



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA**

TEMA:

Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en la edad de 40 a 50 años atendidas en el Hospital IESS los Ceibos en el periodo 2020 - 2022.

AUTORA:

Andrade Santistevan Shirley Alejandra

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

Guayaquil, Ecuador

30 de septiembre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Andrade Santistevan Shirley Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de MÉDICO.

TUTOR



FIRMADO DIGITALMENTE POR:
DIEGO ANTONIO
VASQUEZ CEDENO

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 30 el mes de septiembre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Andrade Santistevan Shirley Alejandra**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en la edad de 40 a 50 años atendidas en el Hospital IESS los Ceibos en el periodo 2020 - 2022**, previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 del mes de septiembre del 2024

LA AUTORA



f. _____

Andrade Santistevan Shirley Alejandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrade Santistevan Shirley Alejandra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en la edad de 40 a 50 años atendidas en el Hospital IESS los Ceibos en el periodo 2020 - 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 del mes de septiembre del 2024

LA AUTORA



f. _____

Andrade Santistevan Shirley Alejandra

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios y a mi familia, por la fortaleza que me dio para culminar esta etapa en mi vida, agradezco cada consejo y enseñanza que me dieron, por estar en los momentos más difíciles de mi carrera y darme la mano para levantarme cada vez que había una dificultad en el camino.

Agradezco a mis padres, Shirley y Roberto, por apoyarme cuando decidí convertirme en doctora y estar incondicionalmente a mi lado, por el amor y la comprensión que siempre me han ofrecido. Por ser mi inspiración y mi ejemplo en la vida con valores que ayudaron a formarme como persona y como profesional. A mis hermanos Alfredo y Andrés por ser mis cómplices, ayudarme en cada momento difícil para mí, por darme un consejo cada que lo necesite y cuidar de mí siempre.

A mis tíos maternos y paternos por creer en mí y por apoyarme a su manera, por sus consejos que ayudaron a fortalecerme y a crecer tanto de manera personal como profesional. Especialmente a mi tía Rosa, quien es como mi segunda madre por escucharme, amarme y darme un abrazo cuando más lo necesitaba. Agradezco a cada uno de ustedes por sin ellos esto no hubiera sido posible.

A mis mejores amigas, Jennifer, María Mercedes, María Fernanda y Daniela, por estar cuando más la necesite, por apoyarnos en cada paso que dábamos en nuestra carrera, por estar en los momentos más difíciles tanto en el aspecto personal como profesional, ellas han sido respaldo y mi inspiración para ser mejor cada día. A cada uno de los amigos que hice durante mi carrera y aquellos que han formado parte de mi vida de alguna manera.

A mis maestros que han sido mi inspiración y motivación durante mi formación, aquellos que siempre han dado sus enseñanzas con el corazón y que su único objetivo siempre ha sido formar a ser humano responsable y capaces.

Agradezco a mi yo del pasado, por soñar e imaginar que esto siempre sería posible, por tu constancia, por tu fortaleza, por ser valiente y nunca dar nada por sentado sabido que siempre puedes dar más de ti.

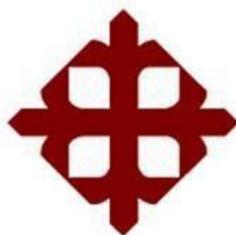
A mi tutor Diego Vásquez por el apoyo y comprensión con la que siempre me trató, por su guía en la realización de este proyecto.

Shirley Alejandra Andrade Santistevan

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a dios, a mis padres y amigos los que están conmigo en cada camino y también a los seres queridos que no están presentes en este mundo. A todas aquellas personas que son la razón por la que esto es posible hoy. A quienes me han brindado las posibilidades para llegar a este día, a pesar de las adversidades y contratiempos, pero se quedaron a mi lado y han hecho esto posible.

Shirley Alejandra Andrade Santistevan



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4 OBJETIVOS	5
1.5 HIPÓTESIS	5
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	6
1.7 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.8 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACION	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	8
2.2 BASES TEÓRICAS	10
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	19
3.1 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19
3.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO	19
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
4.1 RESULTADOS	22
4.2 DISCUSIÓN.....	30
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
5.1 CONCLUSIONES.....	32
5.2 RECOMENDACIONES.....	33
Referencias	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables	6
Tabla 2 Características de la población estudiada	22
Tabla 3 Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en el estudio.....	23
Tabla 4 Grupo etario de las usuarias con obesidad mórbida y prolapso uterino.....	24
Tabla 5 Chi-cuadrado de la relación entre el grupo etario de las usuarias con obesidad mórbida y prolapso uterino.....	24
Tabla 6 Año en el que se presentan más casos de pacientes con prolapso uterino.	25
Tabla 7 Chi-cuadrado de la relación entre el año de atención de las usuarias con obesidad mórbida y presencia de prolapso uterino.	25
Tabla 8 Mes en el que se presentan más casos de pacientes con Obesidad mórbida.	26
Tabla 9 Chi-cuadrado de la relación entre el mes de atención de las usuarias con obesidad mórbida.....	27
Tabla 10 Relación entre el tratamiento quirúrgico con la presencia de prolapso uterino en las pacientes con obesidad mórbida.....	27
Tabla 11 Chi-cuadrado de la relación entre el tratamiento quirúrgico con la presencia de prolapso uterino en las pacientes con obesidad mórbida.....	28
Tabla 12 Relación entre las enfermedades preexistentes con la existencia de prolapso uterino en usuarias con obesidad mórbida.....	28
Tabla 13 Chi-cuadrado de la relación entre las enfermedades preexistentes con la existencia de prolapso uterino en usuarias con obesidad mórbida.....	29

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1 Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en el estudio.....	23
Figura 2 Grupo etario de las usuarias con obesidad mórbida y prolapso uterino.....	24
Figura 3 Año en el que se presentan más casos de pacientes con prolapso uterino.....	25
Figura 4 Mes en el que se presentan más casos de pacientes con Obesidad mórbida.....	26
Figura 5 Relación entre el tratamiento quirúrgico con la presencia de prolapso uterino en las pacientes con obesidad mórbida.....	27
Figura 6 Relación entre las enfermedades preexistentes con la existencia de prolapso uterino en usuarias con obesidad mórbida.....	29

RESUMEN

Introducción: El prolapso uterino ocurre porque el útero desciende hasta la vagina, autores consideran que está relacionado con la obesidad mórbida, lo que explicaría su incremento en la tendencia de casos mundiales. **Objetivo general:** El propósito de esta investigación fue determinar la predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida de 40 a 50 años en el Hospital IESS los Ceibos periodo 2020 al 2022. **Metodología:** Tuvo un tipo de investigación descriptiva, correlacional, con diseño retrospectivo, y de corte transversal. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 100 mujeres con obesidad mórbida, de las cuales 43 presentaron prolapso uterino, la edad más frecuente fue entre los 46 a 50 años, se observaron que para la obesidad mórbida se presentaba el leiomioma intramural y la hipertensión arterial como enfermedades asociadas, y para el prolapso uterino fue la vaginitis atrófica. Además, el incremento de casos de prolapso uterino está estadísticamente relacionado con la necesidad de tratamiento quirúrgico. **Conclusión:** Es importante considerar un manejo integral para las mujeres con obesidad mórbida, especialmente por su predisposición a varias enfermedades.

Palabras claves: Prolapso – Uterino - Genital – Obesidad – Mórbida - Predisposición

ABSTRACT

Introduction: Uterine prolapse occurs because the uterus descends into the vagina, authors consider that it is related to morbid obesity, which would explain its increase in the trend of world cases. **General objective:** The purpose of this research was to determine the predisposition to uterine prolapse in morbidly obese women aged 40 to 50 years at the IESS Los Ceibos Hospital from 2020 to 2022. **Methodology:** It had a descriptive, correlational type of research, with a retrospective, and cross-sectional design. **Results:** The sample consisted of 100 morbidly obese women, of which 43 had uterine prolapse, the most frequent age was between 46 and 50 years, it was observed that for morbid obesity intramural leiomyoma and arterial hypertension were present as associated diseases, and for uterine prolapse it was atrophic vaginitis. Furthermore, the increase in cases of uterine prolapse is statistically related to the need for surgical treatment. **Conclusion:** It is important to consider comprehensive management for women with morbid obesity, especially due to their predisposition to several diseases.

