

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“EPISIOTOMÍA COMO FACTOR DE RIESGO DE PROLAPSO DE
ÓRGANO PÉLVICO. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE
ECHEGARAY”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: RODRIGO ALONSO FONSECA CENTURIÓN

ASESOR: M.C. CHRISTIAN ALARCÓN GUTIÉRREZ

Trujillo – Perú

2018

DEDICATORIA

A Ysa, Pancho y Daniel...

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la episiotomía es factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico en las pacientes del hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo 2014-2016.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles analítico, observacional, retrospectivo, de corte transversal en base a la revisión de historias clínicas. La muestra de la población de estudio, obtenida por fórmula, estuvo constituida por 330 pacientes según criterios de inclusión y exclusión, distribuidos en dos grupos: 165 casos con prolapso y 165 controles sin prolapso.

Resultados: La episiotomía estuvo presente en 116 casos y 87 controles y presentó diferencia estadística significativa ($p=0.001$ e $IC95\%=1.349-3.337$), OR de 2.12. El uretrocistocele se presentó en 60% de los casos, seguido de úterocele en 26.1% y rectocele en 13.9%. El antecedente de episiotomía en el grupo de casos se observó en 70 pacientes con uretrocistocele. El OR fue 1.77, con $p=0.025$ e $IC95\%=1.073-2.948$. La episiotomía no mostró diferencia estadísticamente significativa al asociarse con úterocele ni rectocele. La edad promedio para los casos y controles fue 61.97 ± 5.55 y 61.25 ± 5.03 respectivamente; la frecuencia de episiotomía fue de 70.3% para casos y 52.7% para controles.

Conclusiones: La episiotomía fue factor de riesgo para prolapso de órgano pélvico y se confirmó en el caso del uretrocistocele, mientras que para úterocele y rectocele no lo fue. La comunicación al personal médico sobre el riesgo encontrado y la necesidad de investigaciones a mayor plazo, incluso en otras instituciones, es sugerible.

Palabras Clave: Prolapso de órgano pélvico, episiotomía, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine if episiotomy is a risk factor for pelvic organ prolapse in the patients of Víctor Lazarte Echegaray Hospital in the period 2014-2016.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, cross-sectional case-control study was carried out based on the review of medical records. The sample of the study population, obtained by formula, was constituted by 330 patients according to inclusion and exclusion criteria, divided into two groups: 165 cases with prolapse and 165 controls without prolapse.

Results: Episiotomy was present in 116 cases and 87 controls and presented significant statistical difference ($p = 0.001$ and $95\% \text{ CI} = 1.349-3.337$), OR of 2.12. The urethrocyстоcele was present in 60% of the cases, followed by the uterus in 26.1% and rectocele in 13.9%. The history of episiotomy in the case group was observed in 70 patients with urethrocyстоcele. The OR was 1.77, with $p = 0.025$ and $95\% \text{ CI} = 1.073-2.948$. The episiotomy showed no statistically significant difference when associated with uterotomy or rectocele. The average age for the cases and controls was 61.97 ± 5.55 and 61.25 ± 5.03 respectively; the frequency of episiotomy was 70.3% for cases and 52.7% for controls.

Conclusions: Episiotomy was a risk factor for pelvic organ prolapse and was confirmed in the case of urethrocyстоcele, while for uterus and rectocele it was not. The communication to the medical staff about the risk found and the need for longer term research, even in other institutions, is suggested.

Key Words: Pelvic organ prolapse, episiotomy, risk factors.

ÍNDICE

Páginas

• DEDICATORIA.....	1
• RESUMEN	2
• ABSTRACT.....	3
• INDICE.....	4
• INTRODUCCIÓN.....	5
• ENUNCIADO PROBLEMA CIENTÍFICO.....	9
• OBJETIVOS.....	9
• HIPÓTESIS.....	9
• MATERIAL Y MÉTODO.....	10
• PROCEDIMIENTO RECOLECCIÓN DE DATOS.....	14
• ASPECTOS ETICOS.....	16
• RESULTADOS.....	17
• DISCUSIÓN.....	22
• CONCLUSIONES.....	25
• SUGERENCIAS.....	26
• REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
• ANEXOS.....	32

I. INTRODUCCIÓN

2.1. Marco teórico

El Prolapso De Órgano Pélvico conlleva a más de 300,000 cirugías en los Estados Unidos, con un coste aproximadamente de 1 billón de dólares anualmente. Se estima que una de cada nueve mujeres en los Estados Unidos se someterá a una intervención quirúrgica por Prolapso de Órgano Pélvico, Incontinencia Urinaria o ambos y que más del 11% de las mujeres mayores de 80 años se someterán a cirugía correctora de Prolapso de Órgano Pélvico. Agregado a esto, y resaltando la magnitud del Prolapso de Órgano Pélvico, se sabe que, se encuentra en 40 a 60% de las mujeres que han tenido hijos y para el 2050 se proyecta un incremento del 46% del número de casos. (1-6).

