> <p>Análisis Bivariado</p> <p>Se evaluara la asociación entre los factores y el evento mediante la prueba de chi cuadrado, al ser un</p>

<p>atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?</p> <p>PE3: ¿Cuáles son los factores ginecoobstetricos (Paridad, desgarro vaginal durante el parto, Antecedente de episiotomía, histerectomía previa, periodo intergenésico corto, vía de parto, parto con feto macrosómico) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023?</p>	<p>atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023.</p> <p>OE3: Determinar los factores ginecoobstetricos (Paridad, desgarro vaginal durante el parto, Antecedente de episiotomia, histerectomía previa, periodo intergenésico corto, vía de parto, parto con feto macrosómico) asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas que fueron atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023</p>	<p>HE2: Los factores clínicos asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 son Estado nutricional, Antecedente de EPOC.</p> <p>HE3: Los factores ginecoobstetricos asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023 son Paridad, desgarro vaginal durante el parto, Antecedente de episiotomia, histerectomía previa, periodo intergenésico corto, vía de parto, parto con feto macrosómico.</p>	<p>Factores ginecoobstetricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Desgarro vaginal severo durante el parto • Antecedente de episiotomia • Histerectomía previa • Periodo intergenésico corto • Vía de parto • Parto con feto macrosómico 		<p>estudio casos y controles, calcularemos el Odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza, donde se consideraran asociaciones significativas si existe un $p < 0.05$</p> <p>Análisis Multivariado</p> <p>Al encontrarse asociaciones con múltiples variables, se optó por utilizar un método de regresión logística multivariado, en el que las variables participantes fueron incluidas en función del criterio estadístico ($p < 0.05$), para finalmente ser expresadas mediante Odds Ratio Ajustados</p>
--	---	--	-----------------------------------	--	--	---

ANEXO 2. Instrumento de investigación

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS “FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DISTOPIAS GENITALES EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2020-2023”

Fecha:		Historia Clínica:	
1) Diagnóstico de Distopias Genitales: Si: () No: ()			
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS			
2) Edad _____ años	3) Procedencia a) Urbano b) Rural	4) Grado de Instrucción a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior	
FACTORES CLINICOS			
5) Estado Nutricional a) Obesidad b) Sobrepeso c) Peso adecuado		6) Antecedente de EPOC a) Si b) No	
FACTORES GINECOOBSTETRICOS			
7) Paridad a) Primípara b) Multípara		8) Desgarro vaginal severo durante el parto: c) Si d) No	
9) Antecedente de episiotomía a) Si b) No		10) Histerectomía previa a) Si b) No	
11) Periodo Intergenésico Corto a) Si b) No	12) Vía de parto a) Cesárea b) Vaginal	13) Parto con Feto Macrosómico a) Si b) No	
14) Grado de Distopia Genital: a) I b) II c) III d) IV			

ANEXO 3. Cuadernillo de validación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

Instrucciones:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema:

“Factores asociados al desarrollo de distopias genitales en pacientes postmenopáusicas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020-2023”

Para la validez, generación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 10 interrogantes o ítems, las que se acompañarán con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representará una ausencia de elementos que absuelven, la interrogante planteada.
2. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
3. Significará la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representará la estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada.
5. Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

Se agradece anticipadamente su colaboración

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5

NOMBRE DEL MÉDICO: _____.

LUGAR DE TRABAJO: _____.

FIRMA: _____.

ANEXO 4. Validación del instrumento de investigación

Para probar la validez del instrumento de investigación se realizara un juicio de expertos, empleando el método Distancia del Punto Medio (DPP)

Procedimiento

- 1) Se elaboro la siguiente tabla, donde se colocarán los puntajes por ítems y sus promedios respectivos, brindados por los cinco médicos expertos.

ITEM	A	B	C	D	E	PROMEDIO
1	5	5	4	4	5	23
2	4	5	5	5	5	24
3	5	5	4	4	5	23
4	5	5	4	4	5	23
5	5	5	5	5	5	25
6	5	5	4	5	5	24
7	4	5	5	4	5	23
8	5	5	4	5	5	24
9	4	5	5	4	5	23
10	4	5	5	5	5	24

- 2) Con los promedios obtenidos se hallara la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP= \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots(x-y_{10})^2}$$

Donde:

X= Valor máximos en la escala.

Y= Promedio de cada ítem.

