

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO

“ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS COMO FACTORES DE RIESGO PARA PROLAPSO DE
ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA”

ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

Cáncer y Enfermedades no Transmisibles

AUTORA:

Br. Tauma Callupe, Natalia Ysabel

JURADO EVALUADOR:

PRESIDENTE: Rodríguez Barboza, Héctor Uladismiro

SECRETARIO: Hashimoto Pacheco, Humberto Víctor

VOCAL: Herrera Gutiérrez, César Enrique

ASESOR:

Alarcón Gutiérrez, Javier Ernesto

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0403-6225>

**TRUJILLO – PERÚ
2021**

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 26/07/2021

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico en primer lugar a DIOS, por ser la luz de guía ante ese largo camino. A ti Primitiva Callupe, por ser mi mejor amiga, quien me sostiene de la mano cuando tengo momentos de desasosiego, quien está ahí sin pedir nada a cambio y en cualquier momento. También te lo dedico a ti Wilfredo Tauma, por levantarte cada día para salvaguardar nuestro bienestar, por brindarme tu confianza y por todas las risas vividas. A mis hermanos Carlos y Daniel, que estuvieron en este arduo camino brindándome sus sabios consejos. Y a Hachiko, la luz de mis ojos.

Para todos ustedes, con todo mi amor profundo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme culminar este anhelado sueño y ser mi fortaleza en los momentos difíciles.

A mis amados padres, por todo su sacrificio y brindarme su confianza y amor a lo largo de mi vida.

Así mismo a mi asesor Javier Alarcón Gutiérrez, por su desinteresada disposición para la orientación del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADICIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	11
MATERIAL Y MÉTODO.....	12
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENTACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38
ANEXOS.....	44

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar que los antecedentes obstétricos son factores de riesgo para desarrollar POP en el Hospital I La Esperanza.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional de tipo Casos y Controles, realizado en el servicio de Ginecología del Hospital I La Esperanza, que incluyó un total de 154 pacientes mujeres, quienes fueron divididas en 2 grupos: 77 pacientes con diagnóstico de POP y 77 pacientes sin diagnóstico de POP.

RESULTADOS: Entre los antecedentes obstétricos para el desarrollo de POP se encontraron: Multiparidad con un OR: 5,7 y ($p<0.01$); también la macrosomia fetal con un OR: 2.6 y ($p<0.05$); así mismo el parto vaginal con un OR: 8.2 y ($p<0.01$) y finalmente la episiotomía con un OR:3.5 y ($p<0.01$), a comparación del uso de fórceps demostró en ambos grupos fue similar es decir el uso o no de fórceps altera el desarrollo para POP esto se demostró con un OR: 1.5, el cual no fue significativo con un ($p>0.05$).

CONCLUSIONES: Los antecedentes obstétricos para el desarrollo de POP en nuestro estudio fueron: Multiparidad, Macrosomia Fetal, Parto Vaginal y la Episiotomía. Mientras el antecedente obstétrico como el uso de fórceps no fue un factor de riesgo para desarrollar POP.

PALABRAS CLAVES: Antecedentes Obstétricos, Factores de Riesgo, POP.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine that obstetric antecedents are risk factors for developing POP at Hospital I La Esperanza.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective, observational study of the Case and Control type, carried out in the Gynecology service of Hospital I La Esperanza, which included a total of 154 female patients, who were divided into 2 groups: 77 patients with a diagnosis of POP and 77 patients without a diagnosis of POP.

RESULTS: Among the obstetric antecedents for the development of POP were: Multiparity with an OR: 5.7 and ($p < 0.01$); also fetal macrosomia with an OR: 2.6 years ($p < 0.05$); Likewise, vaginal delivery with an OR: 8.2 and ($p < 0.01$) and finally episiotomy with an OR: 3.5 and ($p < 0.01$), compared to the use of forceps, it was shown in both groups to be similar, that is, the use or not of forceps alters the development for POP this was demonstrated with an OR: 1.5, which was not significant with a ($p > 0.05$).

CONCLUSIONS: The obstetric antecedents for the development of POP in our study were Multiparity, Fetal Macrosomia, Vaginal Delivery and Episiotomy. While the obstetric history such as the use of forceps was not a risk factor for developing POP.

KEY WORDS: Obstetric Background, Risk Factors, POP.