Keywords: Prolapse – Uterine - Genital – Obesity – Morbid - Predisposition

INTRODUCCIÓN

El prolapso uterino se ha conformado en un problema de salud a nivel mundial y se espera que para el año 2050 su incidencia incremente y alcance los 4,9 millones de casos mundiales, especialmente en los países menos desarrollados.

(1) De igual forma, la obesidad mórbida es una patología que se considera una amenaza a la salud mundial, afectando a 1 de cada 8 personas en el mundo y se espera que triplicar su valor con el pasar de los años. (2)

Varios autores afirman una relación directa entre la obesidad mórbida y el prolapso uterino, pues la disminución del índice de masa corporal (IMC) está vinculada a una mejoría de la sintomatología del prolapso uterino. Por ello, el estudio de la asociación de ambas y la forma en la que pueden afectar la calidad de vida de las personas tiene gran importancia y trascendencia social. (3,4)

El presente estudio se centra en determinar la predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida atendidas en el Hospital IESS Los Ceibos durante el periodo de 2020 a 2022. Por lo tanto, este trabajo de investigación pretende identificar la asociación entre la obesidad mórbida y el prolapso uterino en el grupo etario establecido anteriormente. Identificando si la obesidad es un factor que predispone el desarrollo de prolapso uterino, brindando información importante para mejorar el manejo y prevención de esta condición, y así garantizar una vida plena para las mujeres.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El prolapso uterino sucede por una debilidad en los músculos y ligamentos que sostienen el útero, ocasionando que éste se deslice hacia la vagina. Esta condición puede afectar considerablemente el bienestar de las mujeres, porque general síntomas y molestias como incontinencia urinaria y dolor pélvico. Esta afección puede impactar considerablemente la calidad de vida de las mujeres, manifestándose en síntomas como incontinencia urinaria y dolor en la zona pélvica. Además, es una condición bastante común, afectando entre el 43% y el 76% de las mujeres en todo el mundo. Por otro lado, la obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más, está vinculada a una variedad de problemas de salud, incluyendo enfermedades cardiovasculares y metabólicas. (5–8)

Según diferentes estudios las mujeres con obesidad mórbida pueden estar en un mayor riesgo a desarrollar prolapso uterino, esto debido que la presión intraabdominal adicional que el exceso de peso ejerce sobre el suelo pélvico, puede debilitar los tejidos de soporte del útero, facilitando su prolapso. De igual manera, la pérdida de peso ayuda a disminuir la sintomatología del prolapso uterino, y con ello la calidad de vida de las pacientes. (9,10)

Cabe recalcar que entre los años 2020 y 2022, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud pública. Varias investigaciones han demostrado que el confinamiento y la disminución de la actividad física durante este período han agravado problemas de salud preexistentes, como la obesidad

severa.(11) Por lo anterior expuesto, se puede considerar este un factor influyente en el aumento de obesidad mórbida y con ello el incremento de complicaciones como el prolapso uterino en las pacientes del Hospital IESS Los Ceibos, por ello es importante la investigación de esta relación, y los factores que influyen, y así ayudar en el manejo dirigido a preservar la calidad de vida de las pacientes.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida de 40 a 50 años atendidas en el Hospital IESS los Ceibos periodo 2020 al 2022?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación es crucial para comprender las consecuencias que el exceso de peso puede ocasionar en la salud reproductiva de las mujeres. La obesidad mórbida es una patología que implica varios riesgos para la salud de las mujeres, entre los que se encuentran los problemas ginecológicos, como el prolapso uterino, el que puede estar relacionado con el incremento de la presión abdominal y el debilitamiento de los tejidos conectivos.

Comprender esta relación puede tener importantes consecuencias para la prevención y el tratamiento del prolapso uterino en las mujeres de obesidad mórbida. Ser capaz de distinguir los factores de riesgo y sus mecanismos procederá, posteriormente, a mejorar los mecanismos de detección y tratamiento de dicha condición, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las mujeres con esta enfermedad; además, esta investigación podría contribuir a la toma de conciencia y a la enseñanza de mantener un peso saludable con el fin de prevenir esta clase de problemas ginecológicos, promoviendo así un enfoque holístico del cuidado de la salud para la mujer.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Determinar la predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida de 40 a 50 años atendidas en el Hospital IESS los Ceibos periodo 2020 al 2022.

1.4.2 Objetivos específicos

- Establecer las características generales de las usuarias con obesidad mórbida estudiadas.
- Definir el grupo etario de las usuarias con obesidad mórbida y prolapso uterino y su relación.
- Identificar el año y el mes en el que se presentan más casos de pacientes con prolapso uterino y si están relacionados entre sí.
- Indicar el mes en el que se presentan la mayoría de los casos de obesidad mórbida y su relación estadística.
- Asociar la necesidad de tratamiento quirúrgico con la presencia de obesidad mórbida y prolapso uterino en las pacientes.
- Correlacionar las enfermedades preexistentes con la existencia de prolapso uterino en la población estudiada.

1.5 HIPÓTESIS

H₀: La obesidad mórbida no es un factor de riesgo importante en el desarrollo de prolapso uterino en mujeres de 40 a 50 años.

H₁: La obesidad mórbida no es un factor de riesgo importante en el desarrollo de prolapso uterino en mujeres de 40 a 50 años.

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1 Operacionalización de las variables

Nombre de variables	Definición de la variable	Tipo y escala	Unidad de medición
Grupo Etario	Rango determinado de años transcurridos desde el nacimiento hasta el tiempo actual	Categorica Nominal Dicotómica	40 - 45 años. 46 - 50 años.
Año	Periodo conformado por doce meses que inicia y termina en un tiempo específico.	Numérica Escala de razón Discreta	2020 2021 2022
Mes	Conjunto de días seguidos que se agrupan en las doce partes que conforman el año.	Categorica Nominal Politómica	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre
Obesidad mórbida	Obesidad definida por un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más, o un IMC de 35 o más cuando se presenta al menos una enfermedad importante o una discapacidad grave relacionada con el exceso de peso.	Categorica Nominal Dicotómica	Si No
Enfermedades preexistentes	Enfermedad de una persona que está asociada a mayor probabilidad de padecer una patología.	Categorica Nominal Politómica	Describir
Prolapso uterino	Descenso de los órganos pélvicos por debilitamiento de músculos o ligamentos.	Categorica Nominal Dicotómica	Si No
Tratamiento quirúrgico	Procedimiento quirúrgico realizado para abordar una enfermedad o problema de salud.	Categorica Nominal Dicotómica	Si No

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC

Elaborado por: S. Andrade

1.7 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Prioridades de Investigación Ministerio de Salud Pública

- **Naturaleza:** Positivista
- **Campo de investigación:** Adultos
- **Área de investigación:** Nutricionales
- **Línea de investigación:** Obesidad y sobrepeso
- **Sublínea de investigación:** Perfil epidemiológico
- **Tema por investigar:** Predisposición de prolapso uterino en pacientes con obesidad mórbida
- **Lugar:** Hospital General del Norte de Guayaquil Ceibos
- **Periodo:** 2020 – 2022

1.8 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación tiene viabilidad debido a que cuenta con la aprobación del tema por parte de los directivos de la institución de educación superior y también el permiso de las autoridades del Hospital mencionado, para el uso responsable de la información de determinados pacientes. La factibilidad se basa en la disponibilidad de recursos científicos e información necesaria para ampliar la investigación. Cabe recalcar que no existen obstáculos legales y no se cuenta con ningún tipo de financiamiento de entidades externas para la realización del presente proyecto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

El artículo publicado por Friedman et al., en el 2022, trató de investigar si el índice de masa corporal (IMC) influye en la manera en que se presentan los signos y síntomas del prolapso de órganos pélvicos. Mediante una investigación observacional retrospectiva utilizando datos de mujeres que presentaban síntomas de disfunción del suelo pélvico y del tracto urinario inferior entre abril de 2012 y octubre de 2015. Las pacientes participaron en una entrevista estructurada, se sometieron a un examen clínico y se realizaron ecografías transperineales en 4D (TPUS). Como resultado se obtuvo que el peso y el IMC tienen un impacto estadísticamente significativo en la percepción de los signos y síntomas del prolapso, así a mayor obesidad menos clínica de algún grado de prolapso notará la paciente, esto sin importar si se trata de un diagnóstico clínico o por imágenes. En conclusión, la obesidad puede ocultar los signos del prolapso, sin embargo, un IMC bajo incrementa la probabilidad de que el paciente detecte un grado específico de prolapso. (12)

