

11226

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

*INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO*

UNIDAD ACADEMICA

134

**CLINICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE
CD. MANTE, TAMAULIPAS**

"ALTERACIONES DE LA ESTATICA
PELVICA EN MUJERES ASINTOMATICAS
MENORES DE 40 AÑOS"



TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Homero Ulloa Ochoa

CLINICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE
CD. MANTE, TAMAULIPAS

1995

300



Universidad Nacional
Autónoma de México



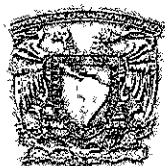
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO**

UNIDAD ACADÉMICA

**CLÍNICA HOSPITAL No 24 -D ISSSTE
CD. MANTE, TAMAULIPAS**

**“ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA
PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS
MENORES DE 40 AÑOS”**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:
DR. HOMERO ULLOA OCHOA**



**CLÍNICA HOSPITAL No 24-D ISSSTE
CD. MANTE, TAMAULIPAS**

1995

**“ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN
MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. HOMERO ULLOA OCHOA

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

UNAM



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

UNAM

**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

UNAM

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

DR. HOMERO ULLOA OCHOA

**“ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES
ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS”**

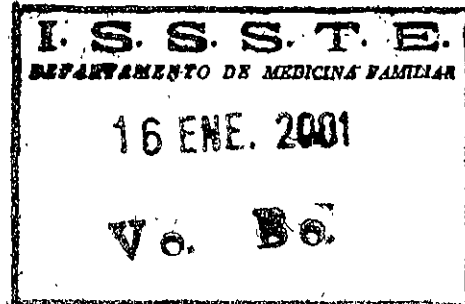
[Signature]
DR. ARMANDO VÁZQUEZ DÓPEZ
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA
CLÍNICA HOSPITAL**

No 24-D



DR. HOMERO ULLOA OCHOA ISSSTE
JEFATURA DE ENSEÑANZA JEFATURA DE
CLINICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE ENSEÑANZA

[Signature]
DR. JOSÉ CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS ISSSTE



[Signature]
DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA, ISSSTE**

**CLÍNICA HOSPITAL No 24-D ISSSTE
CD. MANTE, TAMAULIPAS
DICIEMBRE DE 1995**

ÍNDICE

Título	1
Índice	4
Introducción	6
I. Antecedentes	8
II. Marco Teórico	10
III. Planteamiento del problema	24
IV. Justificación	24
V. Objetivos	25
VI. Hipótesis	26
VII. Metodología	26
• Tipo de estudio	26
• Población, lugar y tiempo	26
• Tipo y tamaño de la muestra	27
• Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	27
• Variables de medición	28
• Procedimiento para captar la información	28
• Consideraciones éticas	29
VIII. Resultados	30
• Tablas y gráficas	
• Descripción de resultados	

IX. Discusión	46
X. Conclusiones	50
XI. Bibliografía	54
XII. Anexos	59
• Protocolo	
• Lista de cuadros	
• Lista de gráficas	

INTRODUCCIÓN

Actualmente se aprecia un incremento en la consulta de Medicina Familiar por motivos de relajación de la pelvis blanda. Esto, como reflejo de la prolongación del promedio de vida, así como por una mayor cultura médica de la paciente ginecológica. (1)

Dentro de las disciplinas que atiende el Médico familiar se encuentra la consulta gineco-obstetra, que además de ser complementarias, representan una relación de causa a efecto en el ejercicio de su profesión. Definitivamente, la mayoría de los problemas ginecológicos son provocados por la obstetricia. La ginecología es, en lo que se refiere a los trastornos de la estática pelvigénital, consecuencia en la gran mayoría de los casos, de la paridad y los traumatismos obstétricos. En la práctica diaria del médico familiar observamos una incidencia alta de cistitis en mujeres en edad fértil y mayores de cuarenta años, sensación de lasitud y peso en la región vaginal.

Es motivo de esta revisión el determinar si las mujeres en edad fértil menores de cuarenta años experimentan esta enfermedad (alteraciones de la estática-pélvica), en caso

de presentarse un embarazo, cirugía ginecológica identificando los factores de mayor riesgo así como, el de y/o recomendar medidas preventivas.

I. ANTECEDENTES

El éxito en cirugía no sólo requiere el conocimiento de qué hacer, cómo hacerlo con delicadeza y estética sino que, también en tener cuidado en la precisión técnica. La existencia del prolapso genital se describe desde el papiro de Ebers (1552 a.C.), y las primeras medidas terapéuticas se refieren en el Talmud. (5)

Sorano de Efeso (79-138 d.C.), practicó la histerectomía vaginal en un caso de prolapso uterino. (6)

Posteriormente, con Efraín Mc Dowel como pionero de la ginecología operatoria (1771-1830), Marion (1813-1883), Spencer (1818-1897), Lawson (1845-1899), Kelly (1858-1943), y otros, se plantearon las interrogantes científicas sobre la base del tratamiento quirúrgico. (2)

Mengert en 1936 corrobora que la sección del parametrio hacía que el útero descendiera en promedio 10.5 cm. (3)

La baja mortalidad por relajación vaginal ha originado una tendencia a restar importancia a este problema.

Prácticamente todos los partos vaginales dejan alguna relajación residual y la morbilidad resultante con base en el número de mujeres que la sufren, así como sus efectos secundarios tales como cistitis y síntomas agregados de pesadez vaginal.

La mejor atención obstétrica ha disminuido la gravedad, casi todas estas lesiones, pero la relajación sintomática sigue siendo una de las quejas que con mayor frecuencia escuchan los médicos familiares en su práctica diaria.

La reparación vaginal satisfactoria es el tipo más difícil de cirugía ginecológica, con un índice de fracaso que va del 25% al 40%, el cual depende de la viabilidad de los tejidos de sostén de la paciente, al igual que el conocimiento que el cirujano tenga de la anatomía de la reparación, su criterio para elegir el mejor método y su pericia técnica.

El diagnóstico se establece con ayuda del perfil vaginal y las técnicas, aunque muy diversas, deben ser seleccionadas individualmente. (5)

II. MARCO TEÓRICO

II.1 Epidemiología

Dados los programas de planificación familiar y de mejor atención obstétrica tanto en el medio rural como en el urbano, la mujer mexicana, en un porcentaje más elevado, representa entre sus características un inicio temprano de su vida sexual, es múltipara y tiene una deficiente atención obstétrica, como consecuencia, el factor traumático sigue siendo preponderante en la etiopatogenia de los trastornos de la estática pelvigenital. Esto por los embarazos mismos y por las modificaciones que el peso de los productos, sobre todo los de gran peso, condicionan a la pelvis blanda.

II.2 Frecuencia

La patología en estudio cursa asintomática, las pacientes portadoras no son diagnosticadas en la consulta debido a que no acuden a ella.

Tomando en cuenta que en nuestro país existen aproximadamente 23 000 000 de mujeres en edad sexualmente activa, dicha patología presenta una frecuencia global de más

de 4% entre la población ginecológica, siendo diagnosticada cuando las modificaciones sobre el tejido del sostén se hacen evidentes, es decir, entre la quinta y la sexta década de la vida, en cuyo tratamiento es más complicado. (6)

A la fecha no se tienen reportes de la frecuencia de alteraciones de la estática pélvica en mujeres asintomáticas menores de cuarenta años, pero consideramos que esta entidad nosológica en nuestro medio no es despreciable.