Asimismo, Gyhagen M. et al. demostraron que el riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico sintomático se incrementó en 255% después del Parto vaginal comparado con Cesárea después de 20 años y, de la misma manera, Falkert A. et al. , en un estudio prospectivo ecográfico a 20 años, hallaron que 18% de las mujeres que tuvieron un solo parto vaginal presentaban ecográficamente avulsión unilateral del músculo elevador del ano, de los cuales un tercio al momento de la ecografía mostraban signos clínicos de Prolapso de Órgano Pélvico (7,8).

Los órganos pélvicos, como el útero, vejiga e intestino, pueden protruir a través de la vagina debido a la laxitud o debilidad del tejido que normalmente los soporta. El síntoma más común que experimentan estas mujeres es la sensación y/o visión de un bulto en la vagina. Los diferentes tipos de Prolapso de Órgano Pélvico son: Prolapso Vaginal Superior (útero, cuello uterino), Prolapso Vaginal Anterior (Cistocele,

Uretrocele y Defecto Paravaginal) y Prolapso Vaginal Posterior (Enterocele y Rectocele) (3,9,10).

Los estudios de Prolapso de Órgano Pélvico han mejorado en los últimos tiempos debido a la creación del sistema de Cuantificación del Prolapso de Órgano Pélvico (POP-Q). Esta es una herramienta que describe cuantitativamente los hallazgos durante la examinación vaginal, la cual ha demostrado muy buena confianza al momento de la exploración física y reproducibilidad entre estudios Ginecológicos (1,11,12).

La mayoría de estudios sugiere que el Prolapso de Órgano Pélvico puede tanto mejorar como empeorar con el tiempo, a pesar de lo expuesto, son algo alentadores los hallazgos de que el Prolapso de Órgano pélvico no es crónico y progresivo, como tradicionalmente se pensaba, si no que la regresión espontánea es común, especialmente en los de grado I según la clasificación POP-Q (1,2,13).

La Episiotomía se encuentra entre los procedimientos quirúrgicos más comunes experimentados por las mujeres en Estados Unidos. De hecho, 30 a 35% de partos vaginales incluyen la Episiotomía (14). En Hispanoamérica se encontró que la tasa media de Episiotomía es de 92,3%, en otras palabras, 9 de cada 10 mujeres se realiza Episiotomía. En el Perú, la tasa media de Episiotomía es de un 94,4%, sobrepasando la tasa media hispano-americano (15,16).

Durante mucho tiempo, la Episiotomía fue recomendada como estrategia para prevenir los desgarros perineales y el trauma fetal (17,18). Sin embargo, una revisión sistemática del año 2005 observó que la episiotomía no es un factor protector contra

Prolapso de Órgano Pélvico ni de defectos del soporte de los órganos de piso pélvico (14).

Adicionalmente, otros estudios también contrastaron la asociación de Episiotomía y Prolapso de Órgano Pélvico. En un estudio prospectivo del 2011, Handa et al., observó que la Episiotomía no era estadísticamente significativa en cuanto a su asociación con Prolapso de Órgano Pélvico (19); Gyhagen M. et al., en otro estudio prospectivo, abarcando mujeres primíparas 20 años después del parto vaginal, reportaron que ni la episiotomía ni el desgarro perineal de segundo grado estuvieron asociados con el incremento del riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico sintomático (7) y, finalmente, en un estudio retrospectivo transversal hecho en mujeres, doce meses después del Parto Vaginal, se encontró ausencia de diferencias con significancia estadística en los niveles de incontinencia urinaria, Prolapso de Órgano Pélvico ni otros desordenes de piso pélvico en relación con la Episiotomía y los desgarros perineales de primer o segundo grado. Este estudio concluyó que las mujeres sometidas a Episiotomía tienen la misma morbilidad perineal que aquellas con desgarro perineal espontáneo (20).

Por lo tanto, la Episiotomía rutinaria viene siendo menos realizada debido a lo expuesto y, a la aparición de literatura sugiriendo la posible asociación de Episiotomía, específicamente la tipo Medial, y Desgarro Perineal de tercer y cuarto grado (18,21–25).

A diferencia de todo lo antes expuesto, Tegersted G et al., en un estudio transversal y longitudinal que abarcó 8000 mujeres de 30 a 79 años de edad, basándose en el conocimiento tradicional de que el daño del tejido conectivo y muscular durante el Parto Vaginal, y la neuropatía pueden producir Prolapso de Órgano Pélvico en etapas

futuras de la vida, encontraron que el exceso de estiramiento y consecuente desgarro perineal, así como la episiotomía, estuvieron asociados con un incremento significativo del riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico sintomático (14,26). Además, se encontró que el soporte de los órganos pélvicos era mejor entre mujeres sometidas a episiotomía y según las conclusiones de Cam C. et al. ,en su estudio retrospectivo del 2011, la Episiotomía Medio-Lateral es capaz de prevenir el Prolapso anterior o Cistocele (17,27).