Gyulmammadova, en su investigación en el 2023, quiso determinar la relación entre la obesidad y el prolapso uterino, para ello evaluó el grado del prolapso mediante el empleo de cuestionarios, subescalas y medición del IMC. Dando como resultado la edad promedio de las pacientes fue de 44,11 años con una desviación estándar de 4,38 años; el índice de masa corporal promedio fue de 24,88 kg/m², con una desviación estándar de 3,22 kg/m². Concluyó que la obesidad y el prolapso uterino en mujeres, a pesar de que tienen una correlación directa, no es significativa estadísticamente. (13)

En la investigación realizada por Kim et al., en el 2024, para determinar aquellos factores de riesgo de prolapso en coreanas. Utilizó una base de datos de controles médicos desde el 2003 al 2011 de mujeres posmenopáusicas con prolapso y sin prolapso, obteniendo como resultado un aumento en el riesgo de prolapso de órganos pélvicos con el sobrepeso y los partos múltiples, por el contrario, disminuía su riesgo con el alcoholismo, tabaquismo y el ejercicio. Sin embargo, la edad de menarquia, edad de inicio de menopausia y el nivel socioeconómico no estaban asociados al prolapso. (14)

En la revisión bibliográfica de Zenebe et al., en el 2021, realizada para resumir los resultados encontrados acerca del peso corporal y su efecto en el prolapso de órganos pélvicos. A través de la búsqueda de artículos publicados en fuentes confiables e indexadas, que incluyeron 14 estudios con diversas metodologías, durante el periodo del 30 de marzo del 2005 al 30 de marzo del 2020. Demostrando que el IMC no tiene significancia estadística con el prolapso, pero a pesar del resultado se recomienda ampliar la investigación para impedir limitaciones en su realización. (15)

Kayembe et al., en su trabajo investigativo publicado en el 2021, destinado a establecer los factores relacionados al prolapso genital en las pacientes atendidas en un Hospital de Kinshasa, a través de un estudio de casos retrospectivo a 148 historias clínicas durante enero del 2008 a diciembre del 2017, obteniendo la asociación de la obesidad, menopausia, macrosomía fetal, parto vaginal y desgarros perineales como factores en el prolapso de órganos pélvicos. (16)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Prolapso uterino

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) ocurre cuando uno o más de los órganos ubicados en la pelvis, como el útero, la vagina, la uretra, la vejiga, el recto, el colon sigmoide o el intestino delgado, se desplazan de su posición normal. Este descenso es resultado de un debilitamiento en las estructuras que normalmente sostienen estos órganos, y puede variar en su gravedad. El POP es una afección significativa dentro de los trastornos del suelo pélvico (SP) y a menudo requiere un tratamiento que involucre a varios especialistas para abordar de manera integral el problema. (17–19)

2.2.2 Epidemiología

La incidencia del prolapso de órganos pélvicos tiende a crecer con la edad. Aunque no se conoce con precisión la prevalencia exacta de esta condición, se estima que en Estados Unidos se realizan aproximadamente 200.000 cirugías anuales para tratarla. A pesar de que entre el 41% y el 50% de las mujeres pueden mostrar indicios de prolapso durante un examen físico, solo alrededor del 3% experimenta síntomas significativos. Se prevé que para el año 2050, la incidencia del prolapso aumente en un 46%, alcanzando unos 4,9 millones de casos. (18) Por otro lado, según datos del Global Burden of Disease (GBD), la incidencia global de prolapso de órganos pélvicos ha disminuido en los últimos 30 años. Esta condición, sin embargo, continúa siendo más frecuente en los países con escasos ingresos. Esta desigualdad está relacionada con las particularidades de desarrollo económico que provoca una distribución desigual de los recursos médicos. Como consecuencia, el impacto de las enfermedades

crónicas que están relacionadas con el prolapso de los órganos pélvicos es mayor en los países con menos ingresos. (20) Este incremento generaría un notable impacto en el bienestar físico, emocional y social de las pacientes que presenten síntomas, afectando negativamente su calidad de vida en general. (1)

2.2.3 Etiología

DeLancey en su investigación explicó que el soporte adecuado del suelo pélvico depende de la colaboración entre los músculos elevadores del ano y los tejidos conectivos que estabilizan la vagina en diferentes niveles. Sin embargo, si los tejidos que hacen de soporte se debilitan, se manifiestan los problemas del suelo pélvico. Normalmente la vagina se mantiene horizontal, sobre los músculos elevadores del ano. Pero, si estos músculos se debilitan, la vagina adopta una posición más vertical, lo que provoca que la vagina se abra y afecte la estabilidad proporcionada por los tejidos conectivos. Modelos biomecánicos sugieren que la segunda etapa del parto puede estirar los músculos elevadores del ano más del 200% de su capacidad, lo que puede contribuir a lesiones. (18)

En conclusión, el POP es una afección común que tiene una etiología multifactorial. Una combinación de factores anatómicos, fisiológicos, genéticos, relacionados con el estilo de vida y reproductivos contribuyen a la disfunción del suelo pélvico a lo largo de la vida de una mujer. (18)

2.2.4 Factores de riesgo

Varios factores contribuyen al debilitamiento del tejido conectivo y el colágeno del suelo pélvico, lo que puede llevar al prolapso de los órganos a través de las paredes vaginales. Entre los factores predisponentes no modificables se encuentran la raza, el género y la predisposición genética. Sin embargo, hay

factores de riesgo modificables que pueden ser abordados para prevenir o manejar la enfermedad, como la ocupación, la obesidad, el tabaquismo y las infecciones. Además, eventos como el parto pueden ser desencadenantes significativos, ya que pueden causar daño a los músculos, tejidos conectivos, vasos sanguíneos y nervios del suelo pélvico. (3,21)

- **IMC/Obesidad**

La obesidad tiene un impacto directo en los síntomas del prolapso, ya que el aumento constante de la presión dentro del abdomen ejerce una presión excesiva sobre las estructuras pélvicas, incluido el nervio pudendo. Además, condiciones como la diabetes pueden empeorar la calidad del tejido debido a la neuropatía, así como a factores genéticos y la hipermovilidad articular. (3,4)

- **Genética**

Se ha establecido que la predisposición genética juega un papel importante en el prolapso de órganos pélvicos (POP), además de otros factores de riesgo. Las mujeres con antecedentes familiares de POP tienen una incidencia 2,5 veces mayor de desarrollar esta condición en comparación con la población general. Diversos estudios han mostrado que el POP está asociado con afecciones que afectan la calidad del colágeno, sugiriendo una predisposición genética. En particular, se ha observado un aumento en enfermedades relacionadas con el colágeno, como las venas varicosas y la hipermovilidad articular, en mujeres con POP, siendo esta última un indicador clínicamente relevante de la condición.(3)

- **Historia obstétrica y ginecológica**

a) Paridad: La multiparidad es un importante factor de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos (POP). Las mujeres con un hijo tienen cuatro veces más

riesgo de requerir atención hospitalaria por POP, y con dos hijos, el riesgo aumenta 8,4 veces en comparación con las que no han tenido hijos. Sin embargo, la paridad no aumenta el riesgo de recurrencia del prolapso. (3,4)

- b) Modo de parto y trauma obstétrico: El parto vaginal es fundamental en el daño al suelo pélvico y en el desarrollo del prolapso de órganos pélvicos (POP). La mayor parte del daño se produce durante el primer y segundo parto, y se observa un fenómeno llamado "balonización", que indica la expansión de los músculos elevadores del ano. Los partos instrumentales, especialmente con fórceps, elevan el riesgo de POP. Aunque menos frecuente, el prolapso también puede ocurrir en mujeres que no han tenido partos vaginales. (3,4,22)
- c) Elongación cervical: Se ha encontrado que alrededor del 40% de las mujeres con prolapso uterino presentan una longitud cervical que es aproximadamente un 36% mayor en comparación con las mujeres que no tienen prolapso uterino.
- d) Histerectomía: Las mujeres con antecedentes de histerectomía previa tienen un mayor riesgo de prolapso del compartimento central. Esto puede ser ocasionado por daño al tejido conectivo pélvico, alteraciones en el suministro de sangre e inervación, y una fijación inadecuada del ápice vaginal durante la cirugía.