II.3 Etiopatogenia

Existe gran diversidad de factores que condicionan alteraciones de la estática pélvica, por esta razón que enumeramos a continuación los más relevantes en la etiopatogenia del padecimiento, por orden de importancia. (2)

II.3.1 Factor traumático

Al que se le confiere mayor importancia, por condicionar el descenso de los órganos pelvigenitales por elongación y ruptura de los elementos de suspensión, contención y sustentación. La separación de los elevadores del ano, comienza con la actividad sexual y continúa con la procreación, no sólo el caso del niño durante el trabajo de parto y el parto, sino también el hecho de su estancia intrauterina durante el embarazo, productos de gran

tamaño, trabajo de parto acelerado y desgarros extensos son antecedentes que hay que investigar durante la historia clínica ginecológica. (2,7,8,9,10)

II.3.2 Factores genitales

Los que tienen participación directa como los desgarros perineales, la insuficiencia perineal, la retroversión uterina y la elongación cervical, que podría funcionar como émbolo conductor del útero a través del conducto vaginal. (2,7,10,11)

II.3.3 Factor endócrino

La privación estrogénica disminuye el trofismo del sistema ligamentario y de estructuras que conservan la normalidad de la estática abdominogenital. De aquí la inquietud de relacionar la menopausia prematura en pacientes con prolapso uterino a temprana edad. (2)

II.3.4 Factores congénitos

Íntimamente ligados al fenotipo del individuo, pero que a pesar de su poca frecuencia pueden tener efecto en la aparición de esta alteración, en la que se incluye

neuropatía congénita, espina bífida, hernia de disco o incluso cauda equina, neuropatía pudenda adquirida. (2)

II.3.5 Factores secundarios o coadyuvantes

Es difícil comprobar su existencia y son: neurológicos, psicológicos, raciales, posturales, nutricionales o iatrogénicos. Entre los posturales mencionamos el cambio de inclinación de la pelvis y la pérdida de la lordosis en relación con la edad. (2,7,8,9,10)

II.3.6 Factores extragenitales

De importancia se encuentra el aumento de la presión abdominal como en los procesos asmáticos, tos crónica, constipación intestinal, obesidad, ascitis, tumor abdominal. (2,10,11)

II.4 Consideraciones anatómicas

Anatomía de la pelvis

Existen tres factores que constituyen la estática pelvigenital:

- a) Medios de sostén de músculo estriado.
- b) Medios de sostén aponeuróticos
- c) Medios de sostén esquelético

a)Medios de sostén de músculo estriado

Los medios de sostén están representados por el diafragma pélvico y el diafragma urogenital. El primero está representado por el músculo elevador del ano, que consta de tres partes: los músculos pubiococcígeo, pubiorectal, e ileococcígeo. El elevador del ano está cubierto de un revestimiento aponeurótico por arriba y por debajo y solamente hay una fascia areolar laxa entre ellos y la piel de los labios mayores, perineo y zonas perianales.

Dado que es estriado el músculo, tiene el control voluntario y deseable, aunque no ejercitado por algunas mujeres por desconocer el cómo, se le llama "placa elevadora".

La separación de los músculos mencionados ocurren con el inicio de la vida sexual activa y a consecuencia de los eventos obstétricos, sobre todo los traumáticos, la episiotomía en el parto incluye la sección de la porción inferior del músculo elevador del ano o del rafé tendinoso, sin embargo si es bien reparado se restaura la integridad del mismo. Este medio de sostén puede fortalecerse desarrollando la capacidad de retención para cumplir con su fin principal.

El diafragma urogenital es un grupo secundario de músculos estriados que incluye al vulvocavernoso, isquiocavernoso y transverso del perineo que participan en el cierre del orificio vaginal, pero no funcionan como estructuras de sostén.

En la múltipara, el transverso del perineo puede desaparecer por retracción después del desgarro o de una reparación ineficaz de episiotomía. (7)

b)Medios aponeuróticos de sostén

Representados por:

- Fascia endopélvica
- Medios de unión intrabdominales

- Fascia endopélvica: es la continuación de la fascia retroperitoneal por arriba y de la de los músculos elevadores del ano por abajo. Compuesta de fibras elásticas y colágenas así como algunas de músculo liso.

- Medios de unión intraabdominales: ligamento redondo. Su gran capacidad de estiramiento, lo hace inadecuado para sostén. Se deduce que mantiene en anteverso-flexión al útero. (11)

Ligamento uterosacro. Fija al útero a pared posterior, dándole estabilidad, no necesariamente sostén. Está compuesto de tejido fibro-elástico.

Ligamento Infundibulopélvico. Se le confiere únicamente sostén vascular, formado de tejido areolar laxo y peritoneo.

Ligamento ancho. Reflexiones de peritoneo, tejido areolar que contiene al sistema vascular del útero sin función de sostén.

Ligamento cardinal de Mackenrodt. Formado por condensaciones de tejido pubiocervical. Según Mengert (9), el descenso mayor del útero ocurre al seccionar los dos tercios inferiores parametriales del ligamento ancho y el tercio superior del tejido perivaginal. Sus relaciones principales son con los vasos uterinos en sentido interno y con el uréter a nivel del fondo de saco vaginal y por debajo de él.

Fascia pubocervical. Formada de fibras musculares lisas y tejido areolar adosada a mucosa vaginal, originada en punto de nacimiento de los elevadores del ano. Sostiene a la vejiga y uretra reforzando la pared vaginal anterior.

Porción rectal de la fascia endopélvica. Refuerza la pared posterior de la vagina, menos densa que el componente anterior incorporando la vagina en sentido retrógrado.

c) Medios de sostén del esqueleto.

La importancia de la posición erecta como factor causal en la relajación pélvica con prolapso, cistocele o enterocele, ha recibido menor atención de la que se merece; Ulfelder (12), señala que en el hombre, a diferencia de los cuadrúpedos, la pelvis ha rotado de modo que el eje del estrecho pélvico inferior se dirige hacia abajo y hacia atrás y el sacro asume un plano más horizontal en relación con la columna vertebral. El ángulo entre el borde superior del pubis y el borde anterior del sacro o quinta vértebra lumbar es de 30 grados en

la mujer joven, de modo que la mayor parte de la presión ejercida por la musculatura intra abdominal, la absorbe el pubis, la cintura pélvica y los iliacos. Al avanzar con la edad este ángulo puede aumentar a un máximo de 52 grados y con ello dirigir mayor presión intraabdominal a través del estrecho pélvico superior y descargarla en la fascia pélvica y el diafragma pélvico, contribuyendo en forma importante en el prolapso de vísceras pélvicas en la mujer que ha dado a luz varias veces.

Para el tratamiento ideal de la relajación pélvica, es primordial conocer la anatomía quirúrgica.

II.5 Definiciones

Perfil vaginal

Los registros clínicos para valorar los resultados de una serie de métodos correctores de la relajación, fue creada por Baden y Walker (5 y 13), llamada perfil genital.

El sistema de clasificación consta de cuatro cifras, que localiza, identifica y clasifica a partir de cero (que es el mejor estado posible), en consecuencia, correlaciona las posibles seis lesiones de relajación vaginal.

Segmento vaginal anterior.

1) Uretrocele

2) Cistocele

Segmento vaginal superior.

3) Prolapso descenso uterino con retroversión.

Elongación simultánea del cuello.

4) Enterocele

Segmento vaginal posterior

5) Rectocele

6) Desgarro perineal crónica.

Su aplicación es para análisis preciso e información exacta con fin de valoración anual anteparto, posparto y así mismo pre y post operatoria.

El único método que se emplea de manera uniforme es la exploración física de la pelvis. Esto es, inspección y palpación de la vagina.

Técnica de exploración física

Se coloca a la paciente en posición ginecológica, con vejiga llena, de preferencia, y se le pide que realice esfuerzo de pujo y tos. Hay que observar la presencia de distopia y su tipo. A la inspección hay que notar diámetro del introito y defectos, depresiones, desgarros.