Evaluación:

Si DPP es igual a cero, indica que el instrumento posee una adecuación total con lo que se pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

DPP= 0.98

- 3) Se determinará la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Donde:

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y=1

D (máx.) = 12.65

- 4) La D (máx.) se dividirá entre el valor máximo de la escala:
Resultado: **2.53**

- 5) Con ese último valor hallado se construirá una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

A = adecuación total

B = adecuación en gran medida

C = adecuación promedio

D = escasa adecuación

E = Inadecuación

A

0.00 – 2.55

B

2.55 – 5.10

C

5.10 – 7.65

D

7.65 – 10.2

E

10.2 – 12.75

- 6) El punto DPP se localizó en las zonas **A**

Conclusión

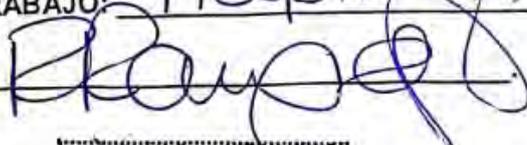
El valor obtenido del DPP en el estudio fue **0.98** encontrándose en la zona **A** lo que significa **adecuación total**.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					X
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				X	
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?					X
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?				X	
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?				X	

NOMBRE DEL MÉDICO: Roxana Ramírez Vargas

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Antonio Lorenc

FIRMA: 

Roxana Ramírez Vargas
Médico Gineco-Obstetra
CMP: 33568 RNE: 28659

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					5 X
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					5 X
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?					5 X
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?					5 X
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					5 X
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					5 X
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					5 X
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?					5 X
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?					5 X
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?					5 X

NOMBRE DEL MÉDICO: Hermógenes, Concha

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Antonio Larraín

FIRMA: _____

1177

Dr. Hermógenes Concha
 C.O. CIRUJANO
 C.F. TETRA
 CMP 0789-1

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				4	
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?				4	
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?				4	
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?				4	
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?				4	
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?					5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?					5

NOMBRE DEL MÉDICO: Cleddy Achahuanco Figueroa

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Antonia Lorenzini

FIRMA: _____


Cleddy Achahuanco Figueroa
 GINECÓLOGA OBSTETRA
 CMP 34793 - RNE 31878

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				X	
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?				X	
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					X
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				X	
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?					X
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?				X	
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?					X

NOMBRE DEL MÉDICO: Yessenia Cruz Rodríguez

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Antón Lora

FIRMA: _____

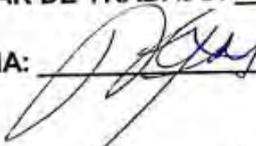


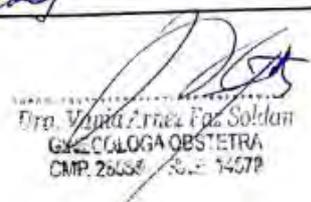
HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					/
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					/
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?					/
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares?					/
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					/
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					/
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					/
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?					/
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?					/
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?					/

NOMBRE DEL MÉDICO: Vania Arnez Paz Soldan

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Antonio Llorca

FIRMA: 


 Dra. Vania Arnez Paz Soldan
 GINECOLOGA OBSTETRA
 CMP. 26058 / S.C.E. 14579

ANEXO 5. Autorización de recolección de datos





GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO DIRECCION EJECUTIVA HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO

00471 VALOR: **S/ 5.00**

FORMULARIO MULTIPLE DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO

YO, SEÑOR(A): Mollobo Huilca, Jose Carlos

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

D.N.I. N° Y/O CARNET DE EXTRANJERIA: 46936059 N° CELULAR: 983060216

DOMICILIO: Camino Real 2501-B, Cusco

PETICIONA (MARCA EN EL CASILLERO QUE CORRESPONDA CON UN ASPA (X))

<input type="checkbox"/> Certificado Medico	<input type="checkbox"/> Constancia de Practica Pre-Profesional
<input type="checkbox"/> Constancia de Atencion Medica	<input type="checkbox"/> Certificado de Pagos y Descuentos
<input type="checkbox"/> Informe de Historia Clinica	<input type="checkbox"/> Regularizacion de Asistencia
<input type="checkbox"/> Record Operativo	<input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>solicito Revisión de</u>
<input type="checkbox"/> Constancia de Nacimiento	<u>Historia clinica, informacion de la</u>
<input type="checkbox"/> Constancia de Fallecimiento	<u>Unidad de estadística para realizar tesis</u>

REGISTRO: **06 FEB 2024**
 HORA: **11:52**
 EDICION: **12:21**

FIRMA: [Firma]

Datos de la peticion mas especifico (Adjuntar Requisitos Adicionales) Opcional.

Adjunto copia fisica de protocolo de tesis, Unidad de CA con informacion correspondiente.

Soy un Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad San Antonio Abad del Cusco.

FIRMA: [Firma]
 FECHA: 06/02/24

REG. 075-24
 007-02-24

→ con cie u81

paciente con diagnóstico de prolapso de organo pelvico

Hospital Antonio Lorena - Cusco

P. APPRECIACION

1	5
2	6
3	7
4	8

FECHA: 06/02/24 FIRMA: [Firma]

HOSPITAL ANTONIO LORENA
 UNIDAD DE CAPACITACION
 JEFE ESTADISTICA
 PARA: FACILIDAD DE ACCESO A LA INFORMACION
 FECHA: 08/02/24

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 HOSPITAL ANTONIO LORENA

Dr. Ruben D. Fernandez Alata
 MEDICO NUCLEAR - CMP 42374
 JEFE DE UNIDAD DE INVESTIGACION