- **Menopausia**

Durante la menopausia, los cambios en la concentración y calidad del colágeno, la morfología del tejido conectivo y el papel del estrógeno en el metabolismo del colágeno son todos indicadores de la participación del estrógeno en el desarrollo

del POP. En mujeres posmenopáusicas con POP, se encontraron concentraciones significativamente más bajas de estrógeno sérico y concentraciones más bajas de receptores de estrógeno en los ligamentos del suelo pélvico en comparación con mujeres sin POP.

- **Condiciones que aumentan la presión intraabdominal:**

Factores de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos (POP) incluyen la tos crónica, el estreñimiento, la obesidad, así como estilos de vida u ocupaciones que implican levantar objetos pesados. También se consideran riesgosas las condiciones médicas que afectan el tejido conectivo, como el síndrome de Ehlers-Danlos y el síndrome de Marfan.(3,22)

2.2.5 Anatomía del suelo pélvico

En las mujeres, el soporte de los órganos pélvicos se logra a través de la colaboración entre los músculos del suelo pélvico y los tejidos conectivos que se anclan a la pelvis ósea. El músculo elevador del ano, que incluye los músculos pubococcígeo, puborrectal e iliococcígeo, brinda el soporte principal, proporcionando una base sólida pero flexible para los órganos pélvicos. Además, los ligamentos uterosacros y cardinales ayudan a mantener los órganos pélvicos en su lugar, permitiendo que los músculos pélvicos ofrezcan un soporte eficaz. El soporte de los órganos pélvicos se clasifica en tres niveles interconectados de soporte vaginal, los cuales están integrados en una red continua de fascia endopélvica, (23) que son:

Nivel 1- Complejo ligamento uterosacral/cardinal: Este sistema sostiene el útero y la parte superior de la vagina, conectándolos al sacro y a la pared lateral de la pelvis. Incluye las fibras verticales del paracolpio, que continúan con el complejo

de ligamentos uterosacro y cardinal, y se insertan de manera variable en el cuello uterino y la vagina. (23)

Nivel 2 – Uniones paravaginales: Este soporte se extiende desde la vagina hasta la fascia superior del músculo elevador del ano y la pelvis del arco tendinoso en su fascia. La pérdida de este soporte está relacionada con el prolapso de la pared vaginal anterior, conocido como cistocele. (23)

Nivel 3 – Cuerpo perineal, membrana perineal y músculos perineales superficiales y profundos: Este soporte sostiene el tercio distal de la vagina. La pérdida de soporte anteriormente puede causar hipermovilidad uretral, y posteriormente puede resultar en un rectocele distal o en un descenso del perineo. (23)

2.2.6 Diagnóstico

Los estudios de laboratorio no han demostrado ser útiles para diagnosticar el prolapso uterino. La principal forma de diagnóstico sigue siendo una evaluación detallada de la historia clínica de la paciente junto con los hallazgos del examen pélvico. No obstante, las imágenes obtenidas mediante ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética pueden mostrar los segmentos prolapsados y ayudar a confirmar el diagnóstico. (24,25)

2.2.7 Tratamiento

La elección entre tratamiento conservador y quirúrgico depende de varios factores, como la edad de la paciente, sus planes de fertilidad y función sexual futura, la gravedad de los síntomas y cualquier problema médico adicional. El tipo de prolapso también influye en la decisión del tratamiento. Los objetivos principales del tratamiento son aliviar los síntomas, mantener o mejorar la función

sexual, prevenir nuevos defectos de soporte e incontinencia, y restablecer un soporte pélvico adecuado. (18,26,27)

Tratamiento conservador

El tratamiento conservador está conformado por:

- Reducir o manejar los factores de riesgo, incluyendo cambios en el estilo de vida, es fundamental. En mujeres con sobrepeso u obesidad, la pérdida de peso puede ayudar a mejorar el prolapso de órganos pélvicos (POP).
- Tratamiento local con hormonas, si es posible realizarlo considerando las características de la paciente.
- Los ejercicios para fortalecer los músculos del suelo pélvico pueden ser útiles para aliviar los síntomas de disfunción en mujeres con prolapso en los estadios I-III. Aunque la rehabilitación puede reducir los síntomas, no se ha demostrado que disminuya la gravedad del prolapso. Además, estos ejercicios no parecen mejorar los síntomas en mujeres que han sido sometidas a una cirugía de prolapso de cúpula.
- Los pesarios se consideran una opción efectiva para mujeres con prolapso. Después de colocar un pesario, se recomienda el uso de estrógenos tópicos y antisépticos vaginales, así como una vigilancia regular para asegurar su eficacia y el bienestar de la paciente. (17)

Tratamiento quirúrgico

La cirugía es recomendada cuando el prolapso de órganos pélvicos (POP) causa síntomas que afectan la calidad de vida, como la sensación de un bulto en los genitales externos que resulta incómodo para la paciente. Esto generalmente se

observa en prolapso de estadio II o más avanzado. Es importante tener en cuenta las expectativas de la paciente y los resultados esperados de las distintas opciones quirúrgicas al considerar el tratamiento. (28,29)

El objetivo de la cirugía es lograr una mejora anatómica que alivie el principal síntoma desde la perspectiva de la paciente. También busca corregir las disfunciones identificadas en el estudio preoperatorio que pueden ser abordadas quirúrgicamente, y aplicar estrategias para prevenir la recurrencia del prolapso y el desarrollo de nuevas disfunciones. Sin embargo, es importante señalar que estos objetivos no siempre se logran y dependen en gran medida de las características individuales de la paciente y de los factores de riesgo de recurrencia.(30,31) Las técnicas quirúrgicas pueden ser:

- a) Obliterativas (colpocleisis): El objetivo de este tratamiento es cerrar el hiato genital para contener el prolapso. Se utiliza comúnmente en pacientes de edad avanzada, con prolapsos severos o recidivas, que tienen un riesgo quirúrgico alto para una cirugía reconstructiva y están dispuestas a aceptar la posible incapacidad para mantener relaciones sexuales coitales. El procedimiento se realiza siempre a través de la vía vaginal.(18)
- b) Reconstructivas: Su objetivo es lograr el mejor resultado tanto anatómico como funcional. El abordaje quirúrgico puede realizarse de forma vaginal, a través de una cirugía abdominal abierta o mediante laparoscopia. (18)

2.2.9 Obesidad mórbida

La obesidad mórbida, definida por la OMS como un índice de masa corporal (IMC) de 40 kg/m² o más, sigue en aumento junto con la pandemia de obesidad global. Según los CDC en EE. UU., más del 40% de los adultos estadounidenses

son obesos, y se estima que casi la mitad de la población será obesa para 2030. Además, se prevé que la obesidad severa se triplique, afectando a aproximadamente 1 de cada 4 adultos en EE. UU. Datos similares se observan en el Reino Unido y en otras partes del mundo. (2)

2.2.9 Obesidad mórbida y complicaciones ginecológicas

La obesidad mórbida impacta profundamente en la vida y salud de las mujeres a lo largo de todas las etapas de su vida, desde la adolescencia y los años reproductivos hasta la posmenopausia. En ginecología, se observa una mayor incidencia de trastornos menstruales e infertilidad, con menores tasas de éxito en tratamientos de reproducción asistida. También hay un mayor riesgo de aborto espontáneo, prolapso de órganos pélvicos y cánceres como el de endometrio, ovario y mama. (2,32)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación utilizó un estudio descriptivo, debido a que observa y analiza las distintas características de la población estudiada con obesidad mórbida, también es correlacional porque relaciona estas características entre sí para determinar asociación estadística entre las diversas variables. Es de corte transversal porque sitúa la investigación en un momento determinado. Y con respecto al tiempo en el que está ubicado la investigación es retrospectiva, ya que recolecta información de historias clínicas que datan del periodo 2020 al 2022.

Cabe recalcar que en el presente estudio se utilizó el total del universo de pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida, con un rango de edad específico para conocer la predisposición de prolapso uterino en estas pacientes, y los factores de riesgo que intervienen en la población.

3.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Descripción de la muestra

- **Población:** La población está conformada por las usuarias con Obesidad mórbida de 40 a 50 años de edad.
- **Muestra:** Se utilizará la totalidad de la población por lo que la muestra es la totalidad de la población

Criterios de inclusión

- Usuarías de 40 a 50 años de edad.

- Usuarías con un IMC mayor o igual a 40 kg/cm²
- Usuarías atendidas entre los años 2020 al 2022.
- Mínimo una atención en el servicio de Ginecología.