A la palpación, explorar el músculo pbiococcigeo, detectar si hay diastasis, palpar el transverso profundo y su grosor. Identificar el ángulo uretrovesical posterior al reposo y al esfuerzo. Se debe descartar lesión neurológica al investigar la sensibilidad del periné con un alfiler. (13,14)

Suficiencia perineal

Al contraer los músculos del periné a voluntad, los dedos exploradores se elevan hasta tocar el borde inferior del pubis.

Insuficiencia grado I

Los dedos se elevan sin llegar al pubis. Se percibe contracción muscular.

Insuficiencia grado II

Los dedos no son elevados, pero se percibe la contracción muscular.

Insuficiencia grado III

Los dedos no son elevados y no hay percepción de contracción muscular.

II.6 Clasificación

Para cistocele, uretrocele y rectocele

0. Normal

1. Descenso a mitad del trayecto hasta el himen sin llegar a él.

2. Descenso al himen apenas llega al introito vaginal.

3. Descenso llega al himen y sale a través de él.

Prolapso uterino

0. El orificio interino del cérvix se encuentra arriba de las espinas ciáticas.
1. El orificio interino del cérvix alcanza el nivel de las espinas ciáticas.
2. El orificio cervical interino queda entre las espinas ciáticas y el introito vulvar.
3. El orificio cervical interno sale o asoma a través del introito vulvar.

Enteroccele

0. Normal, 2 cm de máxima excavación retrouterina.
1. Hernia del fondo de saco sin llegar al himen.
2. Hernia hasta dos cuartas partes de la distancia al himen.
3. Hernia hasta el himen.

Desgarro perineal

0. Normal.
1. Desgarro que incluye sólo piel y tejido celular.
2. Desgarro que compromete también el plano muscular.
3. Desgarro que incluye esfínter anal (externo y mucosa), rectal (14). Baden y Walker mencionan una clasificación basada en seis grados. (5)

Cuadro clínico

No hay motivo de consulta pues son mujeres asintomáticas.

II.7 Diagnóstico

Se basa primordialmente en la exploración física, los estudios básicos, entre estos últimos es importante e indispensable solicitar: biometría hemática completa, química sanguínea, exámen general de orina y urocultivo. (5, 13, 14)

Concluyendo, la valoración integral del caso con fin terapéutico depende de los parámetros siguientes.

1. Edad.
2. Necesidad de conservar la función reproductiva.
3. Necesidad de conservar la función menstrual.
4. necesidad de conservar la función copuladora.
5. Tipo y grado de prolapso.
6. Estado del cuello uterino.
7. estado del cuerpo uterino.

II.8 Tratamiento

El manejo global de las modificaciones en la estática pélvica genital comprende varios aspectos que son:

1. Medidas higienicodietéticas.
2. Uso del pesario vaginal.
3. Tratamiento médico.
4. Ejercicios del músculo pubiococcígeo.
5. Tratamiento quirúrgico.

En lo que se refiere al primer punto, es necesario eliminar los factores que aumenten la presión abdominal como son la obesidad y la ascitis, con control de peso y limitación del factor productor como en caso de tumor abdominopélvico. (15)

El uso del pesario vaginal sólo debe emplearse como medida temporal, siendo ideal en mujeres con riesgo quirúrgico o preoperatorio. Su función es suspender la parte laxa y sostener las paredes de la vagina para corregir el retrodesplazamiento. (1, 15, 16)

Respecto al tratamiento médico, específicamente, la estrogenerapia, la justificamos, en el hecho de que la deficiencia de estrógenos condiciona a hipotrofismo tisular y relajación consecuente. Las presentaciones para la administración de estrógenos son: Premarin crema .625 mg a 1 mg por día; por las tres primeras semanas de cada mes; además su uso facilitará notablemente la cirugía ginecológica, sobre todo en pacientes postmenopáusicas.

Los ejercicios del músculo pubiococcígeo, recomendados por Kegel, consisten en practicar contracciones voluntarias del músculo pubiococcígeo, indicando a la paciente que retenga la orina con el fin de fortalecerlo y lograr corrección de la lasitud, problemas sexuales como insatisfacción sexual y éstasis del recto. (15,17)

En general se excluyen los problemas vaginales condicionados por traumatismo obstétrico y los de probable origen neurológico, se lograría un éxito en algún grado hasta del 86%. (17)

Los objetivos de la terapia con ejercicio son: la reeducación de los músculos, la motivación y el aprendizaje. Se realiza una programación para dos sesiones diarias de aproximadamente 5 minutos para cada una por un mes. Se efectúa evaluación consecuente. Estos ejercicios son útiles antes y después del parto para facilitar el cierre rápido del canal del parto y facilitar la normalización de los órganos de la pelvis. También para el pre y postoperatorio de cirugías plásticas mejorando la recuperación y restauración de las funciones de esfínteres y el coito. (17)

El tratamiento quirúrgico tiene como finalidad corregir las alteraciones anatómicas en cada caso particular, reforzando las estructuras aponeuróticas de sostén debilitadas. Dicho tratamiento puede presentar o no algunas complicaciones como hemorragia, hematoma retroperitoneal, lesión a vías urinarias, infección y prolapso de salpinges a través de la bóveda vaginal, según lo reporta la Sociedad de Médicos Cirujanos del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1-4 del IMSS. (14)

II.9 Errores en diagnóstico y tratamiento

Es necesario reconocer que éstos dependen primordialmente de una mala historia clínica y deficiente valoración individual

Las complicaciones y recidivas son causa de una técnica mal indicada o efectuada y la naturaleza de los tejidos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cual es la frecuencia, y los factores de riesgo de las alteraciones de la estática pélvica en mujeres asintomáticas en la Clínica Hospital No. 24-D del ISSSTE en Cd. Mante, Tamaulipas ?

IV. JUSTIFICACIÓN

Ala fecha existen a nivel mundial en promedio el 0.5% en promedio de consultas gineco-obstétricas por alteraciones de la estática pélvica sintomáticas, pero no existen estudios algunos de alteraciones de la estática pélvica asintomáticas, por lo que podemos considerar que el índice reportado debe de ser mayor.

El hecho que este estudio se aboque al los casos asintomáticos tiene una relación directa con la salud de la población, ya que se evita incapacidad de personal en promedio que es igual al numero de incapacidades y repercusión económica a al nación por no ser productivos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cual es la frecuencia, y los factores de riesgo de las alteraciones de la estática pélvica en mujeres asintomáticas en la Clínica Hospital No. 24-D del ISSSTE en Cd. Mante, Tamaulipas ?

IV. JUSTIFICACIÓN

A la fecha existen a nivel mundial en promedio el 0.5% en promedio de consultas gineco-obstétricas por alteraciones de la estática pélvica sintomáticas, pero no existen estudios algunos de alteraciones de la estática pélvica asintomáticas, por lo que podemos considerar que el índice reportado debe de ser mayor.

El hecho que este estudio se aboque al los casos asintomáticos tiene una relación directa con la salud de la población, ya que se evita incapacidad de personal en promedio que es igual al numero de incapacidades y repercusión económica a al nación por no ser productivos.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de alteraciones de la estática pélvica en mujeres menores de 40 años, asintomáticas, en la Clínica Hospital No. 24-D del ISSSTE en Cd. Mante Tamp.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia de dicha alteración en este grupo de pacientes.
2. Establecer los factores de riesgo de esta patología así como, las medidas preventivas.

3. Determinar la frecuencia y grado de Cistoceles

Determinar la frecuencia y grado de Uretrocele

Determinar la frecuencia y grado de Rectocele

Determinar la frecuencia y grado de Prolapso Uterino

Determinar la frecuencia y grado de desgarro Perineal

VI. HIPÓTESIS

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo, no requiere de hipótesis.