INTRODUCCIÓN

1. MARCO TEORICO

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una afección que afecta el “piso pélvico” a este se le atribuye como el nombre de los músculos que sostienen los órganos de la pelvis, incluidos la vejiga, el recto y útero. El desarrollo de POP, ocurre cuando estos músculos se relajan demasiado esto desencadena que los órganos propiamente dicho caigan y presionen o se abulten dentro de la vagina causando una sensación de abultamiento a través de la abertura vaginal. La prevalencia precisa de POP es indeterminada por los siguientes aspectos: una de ellas es que a lo largo del tiempo se han utilizado distintos sistemas de clasificación para llegar al diagnóstico de POP, como segundo aspecto tenemos que los estudios varían según si la tasa de POP informada es para mujeres sintomáticas o asintomáticas y como tercer aspecto es que no sabemos cuántas mujeres con POP no recurren a los consultorios de ginecología. (1) A pesar de lo mencionado anteriormente, se dice que la prevalencia aumenta con la edad en un pico del 5% en mujeres de 60 a 69 años. También se detalla que al realizar el examen físico en los consultorios se presenta algún grado de prolapso en el 41% al 50% de las mujeres, pero solo el 3% de las pacientes informan síntomas. Se dice que para el año 2050 el porcentaje de pacientes con POP aumentará un 46%, a 4,9 millones. (2) (3)

Básicamente, dicha patología es de origen multifactorial, pero podemos clasificar al POP de acuerdo a su etiología en factores no maternos y factores maternos dentro de este tenemos a los antecedentes obstétricos. De esta última, tenemos al parto vaginal, este parece ser un factor muy determinante para desarrollar POP porque contribuye a la afección del suelo pélvico debido a que surge una serie de eventos como el estiramiento, compresión y hasta desgarro del piso pélvico y el de su contenido al momento que la cabeza del bebe desciende; también el uso de fórceps aumenta el riesgo de POP porque provoca laceración del esfínter anal; así mismo tenemos a la multiparidad, macrosomía fetal, y episiotomía. La distinción entre un POP sintomático y asintomático es clínicamente relevante para optar las medidas pertinentes que se detallará más adelante. (4) (5)

Las pacientes con POP, presentan síntomas según las estructuras que se encuentran prolapsadas. En términos general, los síntomas que las pacientes manifiestan son sensación de abultamiento o pesadez, hasta incluso la visualización de un bulto en el canal vaginal, también la pérdida involuntaria de la orina cuando realizan esfuerzo, estornudan o se ríe; dando como resultado la afectación en su calidad de vida y sexual. El POP puede afectar a diferentes órganos pélvicos y así mismo tiene diferentes terminologías como: Cistocele (Prolapso de la vejiga), Rectocele, (Prolapso del recto) y Útero (Prolapso Uterino). (6)

Siguiendo la recomendación de la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos, para tener un diagnóstico asertivo de POP nos indica que se debe realizar un buen examen pélvico utilizando el sistema de cuantificación conocido con las siglas (POP-Q), este se basa en la medición de las distancias comprendidas de seis puntos situados en la vagina y un punto fijo de referencia el himen, estas mediciones se expresa en centímetros y se le atribuye un signo (-) cuando el órgano prolapsado no atraviesa el punto de referencia que es el himen; y el signo (+) es cuando dicho órgano prolapsado sobre pasa el himen, ante lo expuso el (POP –Q) es importante para demostrar la máxima extensión del prolapso y la clasificación del POP mediante grados que va del 0 a 4 dependiendo de su estado de gravedad del órgano prolapsado. (7) (8) (9)

Con lo que concierne al tratamiento, el POP asintomático no necesita tratamiento, pero aquellas mujeres que lo poseen deberían ser controladas clínicamente para el seguimiento de la progresión de esta, a diferencia del POP sintomático el tratamiento cambia a quirúrgico es decir reparar el piso pélvico independiente de la técnica quirúrgica que se pueda optar. (10)

En un estudio realizado el 2020 por **Blomquist, J et al** desarrollaron un estudio de tipo longitudinal, que tenía por objetivo identificar qué características maternas y/o obstétricas afectan la fuerza muscular del piso pélvico para el desarrollo de POP e IU, para este estudio reclutaron de 5 a 10 años a 1143 mujeres con antecedentes de al menos un parto vaginal, parto por cesárea y multíparas, se realizó un examen pélvico y uso del POP – Q, donde se demostró

que después del parto vaginal, la incidencia acumulada de POP se asocia con la fuerza de los músculos pélvicos es decir que el parto vaginal es un factor muy determinante en el desarrollo de POP (IC 95%, 0,65–0,88) a diferencia entre las mujeres que dieron a luz a sus hijos por cesárea no hubo asociación entre la fuerza muscular del piso pélvico. (11)