Criterios de exclusión

- Usuarías de menores de 40 años o mayores de 50 años de edad.
- Usuarías con un IMC menor que 40 kg/cm²
- Usuarías atendidas fuera del periodo de estudio y que no hayan sido atendidas por el servicio de ginecología.
- Usuarías en periodo de gestación.

Método de muestreo

Para seleccionar la población y muestra del estudio se utilizó un muestreo no aleatorio, escogiendo sólo las usuarias que tenían características específicas que estén acorde a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados.

Método de recolección de datos

Mediante la base de datos otorgada por el Hospital mencionado se selecciona a la población del estudio que cumpla con los criterios de inclusión y empleando la historia clínica electrónica almacenada en el sistema operativo institucional se obtienen los datos faltantes para completar el resto de las variables necesarias para la investigación desde el año 2020 al 2022.

Estrategia de análisis estadístico

Se empleará una matriz en el sistema informáticos Microsoft Excel, realizada a base de la operacionalización de variables, para introducir toda la información obtenida de las historias clínicas, para luego pasar estos datos en el sistema estadístico IBM SPSS Statistics versión 29 y obtener medidas de tendencia central y correlacionar variables para identificar significancia estadística.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Tabla 2 Características de la población estudiada

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
AÑO DE ATENCIÓN	<i>2020</i>	13	13,0
	<i>2021</i>	42	42,0
	<i>2022</i>	45	45,0
GRUPO ETARIO	<i>40 a 45</i>	51	51,0
	<i>46 a 50</i>	49	49,0
MES DE ATENCIÓN	<i>Abril</i>	6	6,0
	<i>Agosto</i>	12	12,0
	<i>Diciembre</i>	6	6,0
	<i>Enero</i>	16	16,0
	<i>Febrero</i>	15	15,0
	<i>Junio</i>	6	6,0
	<i>Marzo</i>	9	9,0
	<i>Mayo</i>	6	6,0
	<i>Noviembre</i>	3	3,0
	<i>Octubre</i>	9	9,0
	<i>Septiembre</i>	12	12,0
ENFERMEDADES EXISTENTES	<i>Anemia</i>	3	3,0
	<i>Candidiasis</i>	3	3,0
	<i>Diabetes mellitus</i>	12	12,0
	<i>Displasia</i>	6	6,0
	<i>E. I. C. U.</i>	3	3,0
	<i>Hipertensión arterial</i>	13	13,0
	<i>Leiomioma intramural</i>	21	21,0
	<i>Mastodinia</i>	3	3,0
	<i>Mastopatía</i>	3	3,0
	<i>No Registra</i>	12	12,0
	<i>S. O. P.</i>	5	5,0
	<i>Vaginitis</i>	16	16,0
PROLAPSO UTERINO	<i>No</i>	57	57,0
	<i>Si</i>	43	43,0
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	<i>No</i>	85	85,0
	<i>Si</i>	15	15,0
	<i>Total</i>	100	100,0

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC
Elaborado por: S. Andrade

Análisis: En la tabla se presentan las características de las usuarias con obesidad mórbida que conformaron el estudio. La investigación aborda el periodo desde el año 2020 al 2022, desde los cuales se evidencia un incremento hasta alcanzar el 45% en el año 2022; cuyo mes de atención más frecuente fue enero con el 16%, seguido de febrero, agosto y septiembre con 15%, 12% y 12% respectivamente. El grupo etario más prevalente en la población fue de 40 a 45 años con el 51 %. Las enfermedades existentes que se observaron mayoritariamente en la población fueron leiomioma intramural uterino con el 21% y vaginitis atrófica con el 16% del total. La mayor parte de la población, el 57% no presentó prolapso uterino, además el 85% de las usuarias estudiadas no requirieron tratamiento quirúrgico.

Tabla 3 Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en el estudio.

		OBESIDAD MÓRBIDA	
		Si	No
PROLAPSO UTERINO	No	57	57
	Si	43	43
Total		100	100

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC
Elaborado por: S. Andrade

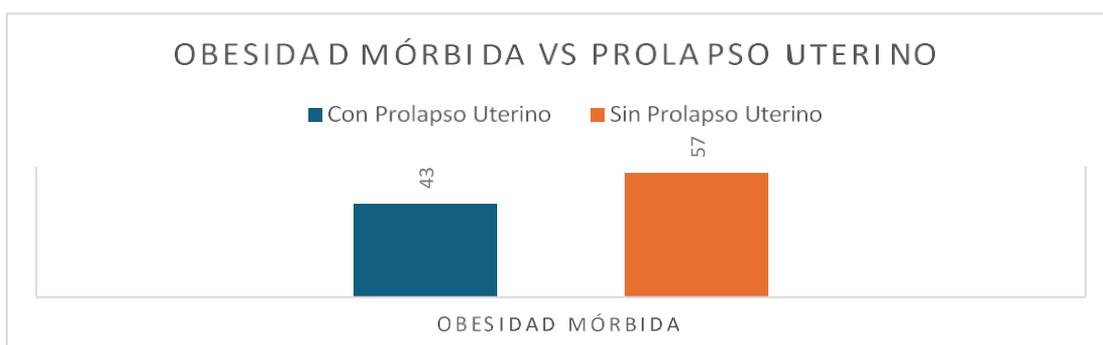


Figura 1 Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en el estudio.

Análisis: En la tabla previa se puede observar la frecuencia de prolapso uterino en el 43% de las usuarias con obesidad mórbida, frente al 57% de usuarias sin prolapso uterino en el presente estudio.

Tabla 4 Grupo etario de las usuarias con obesidad mórbida y prolapso uterino.

		GRUPO ETARIO		Total
		40 a 45	46 a 50	
PROLAPSO UTERINO	No	39	18	57
	Si	12 (28%)	31 (72%)	43 (100%)
Total		51	49	100

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC

Elaborado por: S. Andrade

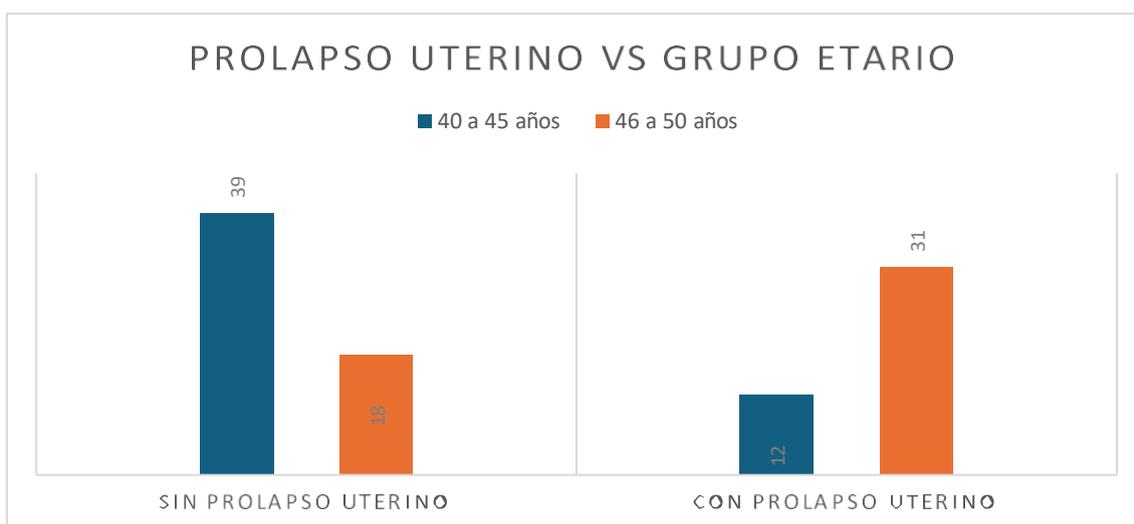


Figura 2 Grupo etario de las usuarias con obesidad mórbida y prolapso uterino.

Análisis: En la tabla y gráfico previos se presenta el grupo etario más prevalente en las pacientes prolapso uterino y obesidad mórbida, observándose el 72% en el grupo de 46 a 50 años y el 28% restante en el grupo de 40 a 45 años de edad.

Tabla 5 Chi-cuadrado de la relación entre el grupo etario de las usuarias con obesidad mórbida y prolapso uterino.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,099a	1	<,001
Corrección de continuidad^b	14,518	1	<,001
Razón de verosimilitud	16,575	1	<,001
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 21,07.