VII. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

En la Clínica Hospital No. 24 del ISSSTE, en Ciudad Mante, Tamaulipas, se ha realizado un estudio descriptivo, transversal, observacional y abierto en pacientes derechohabientes a esta Institución que acudieron con el Médico Familiar a realizarse chequeos ginecológicos.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

El estudio se realizó en la Clínica Hospital de Cd. Mante, durante el periodo comprendido de abril a septiembre de mil novecientos noventa y cinco.

Durante estos seis meses acudieron 146 mujeres con el médico familiar a revisión ginecológica a 80 de las cuales se les practicó inspección ginecológica en mujeres menores

VI. HIPÓTESIS

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo, no requiere de hipótesis.

VII. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

En la Clínica Hospital No. 24 del ISSSTE, en Ciudad Mante, Tamaulipas, se ha realizado un estudio descriptivo, transversal, observacional y abierto en pacientes derechohabientes a esta Institución que acudieron con el Médico Familiar a realizarse chequeos ginecológicos.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

El estudio se realizó en la Clínica Hospital de Cd. Mante, durante el periodo comprendido de abril a septiembre de mil novecientos noventa y cinco.

Durante estos seis meses acudieron 146 mujeres con el médico familiar a revisión ginecológica a 80 de las cuales se les practicó inspección ginecológica en mujeres menores

de 40 años que hayan tenido uno o más hijos sin diagnóstico previo de alteraciones de la estática pélvica en el horario matutino.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tipo de la muestra es no aleatoria, con una población de 42 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser derechoahabiente del ISSSTE
- Pacientes mayores de 15 años con gestas.
- Pacientes menores de 40 años asintomáticas con una o más gestaciones.
- Sin diagnóstico previo de alteraciones, en la estática pélvica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 40 años.
- Pacientes con alteraciones de la estática pélvica.
- Pacientes embarazadas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

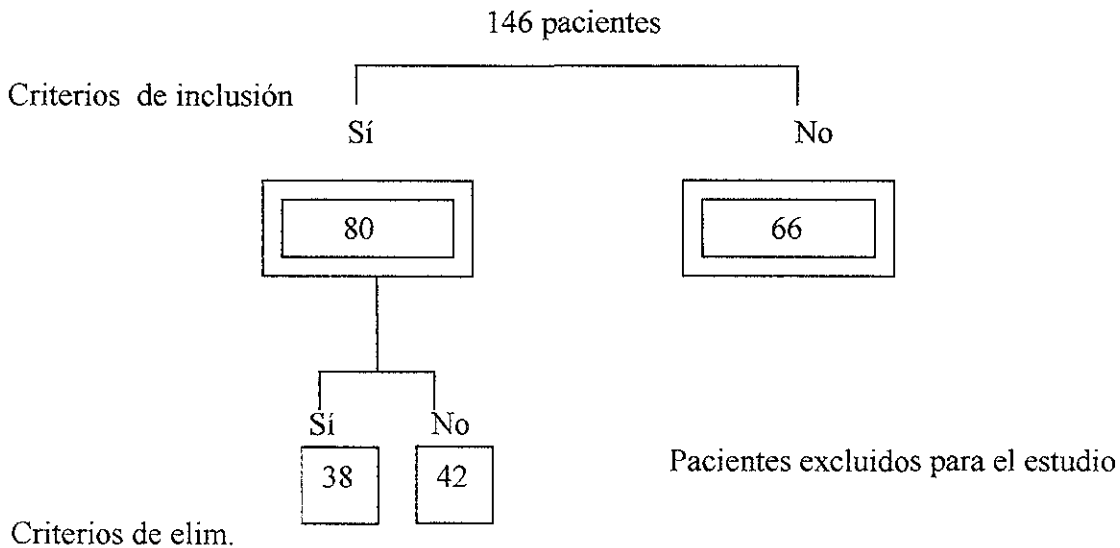
- Pacientes que no contestaron dos o más preguntas del cuestionario.
- Pacientes que no autorizaron la revisión ginecológica.

bioseguridad, siendo responsable el médico residente del segundo año de Medicina Familiar con ayuda del personal de enfermería.

VII. RESULTADOS

De 146 pacientes que acudieron a revisión ginecológica con el Médico Familiar, 80 pacientes cubrieron los criterios de inclusión (54.8 %), de estos 80, 38 cubrieron los criterios de eliminación, teniendo una muestra para el presente trabajo de 42 pacientes (28.8 %).

FRECUENCIA DE POBLACIÓN SELECCIONADA QUE ACUDIERON A REVISIÓN GINECOLÓGICA POR EL MÉDICO FAMILIAR.



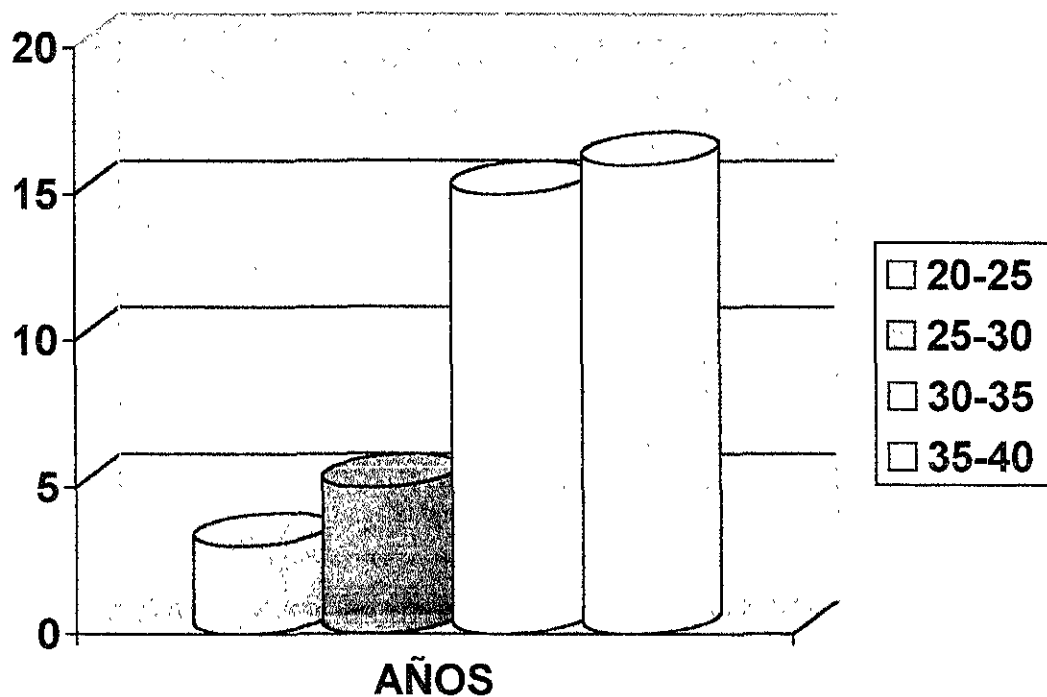
Población en estudio: 42 pacientes

Cuadro No. 1

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24 –D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

Todas las pacientes fueron mayores de 20 años, encontrándose el rango de edad más frecuente entre las edades de 35 a 40 años (40.47%). Seguido del grupo de 30 a 34 años (38.09%)

FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS

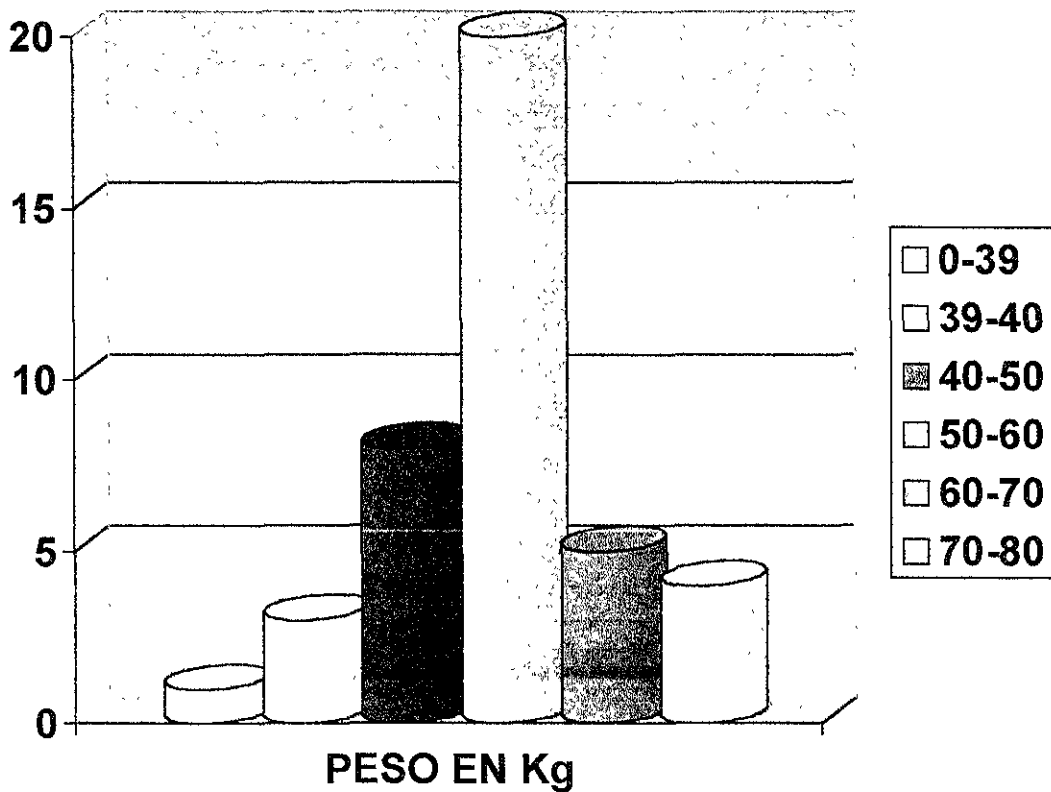


Gráfica No. I

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No 24- D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

El peso de las pacientes con alteración de la estática pélvica en mujeres asintomáticas menores de 40 años fluctuó entre 38 kg y 101 kg con una mediana de 60.6 kg y una media de 64 kg.

FRECUENCIA DEL PESO EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS



Gráfica No. II

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

Con respecto a la talla 39 pacientes tuvieron talla de más de 1.50 m que corresponde al 92.83%. La mayor frecuencia se encontró en las tallas de 1.57m a 1.62m que corresponde al 49.99%.

**FRECUENCIA DE LA TALLA EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA
ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40
AÑOS**

Cm.	PACIENTES	PORCENTAJE
147-149	3	7.14
150-152	7	16.66
153-156	7	16.66
157-159	12	28.57
160-162	9	21.42
163-165	4	9.52
TOTAL	42	99.97

Cuadro No. 2

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

Se observa la ocupación del grupo en estudio, de éstas: 20 pacientes (47.61%), se dedican a las labores del hogar y 22 (52.38%), eran pacientes trabajadoras (maestras administrativas), donde vemos un nivel económico y cultural medio, siendo un factor determinante.

FRECUENCIA DE LA OCUPACIÓN EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS

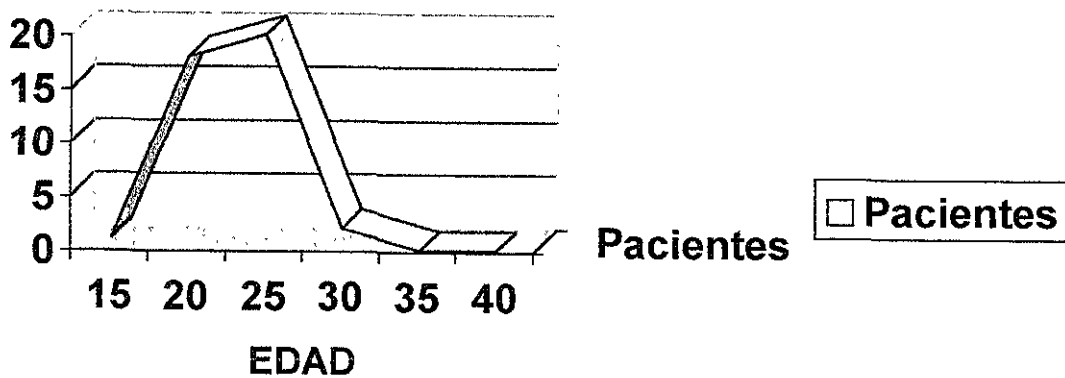
OCUPACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
LABORES DEL HOGAR	20	47.61
EMPLEADAS	22	52.61
TOTAL	42	99.99

Cuadro No. 3

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

Un número significativo de pacientes (54.76%), iniciaron su vida sexual activa después de los 20 años, una media de 20 años en nuestra serie

**FRECUENCIA DEL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN PACIENTES
CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES
ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS**



Gráfica No. III

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM

En referencia al número de gestas (124) en pacientes con alteración de la estática pélvica en nuestro estudio se encuentra que el 25.80% presentaron de una y dos gestas y el 74.19% de 3 gestas en adelante, las cuales se distribuyen de la siguiente manera:

**FRECUENCIA DE GESTAS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA
ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40
AÑOS**

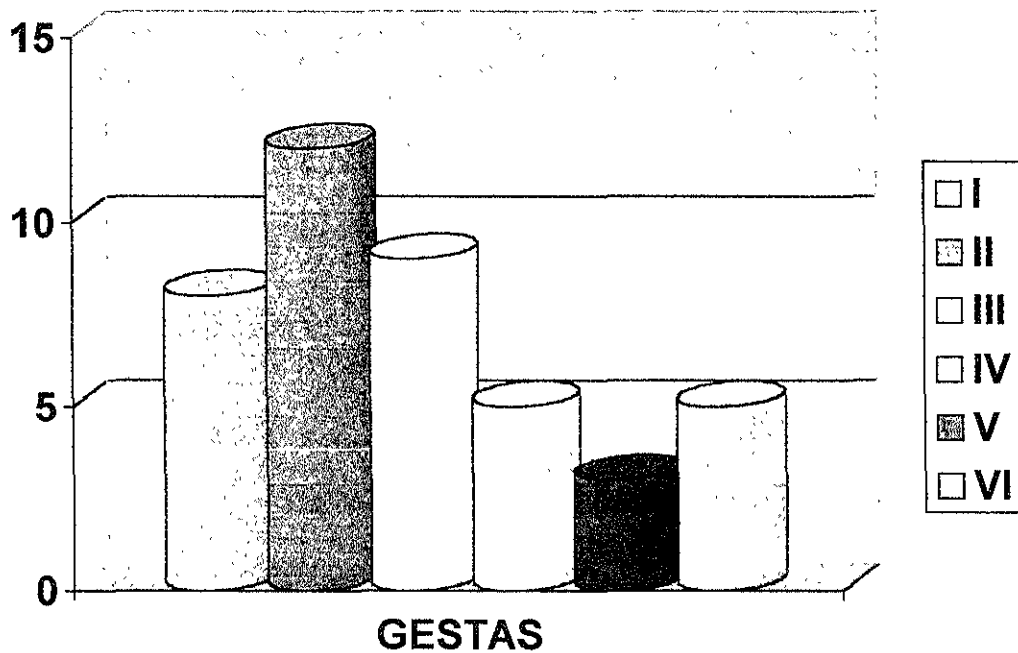
No. GESTAS	PACIENTES	FRECUENCIA
I	8	8
II	12	24
III	9	27
IV	5	20
V	3	15
VI	5	30
TOTAL	42	124

Cuadro No. 4

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

En referencia al número de gestas (124), en pacientes con alteración de la estática pélvica, en nuestro estudio se encuentra que el 25.80% presentaron de una a dos gestas y el 74.19% de 3 gestas en adelante, las cuales se distribuyen de la siguiente manera:

FRECUENCIA DE GESTAS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS



Gráfica No. IV

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No.24 -D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

La paridad se comprueba como factor presente en un buen porcentaje de pacientes con 3-5 trabajos de parto (75%).