Por lo comentado, según los estudios epidemiológicos Norteamericanos han encontrado una marcada disminución de la Episiotomía en las últimas dos décadas. No obstante, la amplia práctica de este procedimiento evidencia el consenso loco-regional de cada profesional de la salud, la evidencia y experiencia durante sus prácticas pre-profesionales en lugar de la necesidad individualizada de cada mujer en el momento de la labor de parto (14).

En conclusión, este estudio, debido a las diversas discrepancias encontradas entre la asociación del factor de riesgo Episiotomía con Prolapso de Órgano Pélvico, pretende encontrar si es o no un factor de riesgo modificable a futuro en cuanto a la prevención del Prolapso de Órgano Pélvico.

2.2 Justificación

Se considera que el presente estudio se debe realizar porque, de determinar que la Episiotomía es un factor de riesgo con significancia estadística de Prolapso de Órgano Pélvico, se podría prevenir y disminuir la prevalencia de éstas, mejorar a futuro la calidad de vida muchas mujeres sometidas a Parto Vaginal y se podría disminuir las pérdidas financieras del estado peruano en cuanto a cirugías reparadoras de Prolapso de Órgano Pélvico.

Adicionalmente, se podría tomar conciencia y, por consiguiente, disminuir su uso indiscriminado, puesto que en el Perú debido al uso rutinario y no individualizado presentamos una tasa media de Episiotomías alta, incluso por encima de la tasa media Hispano-americana.

Por tal motivo y ante todas las evidencias encontradas y expuestas anteriormente y de no existir un consenso; es que surge la necesidad de realizar un estudio que nos permita determinar si la episiotomía es o no un factor de riesgo significativo para prolapso de órgano pélvico.

2.3. Enunciado del problema científico

¿Es la episiotomía un factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo-Essalud en el periodo 2014-2016?

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo General:

Determinar si la episiotomía es factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico en las pacientes del hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo 2014-2016.

2.4.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Establecer si la episiotomía es factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico.
- ❖ Identificar el tipo de Prolapso de Órgano Pélvico más frecuente.
- ❖ Especificar si la episiotomía es factor de riesgo de Uretrocistocele.
- ❖ Evaluar si la episiotomía es factor de riesgo de Rectocele.
- ❖ Analizar si la episiotomía es factor de riesgo de Úterocele.

5. Hipótesis

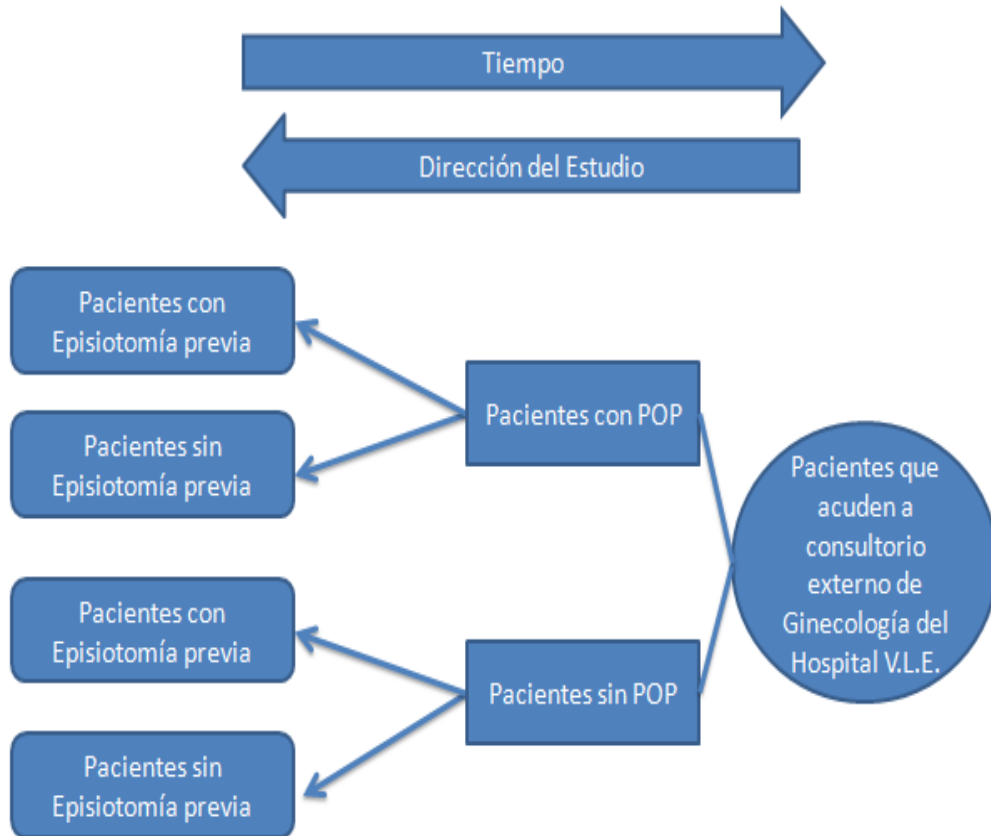
H0: La episiotomía no es factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico.