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC

Elaborado por: S. Andrade

Análisis: La tabla de Chi-cuadrado previa con una significancia asintótica menor de 0,001 comprueba la existencia de una significancia estadística entre el grupo

etario de las usuarias con obesidad mórbida y la presencia de prolapso uterino en la población del estudio.

Tabla 6 Año en el que se presentan más casos de pacientes con prolapso uterino.

		AÑO DE ATENCIÓN			Total
		2020	2021	2022	
PROLAPSO UTERINO	No	6	24	27	57
	Si	7(16%)	18 (42%)	18(42%)	43
Total		13	42	45	100

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC
Elaborado por: S. Andrade

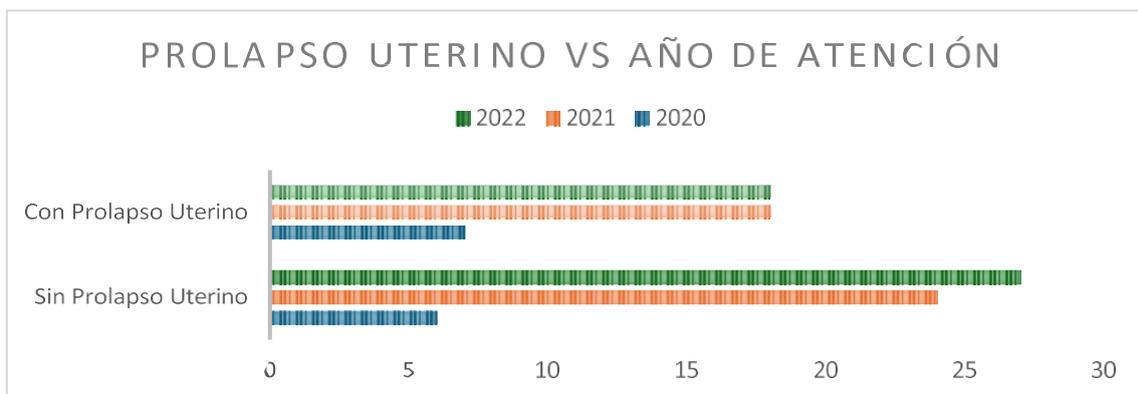


Figura 3 Año en el que se presentan más casos de pacientes con prolapso uterino.

Análisis: La tabla y el gráfico muestran la frecuencia con que se presenta el prolapso uterino en las usuarias con obesidad mórbida con respecto a los años estudiados, evidenciando un aumento con el pasar de los años, teniendo el 42% de los casos en el 2022, 42% en el 2021 y el 16% restante en el 2020.

Tabla 7 Chi-cuadrado de la relación entre el año de atención de las usuarias con obesidad mórbida y presencia de prolapso uterino.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,790 ^a	2	,674
Razón de verosimilitud	,783	2	,676
N de casos válidos	100		
a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,59.			

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC
Elaborado por: S. Andrade

Análisis: En la tabla de Chi-cuadrado previa se observa una significancia asintótica de 0.674 (mayor de 0,05) lo que descarta que exista una relación estadísticamente significativa estadística entre el año de atención de las usuarias con obesidad mórbida y la presencia de prolapso uterino en la población estudiada.

Tabla 8 Mes en el que se presentan más casos de pacientes con Obesidad mórbida.

		MES DE ATENCIÓN											Total	
		Abril	Agosto	Diciembre	Enero	Febrero	Julio	Junio	Marzo	Mayo	Noviembre	Octubre		septiembre
AÑO DE ATENCIÓN	2020	0	0	0	4	3	0	0	6	0	0	0	0	13
	2021	3	9	0	6	6	0	3	0	6	0	3	6	42
	2022	3	3	6	6	6	0	3	3	0	3	6	6	45
Total		6	12	6	16	15	0	6	9	6	3	9	12	100

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC
Elaborado por: S. Andrade



Figura 4 Mes en el que se presentan más casos de pacientes con Obesidad mórbida.

Análisis: La tabla y gráfico previos evidencian que los casos de obesidad mórbida han tenido un crecimiento con el pasar de los años, obteniendo el 13% de casos en los meses de enero, febrero, octubre, septiembre y diciembre del 2022; en el 2021 se presenta el 21% de casos en agosto y el 46% de casos en marzo del 2020.

Tabla 9 Chi-cuadrado de la relación entre el mes de atención de las usuarias con obesidad mórbida.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,617 ^a	20	<,001
Razón de verosimilitud	61,822	20	<,001
N de casos válidos	100		

a. 25 casillas (75,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,39.

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC

Elaborado por: S. Andrade

Análisis: La tabla de Chi-cuadrado demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre el mes de atención de las usuarias y la presencia de obesidad mórbida en la población estudiada, con una significancia asintótica menor de 0,001.

Tabla 10 Relación entre el tratamiento quirúrgico con la presencia de prolapso uterino en las pacientes con obesidad mórbida.

		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO		Total
		No	Si	
PROLAPSO UTERINO	No	57	0	57
	Si	28 (65%)	15 (34%)	43
Total		85	15	100

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC

Elaborado por: S. Andrade

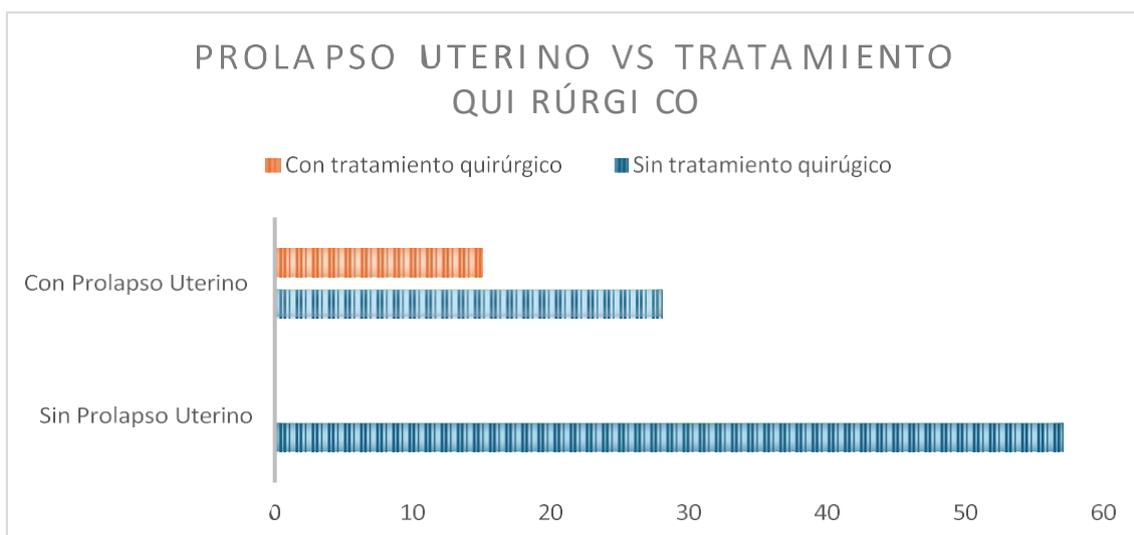


Figura 5 Relación entre el tratamiento quirúrgico con la presencia de prolapso uterino en las pacientes con obesidad mórbida.

Análisis: En la tabla y gráfico previos demuestra que el 34% de las usuarias con prolapso uterino requirieron tratamiento quirúrgico y el 65% restante no ameritaron cirugía como tratamiento del prolapso uterino.

Tabla 11 Chi-cuadrado de la relación entre el tratamiento quirúrgico con la presencia de prolapso uterino en las pacientes con obesidad mórbida.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,393 ^a	1	<,001
Corrección de continuidad^b	20,737	1	<,001
Razón de verosimilitud	28,924	1	<,001
N de casos válidos	100		
a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,45.			
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2			

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC
Elaborado por: S. Andrade

Análisis: En la tabla de Chi-cuadrado se observa una significación asintótica menor de 0,001, mostrando una significancia estadística en la relación entre la existencia de prolapso uterino y la necesidad de cirugía como tratamiento de las usuarias con obesidad mórbida.

Tabla 12 Relación entre las enfermedades preexistentes con la existencia de prolapso uterino en usuarias con obesidad mórbida.