**FRECUENCIA DE PARAS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA
ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40
AÑOS**

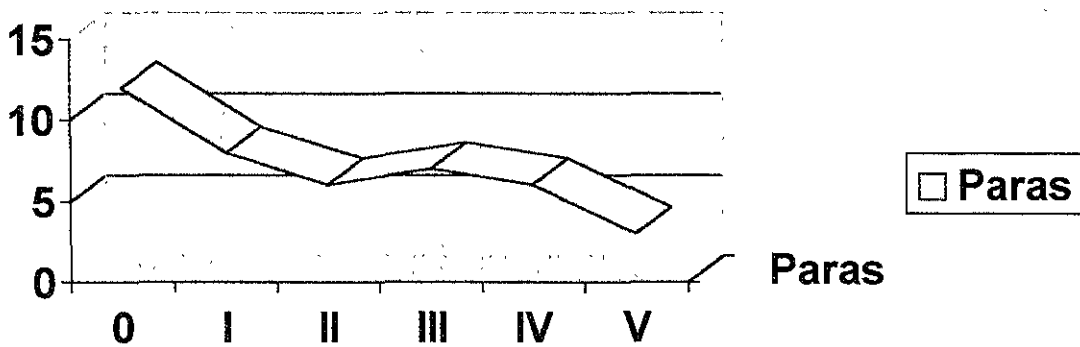
No. PARAS	No. PACIENTES	FRECUENCIA
0	12	0
I	8	8
II	6	12
III	7	21
IV	6	24
V	3	15
TOTAL	42	80

Cuadro No. 5

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

La paridad se comprueba como factor presente en un buen porcentaje de pacientes con 3-5 trabajos de parto (75%).

FRECUENCIA DE PARAS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS



Gráfica No. V

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

La incidencia de abortos, presencia de uno o más en nuestro estudio fue de 12.90%

FRECUENCIA DE ABORTOS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS

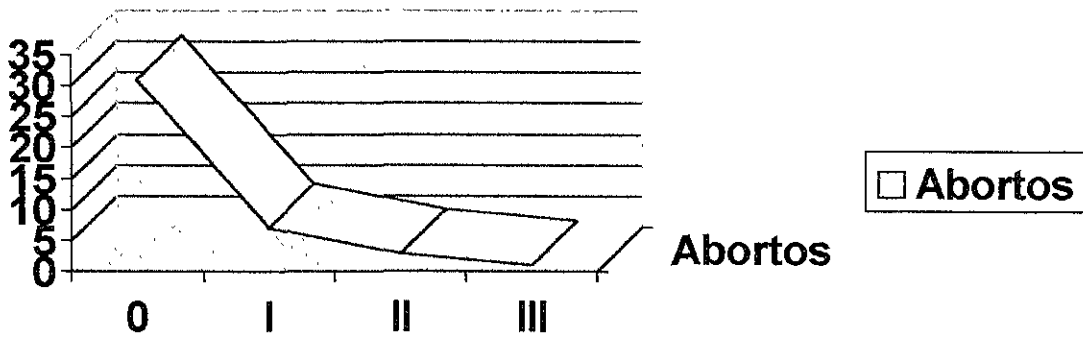
No. ABORTOS	No. PACIENTES	FRECUENCIA
0	31	0
I	7	7
II	3	6
III	1	3
TOTAL	42	16

Cuadro No. 6

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE ,TAM.

La incidencia de abortos, presencia de uno o más en nuestro estudio fue de 12.90%

FRECUENCIA DE ABORTOS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS

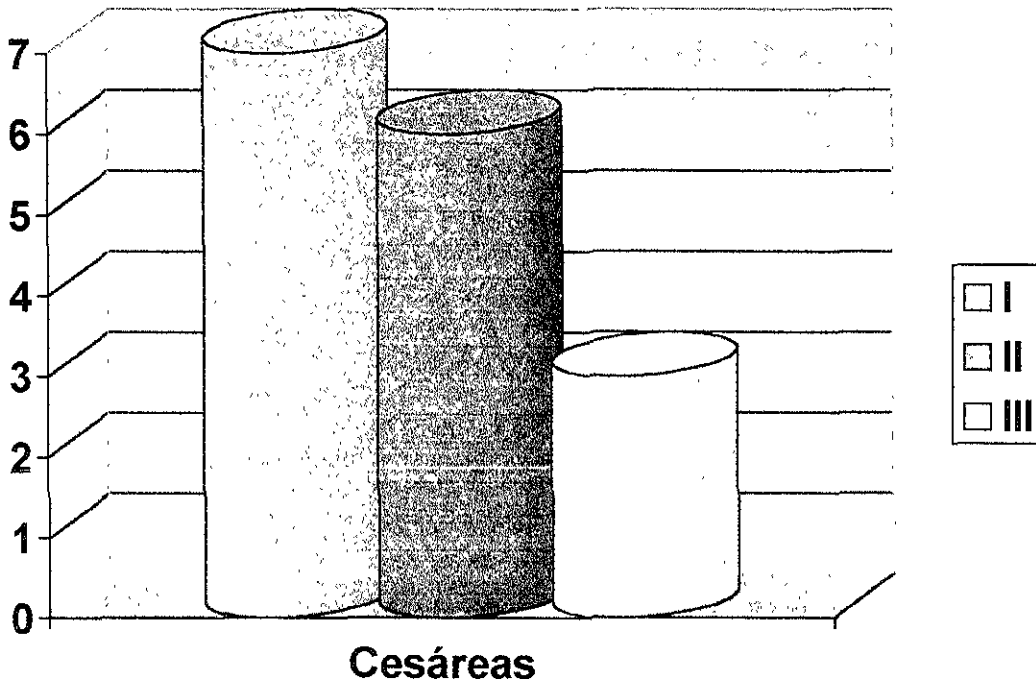


Gráfica No. VI

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No.24- D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

Del total de pacientes en estudio (42), 16 de ellas fueron sometidas a cesáreas (38%), y el resto 26, tuvieron parto natural. El porcentaje de cesáreas realizadas en las mujeres en estudio fue 22.58%

FRECUENCIA DE CESÁREAS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS



Grafica No. VII

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

Dentro de las lesiones de relajación vaginal, el cistocele I, cistocele I con rectocele I, fueron los grupos más significativos con 35 pacientes que corresponde al 83.32%, en segundo lugar el cistocele II con 9.52%

