

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE MEDICO ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**Historia de aborto como factor de riesgo para prolapso uterino en
pacientes del Hospital II – 1 Moyobamba**

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: Medicina Humana

AUTOR:

Médico Cirujano PAZ LUNA LUIS MIGUEL ISAAC

ASESOR:

M.G.O. JORGE PADILLA MOSQUERA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2244-2427>

Trujillo – Perú

2021

I. GENERALIDADES

1. TITULO

Historia de aborto como factor de riesgo para prolapso uterino en pacientes del Hospital II – I Moyobamba. Periodo 2017- 2020

2. AREA DE LA INVESTIGACIÓN:

Mortalidad Materna e infantil

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1. De acuerdo a la orientación o finalidad: Aplicada.

3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación: Observacional, analítico, estudio de casos y controles.

4. UNIDAD ACADEMICA

Facultad de Medicina Humana - Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.

5. EQUIPO INVESTIGADOR:

AUTOR

Paz Luna Luis Miguel Isaac

ASESOR

Dr. Jorge Padilla Mosquera

Profesor contratado del curso de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina Humana de la

Universidad Privada Antenor Orrego y Tutor de
residentado médico del Hospital II – I Moyobamba

6. INSTITUCION Y LOCALIDAD DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Departamento
de Obstetricia del Hospital II – I Moyobamba

7. DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO: 6 meses

Inicio: Noviembre del 2020.

Terminación: Abril del 2021

II. PLAN DE INVESTIGACION

1. RESUMEN

Determinar si la historia de aborto es factor de riesgo para prolapso uterino en pacientes del Hospital II – I Moyobamba; por medio de un estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles; la población estuvo conformada por pacientes que fueron atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital II – I Moyobamba durante el periodo 2017 – 2020 que cumplieron los criterios de selección. En el análisis estadístico se hará uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$). Se tomarán en cuenta una muestra de 54 pacientes con prolapso uterino y 54 pacientes sin prolapso uterino. Se obtendrá el odds ratio (OR) que ofrecen la historia de aborto en relación a la

presencia de prolapso uterino. Se realizará el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto espontáneo es el más común resultado adverso del embarazo. Aproximadamente del 8 al 15% de los embarazos clínicamente reconocidos terminan en un aborto espontáneo; sin embargo, se ha estimado que alrededor del 30% de todos los embarazos resultan en un aborto espontáneo. Registros nacionales y estudios de cohortes basados en la población, informan que el riesgo de aborto espontáneo en Suecia, Finlandia, y Dinamarca estaba entre el 12,9% y el 13,5%; en Noruega se estimó una tasa de aborto espontáneo del 12% cuando teniendo en cuenta los abortos inducidos¹.

Registros a nivel internacional muestra que la incidencia, la tasa de incidencia y el número de abortos espontáneos identificados en el registro gestionados en la salud pública han disminuido, y la proporción de intervenciones quirúrgicas el tratamiento del aborto espontáneo ha disminuido hacia el año 2017; en general, e en décadas pasadas el 11,2% de los embarazos identificados por el registro resultaron en abortos espontáneos; en 2016, la proporción fue del 8,3%².

La disfunción del suelo pélvico femenino constituye incontinencia urinaria, pélvico prolapso de órganos e incontinencia fecal. El prolapso de órganos es un descenso sustancial del útero y la vagina, que puede sobresalir parcial o totalmente más allá de la vulva.¹⁰ Conduce a síntomas angustiantes, como plenitud pélvica, dolor de espalda,

incontinencia, flujo vaginal y sangrado. La mayoría de mujeres con útero abultado 1 cm más allá el himen informa malestar.

La prevalencia global del prolapso de órganos oscila entre el 2% y el 20% entre mujeres de 45 años. Sin embargo, las estimaciones en los países en desarrollo varían ampliamente, oscilando entre el 3,4% en los países del Sur India hasta un 56% en Egipto³.

En el Hospital II – I Moyobamba en el servicio de ginecología durante el periodo de enero del 2019 a diciembre del 2019, se encontró que la frecuencia de pacientes mayores de 40 años atendidas en este lapso fue de 536 mujeres, en la cuales la prevalencia de prolapso uterino fue de 35% aproximadamente.

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es la historia de aborto factor de riesgo para prolapso uterino en pacientes del Hospital II – I Moyobamba periodo 2017- 2020?