		ENFERMEDADES PREEXISTENTES											Total	
		Anemia	Candidiasis	Diabetes mellitus	Displasia cervical	E.I.C.U.	Hipertensión	Leiomioma intramural	Mastodinia	Mastopatía	S.O.P.	Vaginitis atrófica		No registra
PROLAPSO UTERINO	No	3	0	9	3	0	10	18	3	0	5	6	0	57
	Si	0	3	3	3	3	3	3	0	3	0	10	12	43
Total		3	3	12	6	3	13	21	3	3	5	16	12	100

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC
Elaborado por: S. Andrade

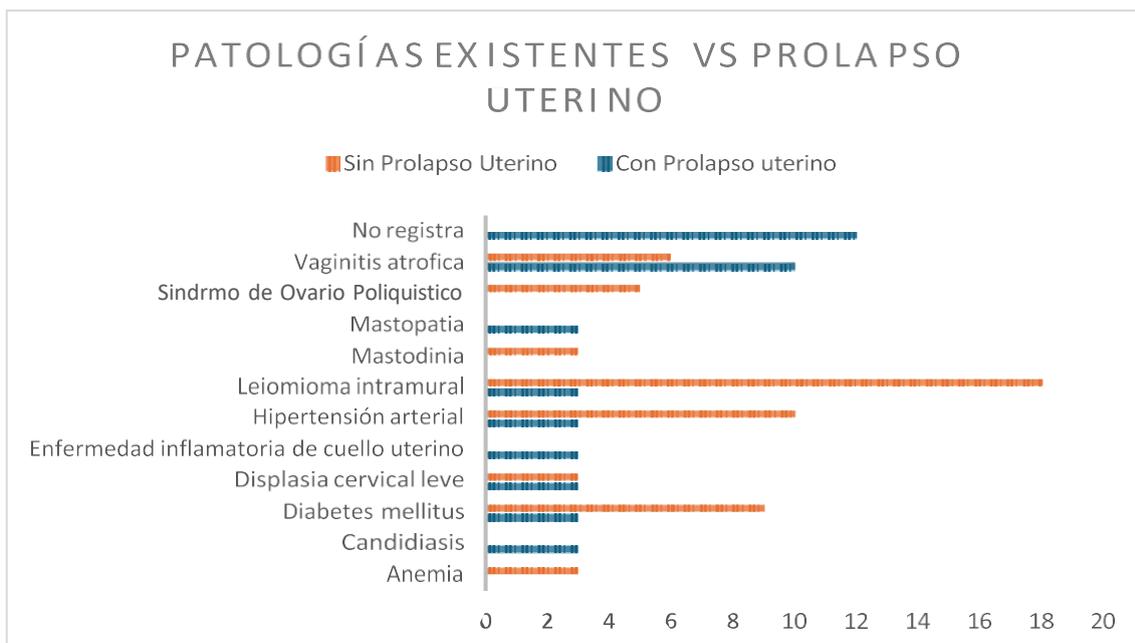


Figura 6 Relación entre las enfermedades preexistentes con la existencia de prolapso uterino en usuarias con obesidad mórbida.

Análisis: La tabla y gráfico previos evidencian que la principal enfermedad preexistente de la población con prolapso uterino fue la vaginitis atrófica con un 23% y en las usuarias sin prolapso uterino fue el leiomioma intramural y la hipertensión arterial con el 32% y 18% respectivamente.

Tabla 13 Chi-cuadrado de la relación entre las enfermedades preexistentes con la existencia de prolapso uterino en usuarias con obesidad mórbida.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,494a	11	<,001
Razón de verosimilitud	62,409	11	<,001
N de casos válidos	100		
a. 14 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,29.			

Fuente: Base de datos estadísticos del HGNGC
Elaborado por: S. Andrade

Análisis: La tabla de Chi-cuadrado demuestra que existe significancia estadística entre la presencia de prolapso uterino en las usuarias con obesidad mórbida y la necesidad de tratamiento quirúrgico de estas, con una significación asintótica menor de 0,001.

4.2 DISCUSIÓN

Como resultado la presente investigación se obtuvo una alta predisposición de prolapso uterino en las mujeres con obesidad mórbida que conformaron el estudio, con una frecuencia de 43% del total, lo que concuerda con las investigaciones de Gyulmammadova, Kim et al., y Kayembe et al., ya que consideran que un IMC con tendencia a la obesidad conforma un factor de riesgo importante para el desarrollo del prolapso uterino. Así mismo, difiere del estudio de Zenebe et al., porque este demuestra que el IMC no influye en el prolapso al no encontrar significancia estadística entre ellos.

La edad comprendida en este trabajo de investigación fue de 40 a 50 años, obteniéndose a las usuarias de 45 a 50 años, como grupo etario que presenta con mayor frecuencia obesidad mórbida y prolapso uterino, demostrando que ambas patologías coexisten mientras mayor edad alcanzan las pacientes, además se identifica que está estadísticamente relacionadas entre sí . Esto concuerda con el estudio de Gyulmammadova pues a pesar de considerar a los 44 años como la edad promedio de las mujeres que conformaron el estudio, también tiene una desviación estándar de 4.38 años, lo que hace que se considere al grupo de 45 a 50 años un rango dentro de las expectativas de su estudio.

En lo referente al año de atención de mujeres con obesidad mórbida y prolapso uterino, del periodo 2020 al 2022, se evidencia un incremento de los casos de obesidad mórbida cada año, así mismo los casos de prolapso uterino van en ascenso del año 2020 al 2021, pero se mantienen en igual proporción en los años 2021 al 2022. Por otro lado, la relación entre los meses que ocurren las

atenciones y la presencia de obesidad mórbida muestran significancia estadística. Sin embargo, no hay estudios que asocien la presencia de las patologías mencionadas con el paso del tiempo.

Acerca de la necesidad de cirugía como medio para tratar el prolapso uterino en la población con obesidad mórbida estudiada, tuvo una frecuencia del 34%, y se encontró estadísticamente asociada a la presencia de prolapso uterino, esto concuerda con la bibliografía citada que recalca que la solución principal del prolapso con sintomatología es el tratamiento quirúrgico, esto si las opciones conservadoras no tienen efecto en la paciente.

La enfermedad preexistente que se encontró con mayor frecuencia en las pacientes con obesidad mórbida y prolapso uterino fue la vaginitis atrófica, lo que tuvo mucho sentido considerando que ambas patologías coexistían en mujeres que ya estaban pasando por la menopausia. Por otro lado, la enfermedad encontrada con mayor frecuencia en mujeres con obesidad mórbida y sin prolapso fueron el leiomioma intramural y la hipertensión arterial, sin embargo, no existen estudios que apoyen o descarten estos resultados en la actualidad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El prolapso uterino muestra una gran predisposición de 43 en cada 100 mujeres con obesidad mórbida de 40 a 50 años durante el periodo del 2020 al 2022.
- La obesidad mórbida se presenta mayormente en mujeres de 40 a 45 años, con leiomioma intramural del útero y vaginitis como patologías asociadas.
- Durante los 46 a 50 años las mujeres con obesidad mórbida pueden presentar concomitantemente prolapso uterino.
- La presencia de prolapso uterino en usuarias con obesidad mórbida muestra un incremento conforme pasan los años y está asociado al aumento de casos con obesidad mórbida especialmente en los meses de enero y febrero.
- La necesidad de tratamiento quirúrgico y la presencia de prolapso uterino tuvieron una relación significativa y se observó en el 34% de los casos.
- El leiomioma intramural uterino y la hipertensión arterial fueron las principales patologías que se asociaron en las mujeres con obesidad mórbida y la vaginitis atrófica se asoció en mujeres con obesidad mórbida y prolapso uterino.

5.2 RECOMENDACIONES

- Es menester considerar a las consecuencias genitourinarias (como prolapso uterino) una parte importante en el tratamiento de las mujeres con obesidad mórbida, pues si bien no ocasionan la muerte, tienen un gran impacto en las actividades diarias.
- Es importante que las mujeres con obesidad mórbida tengan un manejo integral por diversas especialidades, ya que, se ha evidenciado que el propio metabolismo de estas pacientes, especialmente luego de los 45 años, generan predisposición a varias enfermedades, incluyendo las enfermedades genitourinarias.
- La promoción de la actividad física y una alimentación adecuada es el pilar importante para la prevención del prolapso uterino en pacientes con obesidad mórbida.
- Se aconseja que se integre la valoración del estado nutricional en la historia clínica, como un apartado de importancia trascendental en el cuidado y prevención de múltiples enfermedades a futuro.
- Se recomienda la realización de ejercicio como una opción que impacta en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, cuyos resultados se observan mayormente en edades avanzadas de la vida.
- Se incita a que otros investigadores consideren el tema de este trabajo, como objetivo en una futura investigación con una base más extensa de pacientes y que integren otros factores de riesgo para obtener un estudio más completo y con mayor relevancia.