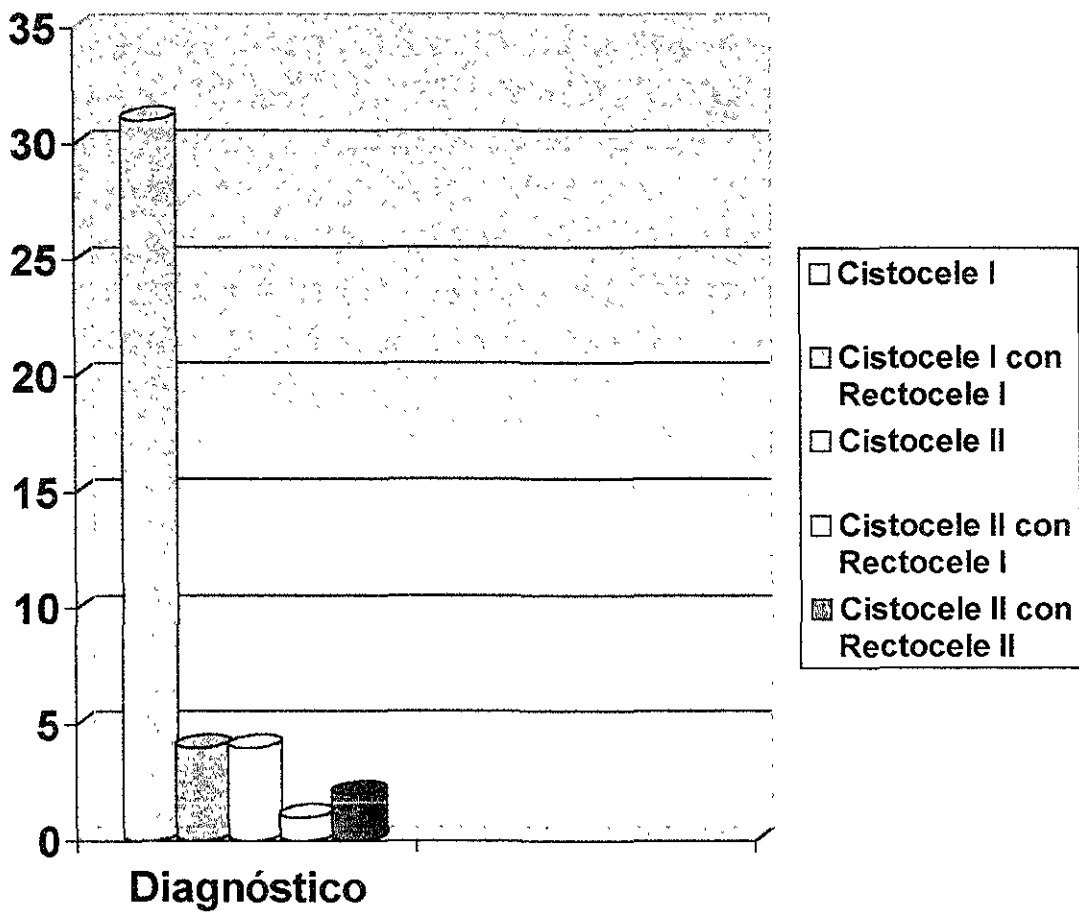
**FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES CON ALTERACIONES
DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES
DE 40 AÑOS**

DIAGNÓSTICO	No. Pac.	PORCENTAJE
Cistocele I	31	73.80 %
Cistocele I con Rectocele I	4	9.52 %
Cistocele II	4	9.52 %
Cistocele II con Rectocele I	1	2.38 %
Cistocele II con Rectocele II	2	4.76 %
TOTAL	42	99.98 %

Cuadro No. 8

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE TAM.

FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS



Gráfica No. VIII

FUENTE: CLÍNICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD. MANTE, TAM.

IX. DISCUSIÓN

Con base en los cuestionarios resueltos observamos que dentro del grupo de inclusión se determinó la edad más frecuente de padecer alteración de la estática pélvica encontrándose que es mayor durante la tercera década, esto es posible dado al aumento de gestas.

En cuanto al peso el 71% de los pacientes que dan un total de 30 presentaron un peso de más de 60 kg cifra significativa e impactante. La obesidad nos hace ver que es un factor de riesgo para alteraciones de la estática pélvica en nuestro estudio, equiparable a otros autores. Nava (2), Casas (24).

Con respecto a la talla deducimos que esta casuística, la talla encontrada no fue un factor determinante para la patología en estudio.

La ocupación del grupo en estudio en comparación a lo reportado por Casas (24), nosotros no encontramos una diferencia significativa en las alteraciones de la estática pélvica en cuanto a ocupación, esto es debido a que no importando la actividad se encontró un patrón en el cual la alteración se presenta porque destinaban al menos cinco horas en posición de pie.

La comparación con Nava (2) y Casas (24) donde reportan dicha alteración cuando la vida sexual inicia menores de 20 años (personas que se dedicaban al hogar exclusivamente). Nosotros encontramos que en una población con nivel cultural medio superior esta alteración está en función del inicio de la vida sexual.

Con base en los resultados de nuestro estudio, 92 gestas de 124 fueron pacientes con más de 3 gestas con una frecuencia de 74.19%, esto en relación a lo reportado en la edad nos hace ver que el periodo intergenético fue más corto y el motivo por el cual están asintomáticas es que son pacientes menores de 40 años comparables con Ramírez Cueto (1) y Mengert (9) donde el periodo intergenético es muy corto con 4-8 gestas.

De las 124 gestas, 80 (64.5%) nacieron por trabajo de parto, señalando que en aquellos pacientes con tres o más paras (75%), se les detectó más fácilmente alteraciones de la estática pélvica, debido al esfuerzo que el trabajo de parto ejerce sobre músculos y ligamentos, estos datos concuerdan con lo reportado por Nava (2), Casas (24).

Las alteraciones de la estática pélvica en mujeres asintomáticas menores de 40 años no se encuentran influenciadas por la presencia de abortos ya que el 12.90% (16) de las gestas fue la frecuencia de nuestro estudio. Estos datos difieren a los reportados por Nava (2), y Casas (24), con un 42 y un 45% respectivamente

El porcentaje de cesáreas se reportó en nuestro estudio con un porcentaje de 22.58% (28 cesáreas), de un total de 124 gestaciones. Estos datos son altos en relación a lo reportado por otros autores, con 15% , Nava (2), Casas (24).

Dada la frecuencia de lesión presentada en las pacientes que acuden a revisión ginecológica, se observó que un 92.84% presentaba un grado mínimo de lesión y se les diagnosticó con Cistocele I (73.8%), y Cistocele I con Rectocele I (9.52%), Cistocele II (9.52%), por lo que estas pacientes son asintomáticas.

La metodología empleada para la valoración de la estática pélvica es efectiva, dado que nos permite detectar etapas tempranas de dicha patología estando la paciente asintomática.

El 7.16% de las pacientes restantes con Cistocele II y Rectocele I y II no relacionaron ninguna sintomatología.

Los reportes de Chaudrahi (19), Nava (2), Bravo (6) y Casas (24), trabajan con pacientes sintomáticas, pero no existe reporte alguno con pacientes asintomáticas, lo que le da valor a este estudio donde se observó una alta incidencia de esta patología en pacientes asintomáticas.

X. CONCLUSIONES

Se puede detectar la patología de la estática pélvica en pacientes que acuden a consulta gineco-obstétrica con el Médico Familiar en etapas tempranas, cuando se realiza una detallada revisión ginecológica, aun cuando el paciente no refiere una sintomatología, motivo de nuestro estudio y que su frecuencia es alta 92.8 % de nuestra población en estudio.

Existen algunos factores de riesgo determinantes para el desarrollo de las alteraciones de la estática pélvica como lo son: el número de gestas, (75%) con más de 3 trabajos de parto, lo que nos indica el número reducido de gestas hace que el paciente se presente asintomático por el periodo intergenético espaciado.

Dado que en 44 de las 124 gestas se presentaron abortos o cesáreas (30%), no se llevó a cabo el trabajo de parto, lo que disminuye la incidencia de la patología.

Existen algunos otros factores que influyen con la incidencia de la patología de la estática pélvica en mujeres menores de 40 años asintomáticas como lo son.

- El sobrepeso (61.89), que repercute en las estructuras pelvigenitales ya que éstas son de sostén

No encontramos patología asociada como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, cardiopatías, etc., posiblemente porque no se encuentran dentro del rango de presentación de enfermedades crónico-degenerativas o neoplásicas.