3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Caudwell J, et al (Escandinavia, 2018); identificaron predictores prenatales de daño significativo en el músculo elevador del ano durante un primer parto en un estudio observacional retrospectivo. Un total de 1148 primíparas con un solo feto sin complicaciones Los embarazos fueron reclutados y evaluados con ecografía translabial a las 36 semanas antes del parto y 871 (76%) regresaron para una reevaluación 3-6 meses después del parto. Se analizaron los datos ecográficos de mujeres con par vaginal en busca de avulsión del elevador y microtraumatismos. Se analizaron los conjuntos de datos completos de 844 mujeres. Entre ellos, 609 dieron a luz por vía vaginal:

por parto vaginal normal en 452 (54%), un parto por vacío en 102 (12%) y un parto con fórceps en 55 (6%); el antecedente de aborto se encontró como un factor de riesgo para prolapso de órganos pélvicos OR=1.02 (95% CI 1–1.05); p=0.0471⁴.

Subedi S, et al (Tailandia, 2019); evaluar los factores de riesgo sobre órganos pélvicos entre las mujeres que asistían a un hospital por medio de un estudio descriptivo transversal entre 110 mujeres, la edad media fue de 37,0 años, el 31,8% tenía entre 31 y 40 años. La mayoría de los encuestados estaban alfabetizados, el 47,3% eran ama de casa, el 51,8% tuvo su primer hijo entre las edades de 20 a 24 años, el 46,4% tuvo dos hijos, el 33,6% tuvo un aborto, el 49,1% había oído hablar del prolapso de órganos pélvicos de amigos y familiares y al 6,4% se les diagnosticó prolapso de órganos pélvicos. La frecuencia de historia de aborto fue de 63% en el grupo de casos y fue de 36% en el grupo de controles (p<0.05)⁵.

Dheresa M, et al (Etiopia, 2019); evaluaron los factores asociados con los trastornos del suelo pélvico en un estudio transversal de base comunitaria entre 3432 mujeres alguna vez casadas seleccionadas a través de un procedimiento de muestreo estratificado de varias etapas. En general, la prevalencia de trastornos del suelo pélvico fue del 20,5% (IC del 95%: 19% -22%). Las mujeres que había tenido cinco o más partos vaginales (APR = 1,56; IC del 95%: 1,18, 2,05) o un aborto (APR = 1,85; 95% CI: 1,43, 2,38) se asociaron de forma independiente con tener trastornos del suelo pélvico⁶.

Mazi B, et al (Norteamérica, 2019); estimaron la prevalencia de factores de riesgo para disfunción del suelo pélvico y evaluar su calidad de vida en un estudio de casos y controles en donde se incluyeron datos de 100 mujeres diagnosticadas con prolapso de

órganos pélvicos (edad media, 45,18 ± 10,50 años) y se recogieron 100 participantes de control (edad media, 45,14 ± 13,03 años; P = 0,644). Pacientes con prolapso de órganos pélvicos mostró un índice de masa corporal (IMC) significativamente más alto (7,3%) (32,59 ± 6,22 kg / m²) que controles (30,37 ± 8,08 kg / m²) y una frecuencia de antecedente de aborto significativamente mayor también (OR, 1.044, IC del 95%: 1.001-1.091; P = 0.043). 1.479 (0.542–4.037; p=0.445)⁷.

No se han podido identificar estudios que hayan asociado las variables de interés en el ámbito nacional, regional o local.

4. JUSTIFICACIÓN

Tomado en cuenta que el prolapso de órganos pélvicos es una complicación observada con frecuencia en pacientes de grupos de edad avanzada, aun cuando esta es un espectro de patologías que comprometen a diversas estructuras anatómicas; aun cuando no afecta directamente la supervivencia de la paciente, ejerce un impacto determinante en la funcionalidad del aparato genital urinario, con el consiguiente incremento de la morbilidad y del costo sanitario y social que ello implica; es por ello que consideramos relevante identificar variables que puedan influir en la aparición de este desenlace, particularmente de los antecedentes obstétricos que experimenta la mujer durante su vida reproductiva; en este sentido pretendemos verificar la influencia del antecedente de cesárea y la historia de aborto en relación al riesgo de desarrollar prolapso uterino.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVOS GENERALES