H1: La episiotomía es factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño del estudio

- ✓ Estudio de casos y controles analítico, observacional, retrospectivo, de corte transversal



3.2. Poblaciones

3.2.1. Población Universo:

La población universo estuvo constituida por todas las pacientes que fueron diagnosticadas de Prolapso de Órgano Pélvico en el periodo de estudio comprendido entre Enero del 2014 y Enero del 2016 en el Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

3.2.2. Población de Estudio:

Todas las pacientes que fueron diagnosticadas de Prolapso de Órgano Pélvico en el periodo de estudio comprendido entre Enero del 2014 y Enero del 2016 y con antecedente de Episiotomía en el Servicio de Ginecología

del Hospital Víctor Lazarte Echegaray que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión tanto para casos como para controles.

	CASOS	CONTROLES
C. de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mujeres de 50-70 años de edad. ❖ Pacientes diagnosticadas de Prolapso de Órgano Pélvico. ❖ Mujeres con una o más episiotomía. ❖ Mujeres con 2-3 partos. ❖ Mujeres que tuvieron Parto(s) Vaginal(es) en el Hospital V.L.E. ❖ Historias Clínicas completas que con la información requerida. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mujeres de 50-70 años de edad. ❖ Pacientes diagnosticadas de Prolapso de Órgano Pélvico. ❖ Mujeres con una o más episiotomía. ❖ Mujeres con 2-3 partos. ❖ Mujeres que tuvieron Parto(s) Vaginal(es) en el Hospital V.L.E. ❖ Historias Clínicas completas con la información requerida.
C de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diagnóstico o Presunción de Conjuntivopatía. ❖ Antecedente familiar de Conjuntivopatía. ❖ Macrosomía fetal. ❖ Desgarro Perineal de 3er y 4to Grado. ❖ IMC>30 Kg/m². 	

3.2.3. Muestra

3.2.3.1. **Tipo de muestra:** Probabilístico Aleatorio.

3.2.3.2. **Unidad de análisis y muestreo:**

❖ **Unidad de análisis:**

Estuvo constituida por todas las pacientes que fueron diagnosticadas de Prolapso de Órgano Pélvico y con antecedente de Episiotomía en el periodo de estudio comprendido entre Enero del 2014 y Enero del 2016 en el Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

❖ **Unidad de muestreo:**

Historias Clínicas

3.2.3.3. Tamaño de la muestra:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudios de casos y controles:

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

Donde:

$$P = \frac{p^2 + r p1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p1 \text{ y } p2$$

$p1$ = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo.

$p2$ = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo.

r = Razón de número de controles por caso

N = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p1 - p2$

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

$Z_{\beta} = 1,28$ para $\beta = 0.10$

$P1 = 0.42$ (26)

$P2 = 0.35$ (26)

R: 2

$$N_0=574$$

P= Población en un año Hospital Víctor Lazarte Echegaray (2015) (Prolapso de Órgano Pélvico)= 233

$$\frac{N_0}{1 + \frac{N_0}{P}} = N_f$$

Reemplazando; $N_f=165$

Nro de casos=165

Nro de controles=165.

3.3. Definición Operacional de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO	ESCALA	INDICADORES	CRITERIO
Episiotomía	Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión fetal.	Cualitativa	Nominal	Historia clínica de la paciente	Si-No
VARIABLE DEPENDIENTE					
Prolapso de Órgano Pélvico	Descenso de los órganos pélvicos secundarios a	Cualitativa	Nominal	Historia clínica de la paciente	Si – No

	causa del debilitamiento de la musculatura de soporte del suelo pélvico.				
VARIABLE INTERVINIENTE					
Edad	-----	Cuantitativa	Númerica	Historia clínica de la paciente	Años

Episiotomía: La ACOG denota que la Episiotomía medio-lateral es una incisión de al menos 45° respecto a la línea media. A su vez, la RCOG recomienda realizar la Episiotomía medio-lateral empezando desde la horquilla vaginal con un ángulo de 45 a 60° (28–30).

Prolapso de Órgano Pélvico:

Ocurre cuando los músculos, ligamentos, y otros tejidos que soportan el piso pélvico se debilitan o dañan. Los órganos más afectados por el prolapso son la vejiga, útero, vagina y recto. Muchas mujeres no tienen síntomas, pero cuando los presentan, los describen como sensación de un bulto en la vagina, presión en la pelvis, dolor lumbar y disfunción sexual (31–34).

Edad: Valor consignado en años en la hoja de filiación de la historia clínica.

5.4 Procedimientos y Técnicas.

- 1º. Se solicitó permiso a las autoridades competentes del Hospital Víctor Lazarte E chegaray, por medio de una solicitud para el acceso a las historias clínicas por motivo de realizar el estudio y aplicar el instrumento de medición, adjuntándol

e una copia del proyecto, asimismo coordinando fecha y hora establecida de acuerdo al cronograma de actividades propuesto (ANEXO 1).