Planteamos que deben realizarse campañas permanentes sobre alteraciones de la estática pélvica dirigidas a pacientes con escolaridad menor a la educación básica, personas obesas o con más de dos gestas.

Realizar estudio más amplios en valoración de riesgo reproductivo y/o alteraciones de la estática pélvica pues su evolución es a largo plazo y progresión real de esta patología con riesgos de infección de vías urinarias, riesgos quirúrgicos que representan horas hospital.

Proponemos el siguiente sistema estandarizado para determinar factores de riesgo para alteraciones de la estática pélvica en mujeres asintomáticas menores de 40 años, lo cual nos permitiría hacer una valoración rápida y concreta de esta patología (se anexa protocolo).

SE PROPONE EL SIGUIENTE PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN DE PACIENTES CON RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS:

1. EDAD	-30 a = 0	+30 a = 2		
2. EDO. CIVIL	solteras = 0	casadas = 1		
3. PESO	-60 kg = 0	+60 kg = 2		
4. ESCOLARIDAD	+6 a = 0	-6 a = 1		
5. V.S.A.	+20 a = 0	-20 a = 1		
6. GESTAS	-1 = 0	2 = 1	3 = 2	+3 = 3
7. PARAS	-1 = 0	2 = 1	3 = 2	+3 = 3
8. ABORTOS	0 = 0	+1 = .5		
9. F.U.P.	+60 m = 0	-60 m = .5		
10. CESÁREAS	1-3 = 0	0 = 1		
11. P.DISTOCICOS	neg = 0	pos = 1		
12. HISTERECTOMÍA	neg = 0	pos =		
13. MACROSOMICOS	-4 kg = 0	+4 kg = 1		
14. DESGARROS	neg = 0	pos = 1		
15. E.BIFIDA	neg = 0	pos = 1		
16. H. DISCO	neg = 0	pos = 1		
17. OTROS	neg = 0	pos = 1		

PACIENTE CON MÁS DE 7 PUNTOS REALIZAR REVISIÓN GINECOLÓGICA, INDICACIÓN DE PROLONGAR EL PERIODO INTERGENÉTICO Y REALIZAR MEDIDAS PREVENTIVAS EN CUANTO AL RENGLÓN CORRESPONDIENTE.

FUENTE:CLINICA HOSPITAL No. 24-D ISSSTE CD, MANTE, TAM.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. **Ramírez, Cueto E.**, "Tratamiento del prolapso uterino durante la senectud", Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 56, año 1988.
2. **Nava S. Robert**, "Tratamiento del prolapso uterino en mujeres jóvenes", Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 47, No. 284, año 1980.
3. **Geary, William L.**, "El prolapso del útero y el segmento superior de vagina", Clínicas Obstétricas, Dic. 1972, pags. 1113-1144.
4. **Proc. R. Soc. Med.**, "El soporte de las vísceras pélvicas. Revisión de algunas contribuciones recientes a la anatomía pélvica, con una introducción clínica", p. 43-60, años 1967-1968.
5. **Baden, Walker Thomas A.**, "Origen del perfil vaginal. Clasificación correlacionada de la relajación pélvica", Clínicas Obstétricas, Dic. 1972.

6. **Bravo S. Jorge**, “Histerectomía vaginal en pacientes con prolapso uterino”, Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 45, No. 268, año 1979.
7. **Weed C. John**, “Anatomía de la pelvis desde el punto de vista del cirujano ginecológico”, Clínicas Obstétricas, p. 1035-1047, Dic. 1972.
8. **Berglas B. y Rubin**, “Estudio de las estructuras de soporte para el útero por medio de miografía del elevador” Surg. Gynecol. Obst., Vol. 97, No. 667, año 1953.
9. **Mengert W.F.**, “Discusión de ufelder; Mecanismo del soporte pélvico en mujeres”, Am J. Obstet. Gynecol., Vol. 72, No. 863, año 1956.
10. **Idem.**, “Mecanismos de soporte y posición uterinos. I Factores influyentes en el soporte uterino (un estudio experimental) “Am J. Obstetrics and Gynecology. Vol 31 No. 775, año 1936.
11. **Mengert, W. F.**, “Mecanismos de soporte uterino. Estudio experimental”, AmJ, Obstetrics and Gynecol., Vol. 31, No. 775-772, año 1936.

12. **Ulfelder, H.**, “Mecanismos del soporte pélvico en mujeres. Deducciones a partir de estudios anatómofuncionales comparativos de las estructuras envueltas”. *Am J. Obstetrics and Gynecology*; 72:856, año 1956.

13. **Baden, Walder Thomas A.**, “Diagnóstico físico en la valoración de la relajación vaginal”, *Clínicas obstétricas*, Dic. 1972, 1055-1064.

14. **Sociedad de Médicos Cirujanos del Hospital Gineco-Obstetricia No. 14 del IMSS**, “Procedimientos en ginecología”, h.g.o, No. 14, 1988.

15. **Greenhill, J.P.**, “Tratamiento no quirúrgico de la relajación vaginal”, *Clínicas Obstétricas*, Dic. 1972, p. 1083-1097.

16. **Lozano, E. Andrés**, “Histerocolpectomía en la procedencia del útero en mujer anciana”, *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 53, junio de 1985.

17. **Symmonds, Richard E.**, “La vía suprapúbica para corregir relajación vaginal anterior o incontinencia urinaria de esfuerzo”, *Clínicas Obstet.*, Dic. 1972, p. 1107-1110.

18. **De la Cruz, Iris**, “Cistouretropexia retropúbica en la incontinencia urinaria de esfuerzo”, *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 54, Dic. 1986.
19. **Chaudhuri, S. D.**, “El lugar de sencillas operaciones en el tratamiento del prolapso genital en mujeres jóvenes”, *Int. J. Gynec. y Obstet.*, Vol. 16, p. 314-320, 1979.
20. **Villalobos, Manuel**, “Uretrocistopexia retropúbica por vía vaginal. Informe preeliminar”, *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 54, No. 86.
21. **Ardekany, M. Sadegh**, “Una nueva modificación de colpocleisis para tratamiento de la procidencia total en ancianas”, *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 15: 358-360, 1978.
22. **Pratt, J. H.**, “Reparación quirúrgica del rectocele y desgarros perineales”, *Clínicas Obstétricas*, Dic. 1972.
23. **Schneider, George T.**, “Errores en el diagnóstico y tratamiento de la relajación vaginal”, *Clínicas Obstétricas*, Dic. 1972, p. 1173-1180.

24. **Casas, Santistebe A.**, “Modificación de estática pelvigenital”, tesis profesional, febrero de 1989, p. 1-75.

25. **David C. Sbiston**, “Tratado de Patología Quirúrgica”, II, 1974, p. 1425-1427.

I S S S T E

SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA

DELEGACIÓN: TAMAULIPAS

SEDE: CLÍNICA HOSPITAL No.24-D CD. MANTE

TÍTULO: ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN MUJERES

ASINTOMÁTICAS MENORES DE 40 AÑOS

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____	
No. DE AFILIACIÓN: _____	
FECHA DE LLENADO: _____	
ANTECEDENTES GENERALES	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS
1. EDAD _____	13. PARTOS DISTÓCICOS _____
2. EDO. CIVIL _____	14. HISTERECTOMÍAS _____
3. PESO _____	15. MACROSÓMICOS (+DE 4Kg) _____
4. TALLA _____	16. DESGARROS _____
5. OCUPACIÓN _____	
6. ESCOLARIDAD _____	
HISTORIA OBSTÉTRICA	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS
7. V.S.A. _____	17. ESPINA BÍFIDA _____
8. No. DE EMB. _____	18. HERNIA DE DISCO _____
9. No. DE PARTOS _____	19. OTROS _____
10. ABORTOS _____	
11. F.U.P. _____	EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA
12. CESÁREAS _____	_____