- Determinar si la historia de aborto es factor de riesgo para prolapso uterino en pacientes del Hospital II – I Moyobamba

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de historia de aborto en pacientes con prolapso uterino
- Determinar la frecuencia de historia de aborto en pacientes sin prolapso uterino
- Comparar la frecuencia de historia de aborto entre pacientes con o sin prolapso uterino
- Comparar las variables intervinientes entre pacientes con o sin prolapso uterino

6. MARCO TEÓRICO

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un problema perturbador que afecta a muchas mujeres y su calidad de vida. En la literatura existe una discrepancia en cuanto a la verdadera prevalencia de POP que puede estar relacionada con el tipo de estudio realizado. El número real de mujeres que se someten a intervención por POP parece ser similar a la prevalencia descrita en las encuestas telefónicas⁸.

Los síntomas de abultamiento y otros síntomas de prolapso asociados son más importantes que los cambios anatómicos que se pueden

observar durante el examen ginecológico. El prolapso de órganos pélvicos puede definirse por el descenso del compartimento según el segmento vaginal y se divide en compartimentos vaginales anterior, posterior y apical. Los datos sobre el tipo de prolapso o el compartimento afectado con mayor frecuencia están disponibles en estudios epidemiológicos, así como en estudios que informan sobre evaluación preoperatoria⁹.

Se ha encontrado que el prolapso del compartimento anterior ocurre con mayor frecuencia entre los tres tipos y se informa que es dos veces más prevalente que el prolapso del compartimento posterior y tres veces más prevalente que el prolapso del compartimento apical. Cabe señalar que el POP es una condición dinámica y que, hasta cierto punto, dos tercios de las mujeres tienen un prolapso combinado de los tres compartimentos¹⁰.

Aunque se describieron muchos factores en asociación con POP, la relación entre los factores de riesgo en sí no es clara y no siempre se comprende bien. La debilidad de la fascia endopélvica es el factor principal en la etiología del POP y todos los factores de riesgo conocidos en realidad causan debilidad y daño de la fascia y, por lo tanto, pueden provocar la hernia de los órganos y el prolapso¹¹. Al igual que aquellos que buscan atención médica y consulta, la prevalencia e incidencia de la cirugía reconstructiva también aumenta con la edad¹².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define inseguro el aborto como un procedimiento para poner fin a un embarazo ya sea por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un entorno que carece de los estándares médicos mínimos o ambos¹³. La proporción de abortos inseguros fue mayor en países con leyes de

aborto muy restrictivas: 13% de todos los abortos en países en los que el aborto era legal eran inseguros, en comparación con el 75% en países donde el aborto fue completamente prohibido o permitido solo para salvar la vida o la salud física de la mujer¹⁴.

La complicación más grave del aborto inseguro sigue siendo la muerte. Además, hemorragias graves, enfermedad inflamatoria pélvica (que puede ser causada por úlceras uterinas) perforación), y la infección también se encuentran como complicación del aborto inseguro en los establecimientos de salud de países subdesarrollados¹⁵.

Los factores de riesgo para el aborto inducido encontrados en estudios previos lo constituyen el estado de salud, socioeconómico y factores culturales de la mujer. Otros factores como la brecha en la educación sexual, sexo forzado, el estigma social del embarazo fuera del matrimonio, uso inadecuado de anticonceptivos, y la irresponsabilidad del padre del niño también puede conducir al aborto inducido¹⁶. Las encuestas pueden ser insuficientemente representativas de los abortos ya que no todas las mujeres con complicaciones del aborto buscan atención médica, ya sea por temor a ser denunciadas a las autoridades judiciales o por motivos económicos. En particular, las mujeres de las zonas rurales que tienen acceso limitado a la atención médica pueden recurrir a las parteras o autotratamiento tanto para abortos como para atención postaborto¹⁷.

7. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna (Ha)

La historia de aborto es factor de riesgo para prolapso uterino en pacientes del Hospital II – I Moyobamba

Hipótesis nula (Ho)

La historia de aborto no es factor de riesgo para prolapso uterino en pacientes del Hospital II – I Moyobamba

8. MATERIAL Y MÉTODOS

A. DISEÑO DEL ESTUDIO

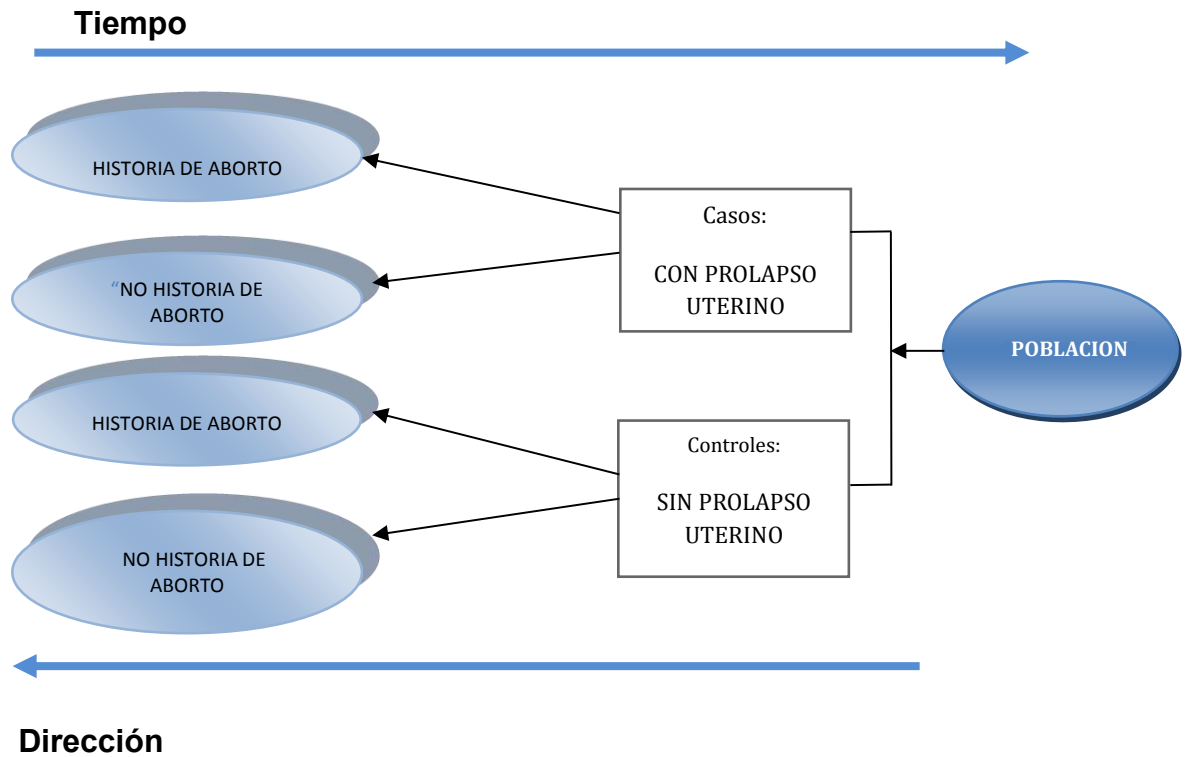
Tipo de estudio

Estudio analítico , observacional , retrospectivo de casos y controles

DISEÑO ESPECÍFICO

G1	X1	X2
G2	X1	X2

- G1: Pacientes con prolapso uterino
- G2: Pacientes sin prolapso uterino
- X1: Historia de aborto



B. MATERIAL DE ESTUDIO

Población Universo

Pacientes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital II – I Moyobamba en el periodo 2017 – 2020.

Población de Estudio

Pacientes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital II – I Moyobamba en el periodo 2017 – 2020 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección :

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

Casos :

Pacientes” con prolapso uterino
Pacientes mayores de 40 años
Pacientes con historias clínicas completas

Controles

Pacientes” sin prolapso uterino
Pacientes mayores de 40 años
Pacientes con historias clínicas completas

Criterios de Exclusión

Pacientes hysterectomizadas
Pacientes con cáncer de cuello uterino
Pacientes con miomatosis uterina
Pacientes con obesidad morbida

MUESTRA

UNIDAD DE ANÁLISIS

Estará constituido por cada paciente atendida en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital II – I Moyobamba en el periodo 2017 – 2020 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

UNIDAD DE MUESTREO

Estará constituido por la historia clínica de cada paciente atendida en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital II – I Moyobamba en el periodo 2017 – 2020 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección .

TAMAÑO MUESTRAL

Formula¹⁸:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde :

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos con aborto y que desarrollaron prolapso uterino .
 p_2 = Proporción de controles con aborto que no desarrollaron prolapso uterino

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.63$ (Ref 5)

$P_2 = 0.36$ (Ref 5)

R: 1

Reemplazando los valores , se tiene :

$$n = 54$$

CASOS: (Pacientes con prolapso uterino) = 54 pacientes

CONTROLES: (Pacientes sin prolapso uterino) = 54 "pacientes .

C. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
Prolapso Uterino	Cualitativa	Nominal	Descenso de órgano pélvicos	Si-No
INDEPENDIENTE :				
Historia de aborto	Cualitativa	Nominal	Hemorragia del primer trimestre y ecografía con ausencia de actividad cardiaca fetal	Si - No

INTERVINIENTE				
Edad	Cuantitativa	Discreta		“Años”
Paridad	Cualitativa	Nominal	“Número de partos > de 1	Si-No
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Urbano – rural	Si – No
Diabetes mellitus	Cualitativa	Nominal	Glucemia >126 <= 126	Si - No
Hipertensión arterial	Cualitativa	Nominal	Presión arterial >140/90 <=140/90	Si- No

DEFINICIONES OPERACIONALES

Historia de aborto: Se considerará cuando la paciente en alguna de su gestación haya experimentado la interrupción espontánea o voluntaria de esta antes de las 20 semanas de edad gestacional⁵.

Prolapso uterino: Se considerará cuando se produzca el descenso de alguno de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal) dentro o más allá de la vagina, periné o canal anal⁶.

D. PROCEDIMIENTOS:

Ingresaron al estudio las pacientes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital II – I Moyobamba en el periodo 2017 – 2020 y que cumplieron con los criterios de selección ; se solicitó la autorización al director y luego se realizó la identificación de los números de historia clínicas de los pacientes en la oficina de estadística ; luego se procedió a:

1. Identificar las historias clínicas de los pacientes en función de su pertenencia al grupo de casos o al grupo de controles por medio de muestreo aleatorio simple .
2. Revisar el expediente con la finalidad de extraer la información necesaria para precisar las variables de interés del estudio .
3. Se incorporaran las variables obtenidas en la hoja de recolección de datos correspondiente (Anexo 1).
4. Se continuará con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio .

E. RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS

El procesamiento de datos se realizará empleando el programa estadístico SPSS 25.

Estadística Descriptiva :

Presentación de resultados

Los resultados serán presentados en tablas estadísticas bivariadas, con número de casos y controles en cifras absolutas y porcentuales.

Estadística Analítica

Se utilizará la prueba estadística chi cuadrado para las variables cualitativas; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$). Considerando las variables intervinientes se aplicará la Regresión Logística para determinar la preponderancia del factor propuesto.

Estadígrafo propio del estudio

Se obtendrá el OR para antecedente de cesárea e historia de aborto en cuanto a su asociación con la presencia de prolapso uterino. Se realizará el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente .

F. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación contará con la autorización del Hospital II – I Moyobamba y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que es un estudio de casos y controles retrospectivos en donde solo se recogerán datos clínicos de los pacientes ; se tomará en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)¹⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁰.

9. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Actividades	Personas responsables	TIEMPO												
			NOV 2020 – ABRIL 2021												
			1-2 SEM	3-4 SEM	5-6 SEM	7-8 SEM	9-10 SEM	11-12 SEM	13-14 SEM	15-16 SEM	17-18 SEM	19-20 SEM	21-22 SEM	23-24 SEM	
1	Planificación y elaboración del proyecto.	INVESTIGADOR ASESOR	X	X											
2	Presentación y aprobación del proyecto	INVESTIGADOR			X	X									
3	Recolección de Datos	INVESTIGADOR - ASESOR					X	X	X	X	X				
4	Procesamiento y análisis	INVESTIGADORESTADÍSTICO										X	X		
5	Elaboración del Informe Final	INVESTIGADOR													X
DURACIÓN DEL PROYECTO			1	2	3	4	5	6							
PERÍODO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR MESES															