- 2º. Una vez aprobada la solicitud, se acudió al servicio de ginecología de la institución mencionada para la selección de las pacientes cuyo diagnóstico fue de Prolapso de Órgano Pélvico comprendidas entre el periodo de 2014-2016, los cuales estuvieron registrados en el cuaderno del servicio.
- 3º. Se acudió a Archivo, lugar donde están guardadas las historias clínicas y se tomaron las historias clínicas de los pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.
- 4º. Se separaron las historias clínicas en las que se evidenció el antecedente de Episiotomía y que calificaron con los criterios de inclusión y de exclusión.
- 5º. Se recogieron los resultados de las historias clínicas mediante la ficha de recolección de datos (ANEXO 2).
- 6º. Se dividió en dos grupos: con Episiotomía y sin Episiotomía, y se tabularon los datos obtenidos, los cuales fueron sometidos a análisis estadísticos.

5.5 Plan de análisis de datos

El registro de datos consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM V SPSS 22 los que luego se presentaron en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

A. Estadística descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas y medidas de centralización y de dispersión de las variables cuantitativas.

B. Estadística Analítica:

En el análisis estadístico se utilizó la prueba Chi Cuadrado (X²) para variables cualitativas y la prueba t de student para las variables cuantitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse era menor al 5% (p < 0.05).

C. Estadígrafo de Estudio:

Dado que es un estudio que evaluó la asociación entre variables a través de un diseño de casos y controles se obtuvo el odss ratio (OR) que ofrece el factor de riesgo en relación a la aparición de ruptura prematura de membranas.

Se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

		Prolapso de Órgano Pélvico	
Episiotomía		SI	NO
	Presente	a	B
	Ausente	c	d

- Odss ratio: $a \times d / c \times b$

Si OR:

- =1, NO es factor de riesgo Ni factor protector
- >= 1 ES factor de riesgo
- <= 1 ES factor protector

5.6 Aspectos éticos

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde se recabó información a través de la revisión de una historia clínica y no mediante una entrevista, no requirió consentimiento informado; sin embargo, se tuvo muy en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,

12, 14, 15,22 y 23) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).

III. RESULTADOS

La muestra en estudio fue de 330 pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo 2014-2016, de los cuales 165 pertenecieron al grupo de casos, es decir con prolapso de órgano pélvico y 165 al grupo de controles, sin dicho prolapso.

En el siguiente cuadro se muestra si la episiotomía fue o no factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico:

CUADRO N°1:

ASOCIACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA Y PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO

EPISIOTOMÍA	PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO	
	SÍ	NO
	N° de pacientes	N° de pacientes
SÍ	116	87
NO	49	78
TOTAL	165	165

$Chi^2 = 10.76$

$p = 0.001$

$OR = 2.12$

$IC (95.0\%) = 1.349 - 3.337$

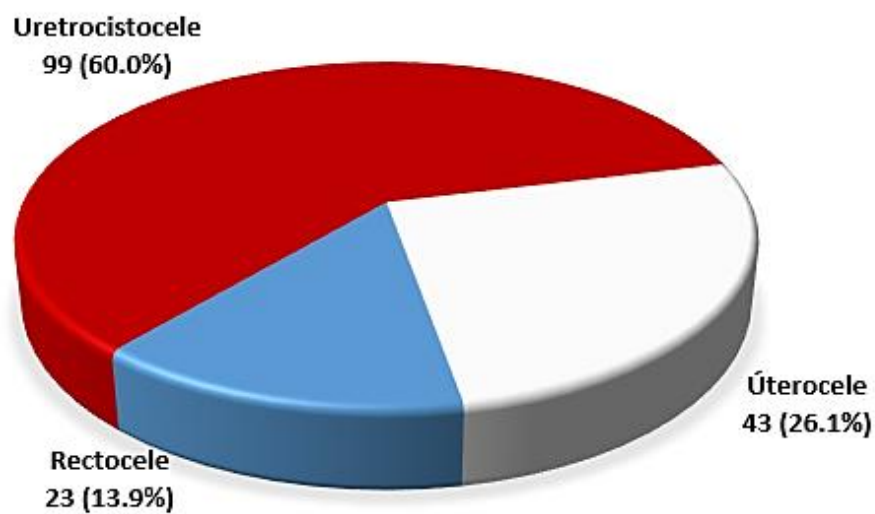
Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, periodo 2014-2016.

En el presente cuadro se observa que la episiotomía presentó un OR de 2.12, con IC95% significativo y valor p significativo.

La frecuencia por tipo de prolapso de órgano pélvico, es decir dentro del grupo de casos, se presenta a continuación en el Gráfico N° 1 (siguiente página):

GRÁFICO N°1:

FRECUENCIA POR TIPO DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO



Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, periodo 2014-2016.

Observamos que, durante el periodo 2014-2016, el tipo de prolapso de órgano pélvico más frecuente fue el uretrocistocele, con 60%, tomando en cuenta a los 165 casos.

De acuerdo a lo registrado, establecimos si la episiotomía fue factor de riesgo de uretrocistocele en el siguiente cuadro 2:

CUADRO N°2:

ASOCIACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA Y URETROCISTOCELE

EPISIOTOMÍA	URETROCISTOCELE	
	SÍ	NO
	N° de pacientes	N° de pacientes
SÍ	70	133
NO	29	98
TOTAL	99	231

$Ch^2 = 5.04$
 $p = 0.025$
 $OR = 1.77$
 $IC (95.0\%) = 1.073 - 2.948$

Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, periodo 2014-2016.