Referencias

1. Silva Junior R do L, Paim IP, Rezende MF, Costa RMF, Oliveira EL de. PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ABORDAGEM CIRÚRGICA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2024 Aug 19;10(8):2169–82.
2. Opoku AA, Onifade RA, Odukoya OA. Challenges of morbid obesity in gynecological practice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2023 Aug;90:102379.
3. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *International braz j urol*. 2020 Feb;46(1):5–14.
4. Schulten SFM, Claas-Quax MJ, Weemhoff M, van Eijndhoven HW, van Leijsen SA, Vergeldt TF, et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Aug;227(2):192–208.
5. Valencia-Chi6n CF, De la Cruz-Vargas JA, Correa-L6pez LE, Arango-Ochante PM. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de 6rganos p6lvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de Enero - Diciembre 2018. *Revista Peruana de Investigaci6n Materno Perinatal*. 2020 Apr 14;9(1):11–6.
6. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Subgerencia de prestaciones en salud, Comisi6n de guías de pr6ctica clínica basadas en evidencia. GPC-BE No. 82 “Manejo del Prolapso de 6rganos P6lvicos.” Guatemala; 2023. 1–60 p.
7. Fern6ndez CT, Aleksandrovych SK, Trifu DS. Protocolo diagn6stico y tratamiento integral de la obesidad m6rbida. *Medicine - Programa de Formaci6n M6dica Continuada Acreditado*. 2024 Sep;14(15):909–16.
8. Bianchi A, Pagan-Pomar A. Need of a specialised care unit for patients with morbid obesity. *An Sist Sanit Navar*. 2023 Apr 27;46(1).

9. Chilaka C, Toozs-Hobson P, Chilaka V. Pelvic floor dysfunction and obesity. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2023 Aug;90:102389.
10. Opoku AA, Onifade RA, Odukoya OA. Challenges of morbid obesity in gynecological practice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2023 Aug;90:102379.
11. Vio del-Río F. Obesidad y coronavirus: las dos pandemias. *Rev Med Chil.* 2021 Apr;149(4):648–648.
12. Friedman T, Dietz HP. Does obesity change the perception of pelvic organ prolapse? *Arch Gynecol Obstet.* 2022 Jun 21;305(6):1491–5.
13. GYULMAMMADOVA C V. ASSOCIATION OF UTERINE PROLAPSE SYMPTOMS WITH BODY MASS INDEX. *EXPERIMENTAL & CLINICAL MEDICINE GEORGIA.* 2023 Oct 12;
14. Kim TR, Jung HY, Kim MH, Yuk JS. Factors Associated With Pelvic Organ Prolapse in Postmenopausal South Korean Women. *Urogynecology.* 2024 Jul 8;
15. Zenebe CB, Chanie WF, Aregawi AB, Andargie TM, Mihret MS. The effect of women's body mass index on pelvic organ prolapse: a systematic review and meta analysis. *Reprod Health.* 2021 Feb 19;18(1):45.
16. Kayembe AT, Kia Kayembe CDK, Bebele JPK, Tozin RR. Factors associated with genital prolapse to Saint Joseph hospital of Kinshasa. *Pan African Medical Journal.* 2021;40.
17. Sociedad Española de Ginocología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* 2020;63(1):54–9.
18. Aboseif C, Liu P. *Pelvic Organ Prolapse.* StatPearls Publishing; 2024.
19. Brown OE, Mou TP, Ackenbom MF. Uterine Prolapse. *JAMA.* 2023 Oct 17;330(15):1486.
20. 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. *Front Public Health*. 2022 Sep 15;10.
21. Seca M, Algeri P, Colonna L, Mastrocola N, Wunster S Von. A Laparoscopic Conservative Surgery Approach to Puerperium Complicated by Uterine Prolapse After Vaginal Delivery: A Case Series. *J Family Reprod Health*. 2023 Feb 21;
 22. Badacho AS, Lelu MA, Gelan Z, Woltamo DD. Uterine prolapse and associated factors among reproductive-age women in south-west Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2022 Jan 21;17(1):e0262077.
 23. Valencia Chi3n CF. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de 3rganos p3lvicos en pacientes atendidas en el hospital Militar Central durante el periodo de enero-diciembre 2018. [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020 [cited 2024 Aug 8]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2888>
 24. Chen CJ, Thompson H. Uterine Prolapse. StatPearls Publishing; 2024.
 25. Raju R, Linder BJ. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. *Mayo Clin Proc*. 2021 Dec;96(12):3122–9.
 26. Ryan GA, Purandare NC, Ganeriwal SA, Purandare CN. Conservative Management of Pelvic Organ Prolapse: Indian Contribution. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2021 Feb 6;71(1):3–10.
 27. Enklaar RA, van IJsselmuiden MN, IntHout J, Haan SJH, Rijssenbeek OGAM, Bremmer RH, et al. Practice pattern variation: treatment of pelvic organ prolapse in The Netherlands. *Int Urogynecol J*. 2022 Jul 6;33(7):1973–80.
 28. Nager CW. Updating Evidence for Treatment of Pelvic Organ Prolapse. *JAMA*. 2023 Aug 15;330(7):599.
 29. Tunn R, Baeßler K, Knüpfer S, Hampel C. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women. *Dtsch Arztebl Int*. 2023 Feb 3;

30. Chen H, Wei X, Kurexi N, Yang S. A Meta-analysis of the Efficacy of Different Surgical Methods in the Treatment of Uterine Prolapse. *Ann Ital Chir.* 2024 Jun 20;95(3):257–74.
31. van Oudheusden AMJ, Weemhoff M, Menge LF, Essers BAB. Gynecologists' perspectives on surgical treatment for apical prolapse: a qualitative study. *Int Urogynecol J.* 2023 Nov 1;34(11):2705–12.
32. Sarma S, Sockalingam S, Dash S. Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. *Diabetes Obes Metab.* 2021 Feb 23;23(S1):3–16.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrade Santistevan Shirley Alejandra**, con C.C: # 0930579495 autora del trabajo de titulación: **Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en la edad de 40 a 50 años atendidas en el Hospital IESS los Ceibos en el periodo 2020 - 2022**, previo a la obtención del título de **Medico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de septiembre del 2024



firmado electrónicamente por:
**SHIRLEY
ALEJANDRA
ANDRADE
SANTISTEVAN**

f. _____

Andrade Santistevan Shirley Alejandra

C.C: 0930579495



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida en la edad de 40 a 50 años atendidas en el Hospital IESS los Ceibos en el periodo 2020 - 2022.		
AUTOR(ES)	Andrade Santistevan Shirley Alejandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de septiembre de 2024	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Nutrición, Medicina Interna		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prolapso – Uterino - Genital – Obesidad – Mórbida - Predisposición		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>Introducción: El prolapso uterino ocurre porque el útero desciende hasta la vagina, autores consideran que está relacionado con la obesidad mórbida, lo que explicaría su incremento en la tendencia de casos mundiales. Objetivo general: El propósito de esta investigación fue determinar la predisposición de prolapso uterino en mujeres con obesidad mórbida de 40 a 50 años en el Hospital IESS los Ceibos periodo 2020 al 2022. Metodología: Tuvo un tipo de investigación descriptiva, correlacional, con diseño retrospectivo, y de corte transversal. Resultados: La muestra estuvo conformada por 100 mujeres con obesidad mórbida, de las cuales 43 presentaron prolapso uterino, la edad más frecuente fue entre los 46 a 50 años, se observaron que para la obesidad mórbida se presentaba el leiomioma intramural y la hipertensión arterial como enfermedades asociadas, y para el prolapso uterino fue la vaginitis atrófica. Además, el incremento de casos de prolapso uterino está estadísticamente relacionado con la necesidad de tratamiento quirúrgico. Conclusión: Es importante considerar un manejo integral para las mujeres con obesidad mórbida, especialmente por su predisposición a varias enfermedades.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0999787580	E-mail: ale244722@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			