10. PRESUPUESTO DETALLADO

Naturaleza del Gasto	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Bienes				Nuevos Soles
1.4.4.002	Papel Bond A4	01 millar	0.01	100.00
1.4.4.002	Lapiceros	5	2.00	10.00
1.4.4.002	Resaltadores	03	10.00	30.00
1.4.4.002	Correctores	03	7.00	21.00
1.4.4.002	CD	10	3.00	30.00
1.4.4.002	Archivadores	10	3.00	30.00
1.4.4.002	Perforador	1	4.00	4.00
1.4.4.002	Grapas	1 paquete	5.00	5.00
Servicios				
1.5.6.030	INTERNET	100	2.00	200.00
1.5.3.003	Movilidad	200	1.00	200.00
1.5.6.014	Empastados	10	12	120.00
1.5.6.004	Fotocopias	300	0.10	30.00
1.5.6.023	Asesoría por Estadístico	2	250	500.00
			TOTAL	1230.00

FINANCIACION:

El presente estudio de investigación será financiado por el autor en su totalidad.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Linnakari R. Trends in the incidence, rate and treatment of miscarriage—nationwide register-study in Finland, 1998–2016 *Human Reproduction* 2019; 1(9):13-17.
- 2.-Wattar BH Al, Murugesu N, Tobias A, Zamora J, Khan KS. Management of first-trimester miscarriage: a systematic review and network metaanalysis. *Hum Reprod Update* [Internet] 2019; 12:1–13.
- 3.-Haylen BT, Maher CF, Barber MD, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Neurourol Urodyn*. 2016;35(2):137–168
- 4.-Caudwell J, Kamisan Atan I, Brown C, Guzman Rojas R, Langer S, Shek KL, et al. Can pelvic floor trauma be predicted antenatally?. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018; 97:751–757.
- 5.-Subedi S, Thapa T, Joshi A, Chapagain S, Shrestha S. Awareness Regarding Pelvic Organ Prolapse Among Women Attending a Teaching Hospital in Chitwan. *Anatol J Family Med* 2019;2(1):33–7.
- 6.-Dheresa M. Factors associated with pelvic floor disorders in Kersa District, eastern Ethiopia: a community-based study. *International Urogynecology Journal* 2019; 30:1559–1564.
- 7.-Mazi B. Depression symptoms in women with pelvic floor dysfunction: a case-control study. *International Journal of Women's Health* 2019;11 143–148

8.-Hallock JL, Handa VL. The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth: An Update. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;43:1-13.

9.-Ramalingam K, Monga A. Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017;29:541-7.

10.-De Sam Lazaro S, Nardos R, Caughey AB. Obesity and Pelvic Floor Dysfunction: Battling the Bulge. *Obstet Gynecol Surv.* 2016;71:114-25.

11.-Alcalay M, Stav K, Eisenberg VH. Family history associated with pelvic organ prolapse in young women. *Int Urogynecol J.* 2017;26:1773-6.

12.-Veit N, Cartwright R, Singh A, Digesu G, Fernando R, Khullar V. Association between joint hypermobility and pelvic organ prolapse in women: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2017;27:1469-78.

13.-Ganatra B, Gerds C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet.* 2017;390(10110):2372–81.

14.-Singh S, Maddow I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG.* 2016;123(9):1489–98.

15.-Pourette D, Mattern C, Ratovoson R, Raharimalala P. Misoprostol for abortion in Madagascar: between ease of access and lack of information. *Contraception*. 2018;97:116–21.

16.-Laghzaoui O. Inventory of unsafe abortions: retrospective study of 451 cases treated in Moulay Ismail military hospital of instruction, Meknes, Morocco. *Pan Afr Med J*. 2017;24:83.

17.-Melese T, Habte D, Tsimba BM, Mogobe KD, Nassali MN. Management of post abortion complications in Botswana -the need for a standardized approach. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192438.

18.-Kleinbaum D. *Statistics in the health sciences: Survival analysis*. New York: Springer-Verlag publishers; 2012.p78.

19.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

20.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2011.

12. ANEXOS:

ANEXO N° 01

Historia de aborto como factor de riesgo para prolapso uterino en pacientes del Hospital II – I Moyobamba

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N°.....

DATOS GENERALES:

- 1.1. Número de historia clínica: _____
- 1.2. Edad: _____ años
- 1.3. Paridad: _____
- 1.4. Procedencia: Urbano () Rural ()
- 1.5. Diabetes mellitus: Si () No ()
- 1.6. Hipertensión arterial: Si () No ()

II: VARIABLE DEPENDIENTE:

Prolapso uterino: Si () No ()

III: VARIABLE INDEPENDIENTE:

Historia de aborto: Si () No ()