En el cuadro N°2 se aprecia que la episiotomía mostró OR de 1.77 con un IC al 95% significativo. El valor p fue de 0.025.

También se estimó la asociación de la episiotomía respecto a la presencia de rectocele en el siguiente cuadro:

CUADRO N°3:

ASOCIACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA Y RECTOCELE

EPISIOTOMÍA	RECTOCELE	
	SÍ	NO
	N° de pacientes	N° de pacientes
SÍ	15	188
NO	8	119
TOTAL	23	307

$Chi^2 = 0.14$
 $p = 0.705$
 $OR = 1.18$
 $IC (95.0\%) = 0.488 - 2.885$

Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, periodo 2014-2016.

En el cuadro N°3 se aprecia que la episiotomía mostró un valor p de 0.705, no significativo.

En cuanto a la asociación de la episiotomía respecto a la presencia de úterocele, se muestran los siguientes resultados:

CUADRO N°4:

ASOCIACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA Y ÚTEROCELE

EPISIOTOMÍA	ÚTEROCELE	
	SÍ	NO
	N° de pacientes	N° de pacientes
SÍ	31	172
NO	12	115
TOTAL	43	287

*Chi*² = 2.33
p = 0.126
OR = 1.73
IC (95.0%) = 0.852 – 3.502

Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, periodo 2014-2016.

En el presente cuadro N°4 se aprecia que la episiotomía mostró un valor *p* de 0.126, no significativo.

IV. DISCUSIÓN

Esta investigación pretendió determinar si la episiotomía es factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico en las pacientes del hospital Víctor Lazarte Echegaray, Essalud, de la ciudad de Trujillo en el periodo 2014-2016. La obtención de la información fue a base de revisión de historias clínicas pertenecientes a pacientes atendidos en dicha institución en consultorio externo, por lo que, aplicados los criterios de selección para nuestra muestra, se seleccionó aleatoriamente 165 casos con prolapso de órgano pélvico de 699 posibles y 165 controles sin dicha condición y sin necesidad de ampliar el periodo de estudio propuesto.

El resultado principal de nuestra investigación se mostró en el primer cuadro de resultados, donde se estableció que la episiotomía constituye un factor de riesgo, en 2.12 veces, de favorecer la aparición del prolapso. Adicionalmente se aprecia que el prolapso tuvo una frecuencia de 70.3% en los casos y 29.6% en los controles, con diferencia estadísticamente significativa. Nuestro resultado coincide con lo reportado por Tegersted G et al. (26).

Por otro lado, no está demás mencionar que el establecimiento de la episiotomía como factor de riesgo se determinó en un contexto en que era importante considerar la edad como aspecto necesario para la comparación. Así, dentro de los casos y controles que estudiamos se pueden calcular adicionalmente los promedios de edad, los cuales fueron bastante similares tanto en el grupo de pacientes con prolapso como en las que no lo presentaron. Adicionalmente en ambos grupos el rango fue idéntico, lo cual nos permite mostrar los resultados de la asociación con mayor seguridad.

En el gráfico 1 se pudo apreciar que la mayor frecuencia de casos de prolapso fue la correspondiente a uretrocistocele, que a su vez denota un prolapso uretral y en el cuadro 2 se muestra que la episiotomía ocasiona un riesgo de 1.7 veces de condicionar este tipo de prolapso, en concordancia con el resultado de la tabla 1, estableciéndose entonces como un factor de riesgo al confirmarse por medio de la estadística analítica. Este resultado permite mencionar a Tegersted G et al., señalado en el párrafo anterior, ya que en su investigación reportó que el exceso de estiramiento y la episiotomía se asociaron con un incremento significativo del riesgo de prolapso sintomático (26). Si bien el antecedente muestra coincidencia con nuestro resultado, debemos considerar que es relativa debido a que no señala el tipo de prolapso con el cual se asoció.

Diferente fue la situación para rectocele, observada en el tercer cuadro, donde la episiotomía no tuvo mayor repercusión en su aparición, lo cual fue confirmado con la ausencia de significancia estadística. Adicionalmente, la estadística descriptiva nos permitió identificar que el rectocele fue el tipo de prolapso menos frecuente en todos los pacientes estudiados con esta eventualidad.

En el cuadro 4 se analizaron los casos de úterocele, el segundo tipo de prolapso más frecuente, detrás del uretrocistocele. A pesar de su frecuencia la estadística analítica tampoco pudo confirmar que la episiotomía fue un factor de riesgo para su aparición. Tanto los casos de rectocele como úterocele, donde la episiotomía no se confirmó como factor de riesgo, muestran resultados similares a diversas investigaciones como las de Gyhagen et al. (7), Handa et al. (19) y Williams et al. (20), que confirman el resultado, aunque en nuestro caso únicamente para estos dos tipos de prolapso de órgano pélvico, mientras que en las investigaciones citadas no se señala el tipo específico del mismo. Un aspecto sugerible sería que al incluirse pacientes, independientemente del número de

partos que tuvieron, se señale la frecuencia de multiparidad por el mismo hecho que su repetitividad pudiera llevar a la sospecha de la aparición del prolapso.

Por otro lado, no se pudo contar con una comparación más específica en relación a los tipos de prolapso debido a que la literatura documentada no precisa dicha condición bajo esta terminología que es utilizada en la institución investigada.

La investigación llevada a cabo cumplió con los objetivos propuestos y el resultado constituye una aproximación bastante cercana a la realidad de los pacientes atendidos dentro de la institución hospitalaria en estudio.

V. CONCLUSIONES

1. La episiotomía fue factor de riesgo para prolapso de órgano pélvico con diferencia estadística significativa y OR de 2.12.
2. El uretrocistocele fue el tipo de prolapso de órgano pélvico más frecuente, con 60%.
3. La episiotomía se asoció con uretrocistocele, con diferencia estadística significativa, $p=0.025$ ($p<0.05$), confirmando ser un factor de riesgo, con OR de 1.77.
4. La episiotomía no se asoció a úterocele ni rectocele, por lo que no es factor de riesgo.

VI. SUGERENCIAS

1. Se sugiere comunicar al personal médico de la institución el riesgo de uretrocistocele, con la finalidad de favorecer el uso individualizado de la Episiotomía.
2. Se sugiere también la realización de estudios más amplios, que abarquen un periodo de estudio mayor o que se dirijan a otras instituciones hospitalarias, ya que es recomendable confirmar la tendencia encontrada en esta investigación

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bradley CS, Zimmerman MB, Qi Y, Nygaard IE. Natural history of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Obstet Gynecol.* abril de 2007;109(4):848–54.
2. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* enero de 2004;190(1):27–32.
3. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;4:CD004014.
4. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* junio de 2002;186(6):1160–6.
5. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol.* diciembre de 2009;114(6):1278–83.
6. Sung VW, Rogers RG, Barber MD, Clark MA. Conceptual framework for patient-important treatment outcomes for pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn.* abril de 2014;33(4):414–9.
7. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* enero de 2013;120(2):152–60.
8. Falkert A, Willmann A, Endress E, Meint P, Seelbach-Göbel B. Three-dimensional ultrasound of pelvic floor: is there a correlation with delivery mode and

persisting pelvic floor disorders 18-24 months after first delivery? *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* febrero de 2013;41(2):204–9.

9. Gill EJ, Hurt WG. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am.* diciembre de 1998;25(4):757–69.

10. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* diciembre de 2000;107(12):1460–70.

11. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* julio de 1996;175(1):10–7.

12. Hall AF, Theofrastous JP, Cundiff GW, Harris RL, Hamilton LF, Swift SE, et al. Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. *Am J Obstet Gynecol.* diciembre de 1996;175(6):1467-1470-1471.

13. Pierce CB, Hallock JL, Blomquist JL, Handa VL. Longitudinal changes in pelvic organ support among parous women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* agosto de 2012;18(4):227–32.

14. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 4 de mayo de 2005;293(17):2141–8.

15. Mozo ML, Solís I, Gómez N. Revisión sistemática de la episiotomía. *Prog Obstet Ginecol.* 1 de julio de 2004;47(7):330–7.

16. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*. 20 de abril de 2002;324(7343):945–6.
17. Memon H, Handa VL. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. octubre de 2012;24(5):349–54.
18. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health Lond Engl*. mayo de 2013;9(3):265-277-277.
19. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol*. febrero de 2012;119(2 Pt 1):233–9.
20. Williams A, Herron-Marx S, Carolyn H. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*. diciembre de 2007;23(4):392–403.
21. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol*. agosto de 2001;98(2):225–30.
22. Helwig JT, Thorp JM, Bowes WA. Does midline episiotomy increase the risk of third- and fourth-degree lacerations in operative vaginal deliveries? *Obstet Gynecol*. agosto de 1993;82(2):276–9.
23. Thorp JM, Bowes WA. Episiotomy: can its routine use be defended? *Am J Obstet Gynecol*. mayo de 1989;160(5 Pt 1):1027–30.
24. Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good? *Obstet Gynecol*. mayo de 1990;75(5):765–70.

25. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* septiembre de 1994;171(3):591–8.
26. Tegerstedt G, Miedel A, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: a population-based approach. *Am J Obstet Gynecol.* enero de 2006;194(1):75–81.
27. Cam C, Asoglu MR, Selcuk S, Aran T, Tug N, Karateke A. Does mediolateral episiotomy decrease central defects of the anterior vaginal wall? *Arch Gynecol Obstet.* febrero de 2012;285(2):411–5.
28. Sagi-Dain L, Sagi S. The correct episiotomy: does it exist? A cross-sectional survey of four public Israeli hospitals and review of the literature. *Int Urogynecology J.* agosto de 2015;26(8):1213–9.
29. American College of Obstetricians-Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol.* abril de 2006;107(4):957–62.
30. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline 55. NICE: London, 2007.
31. Low LK, Tumbarello JA. Falling out: authoritative knowledge and women's experiences with pelvic organ prolapse. *J Midwifery Womens Health.* octubre de 2012;57(5):489–94.

32. Delancey JOL, Kane Low L, Miller JM, Patel DA, Tumbarello JA. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. *Am J Obstet Gynecol.* diciembre de 2008;199(6):610.e1-5.
33. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet Lond Engl.* 24 de marzo de 2007;369(9566):1027–38.
34. Machin SE, Mukhopadhyay S. Pelvic organ prolapse: review of the aetiology, presentation, diagnosis and management. *Menopause Int.* diciembre de 2011;17(4):132–6.

ANEXOS

SOLICITA

PERMISO PARA EJECUCIÓN DE
TESIS

Dr. Juan Díaz Plasencia

Gerente de la Red Asistencial La Libertad

S.G.

Yo, RODRIGO ALONSO FONSECA CENTURIÓN, identificado con DNI. Nº 71834683, interno de Medicina del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, y alumno de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, con ID. 000086994; ante Ud. me presento y expongo:

Que, a fin de ir desarrollando mi tesis, titulada: "EPISIOTOMÍA COMO FACTOR DE RIESGO DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO EN EL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY", solicito a su digno despacho para que tenga a bien disponer a quien corresponda PERMISO PARA LA EJECUCIÓN DE LA MISMA, consistente en recolección de datos de las historias clínicas del Servicio de Ginecobstetricia, para lo cual se le adjunta:

- CD.
- Anillado (1 ejemplar)
- Declaración jurada de co-asesor

Por lo expuesto:

Ruego a usted, acceder a mi petición por ser de justicia.

Trujillo, 7 de febrero de 2018

RODRIGO ALONSO FONSECA CENTURIÓN

DNI. Nº 71834683

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

EPISIOTOMÍA COMO FACTOR DE RIESGO DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO

Fecha:.....

N° de H.C.:.....

I. Filiación, anamnesis y ex. físico

Edad:

N° Partos Vaginales:

IMC:

II. Datos relacionados con el diagnóstico de Prolapso de Órgano Pélvico.

1. Diagnóstico de Prolapso de Órgano Pélvico.

SI () NO ()

2. Tipo de Prolapso de Órgano Pélvico

Uretrocistocele () Úterocele () Rectocele ()

III. Datos relacionados con la práctica de Episiotomía

1. ¿Episiotomizada alguna vez?

SI () NO ()

2. N° Episiotomías:

3. ¿Desgarro Perineal de 3er y 4to grado?

SI () NO ()

**SOLICITA APROBACIÓN E INSCRIPCIÓN DE PROYECTO DE TESIS Y
ASESOR**

Señor Ms.

JOSE CABALLERO ALVARADO

Presidente del Comité de Investigación de Facultad de Medicina

Fonseca Centurión Rodrigo Alonso, identificado con ID: 000086994, alumno de la Escuela de Medicina Humana, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo requisito indispensable para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, recurro a su digno despacho a fin de que se apruebe e inscriba mi proyecto de tesis titulado “Episiotomía como factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray”.

Así mismo informo que el docente **DR. ALARCÓN GUTIERREZ CHRISTIAN**, será mi Asesor, por lo que solicito se sirva tomar conocimiento para los fines pertinentes.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Trujillo, 15 de Enero del 2017

Fonseca Centurión Rodrigo Alonso

ID: 000086994

Adjunto: Derecho de Trámite.

CONSTANCIA DE ASESORÍA

El que suscribe **Dr. Alarcón Gutiérrez Christian**, docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana hace constar que me comprometo a brindar el asesoramiento correspondiente para el desarrollo del proyecto de tesis titulado " Episiotomía como factor de riesgo de Prolapso de Órgano Pélvico en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray ", de el Bachiller Fonseca Centurión Rodrigo Alonso de la Escuela de Medicina Humana.

Se expide el presente para los fines que estime convenientes.

Trujillo, 15 de Enero del 2017.

Dr. Alarcón Gutiérrez Christian

SOLICITA RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE
ÉTICA

Dr. Víctor Hugo Chanduví Cornejo
Presidente del Comité de Bioética
Universidad Privada Antenor Orrego.
S.P.

Yo, RODRIGO ALONSO FONSECA CENTURIÓN, alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, con ID. 000086994, ante Ud. con el debido respeto me presento y digo:

Que, siendo requisito indispensable para solicitar jurado de tesis propuestos por el encargado de la Comisión de Investigación; acudo a su digno despacho para que tenga a bien disponer a quien corresponda se emita la RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA, para poder sustentar mi tesis, titulada: "EPISIOTOMÍA COMO FACTOR DE RIESGO DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY" y así optar el título de Médico Cirujano.

Por lo expuesto:

Pido a usted, acceder a mi petición por ser de justicia.

Trujillo, 14 de febrero de 2018.

RODRIGO A. FONSECA CENTURIÓN

ID. 000086994

Adjunto:

-Copia de Proyecto de Tesis.