Akervall S et al, realizó una investigación tipo cohorte en Suecia el 2020 con el propósito de comparar la prevalencia relacionada del POP sintomático en mujeres nulíparas , mujeres con antecedente de parto vaginal y por cesárea de 40 a 64 años. Esta investigación involucró a 14.335 mujeres En las mujeres nulíparas y que han dado a luz por cesárea, la prevalencia del POP sintomático fue relativamente similar y por debajo del 5% en las edades de 40 a 64 años. Por el contrario, en las mujeres después de un parto vaginal, hubo un aumento acelerado en la prevalencia de prolapso genital sintomático hasta los 65 años de edad. A la edad de 64 años, la probabilidad estimada de POP sintomático fue 12 veces mayor después del parto vaginal en comparación con el parto por cesárea (13,4% [intervalo de confianza del 95%, 9,4-18,9] frente al 1,1% [intervalo de confianza del 95%, 0,4-2,5], $P < 0,0001$). (12)

En un estudio tipo transversal realizado en la comunidad de Tanzania el 2018 por **Masenga, G et al**, se reclutó a un total de 1195 mujeres entre las edades de 18 a 90 años, con el propósito de conocer la prevalencia y los factores más asociados a la génesis de POP. Se hizo uso de cuestionarios y posterior a un examen pélvico donde utilizaron el POP – Q. En conclusión, este estudio destaca que el POP es una condición común entre las mujeres rurales de Tanzania, donde el 64,6% tiene un POP de grado II-IV y el 6,7% tiene un POP grave. Se demostró que los factores obstétricos como: muchos partos vaginales, el haber dado a luz 5 o más veces se asoció con un riesgo de 10 veces mayores y tener partos con asistentes no calificados se asociaron con un riesgo significativamente mayor de POP entre las mujeres con una significancia de $p < 0.001$. (13)

Horst w, et al (2017) desarrollaron una investigación de tipo descriptivo, con el objetivo de determinar los factores de riesgo para el desarrollo de POP. Tomaron múltiples factores no maternos como la edad, obesidad, cirugía previa de POP, menopausia, diabetes, asma, estreñimiento, tabaquismo, raza e histerectomía; y factores maternos como tipo de parto vaginal, macrosomía fetal. Participaron 432 mujeres. Siendo un total de 226 (52,3%) de las mujeres examinadas tenían POP. En cuanto a los factores de riesgo, una historia de parto vaginal (OR, 6,678), macrosomía fetal (OR 2,056), estado menopaúsico (OR 2,793) se asociaron de forma significativa con un mayor riesgo de desarrollar POP. (14)

Noa PBY, et al (2016), desarrollaron una investigación de tipo transversal, donde evaluaron antecedentes obstétricos como números de embarazos, parto vaginal, parto por cesárea, uso de forceps, tiempo de parto prolongado y episiotomía. En su estudio reclutaron a 300 pacientes mujeres que fueron agrupadas en dos grupos para especificar qué factores riesgo determina el desarrollo de POP. De acuerdo a los resultados: La episiotomía presentó una mayor asociación en las dos agrupaciones con una significancia de ($p=0.001$), con lo que acontece al número de embarazos presentó una mayor asociación en las pacientes con antecedentes (≥ 2 gestaciones), así mismo el parto vaginal se demostró el incremento significativo de un ($p=0.007$). A diferencia del tener como antecedente de parto por cesárea, uso de fórceps, trabajo de parto prolongado no demostraron una asociación para la génesis de POP con un ($p>0.05$). (15)

Este trabajo de investigación busca identificar si los antecedentes obstétricos como: Multiparidad, Macrosomía Fetal, Parto Vaginal, Uso de Fórceps y Episiotomía pueden interferir en la génesis del POP. (16)

Ante lo expuesto anteriormente, es necesario el desarrollo de este trabajo de investigación para proporcionar y aportar información explícita para la adecuada toma de decisión para las normas preventivas y poder decretar si los antecedentes obstétricos antes mencionados influyen para el desarrollo de POP en el Hospital I La Esperanza, es por ello que se plantea este estudio.

2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Los Antecedentes Obstétricos son factores de Riesgo para POP en el hospital I La Esperanza?

3. OBJETIVOS

3.1. **General:**

Determinar si los Antecedentes Obstétricos son Factores de Riesgo para POP en el Hospital I La Esperanza.

3.2. **Específicos:**

3.2.1. Determinar si la Multiparidad es un Factor de Riesgo para POP.

3.2.2. Determinar si la Macrosomía Fetal es un Factor de Riesgo para POP.

3.2.3. Determinar si el Parto Vaginal es un Factor de Riesgo para POP.

3.2.4. Determinar si el Uso de Fórceps es un Factor de Riesgo para POP.

3.2.5. Determinar si la Episiotomía es un Factor de Riesgo para POP.

4. HIPÓTESIS

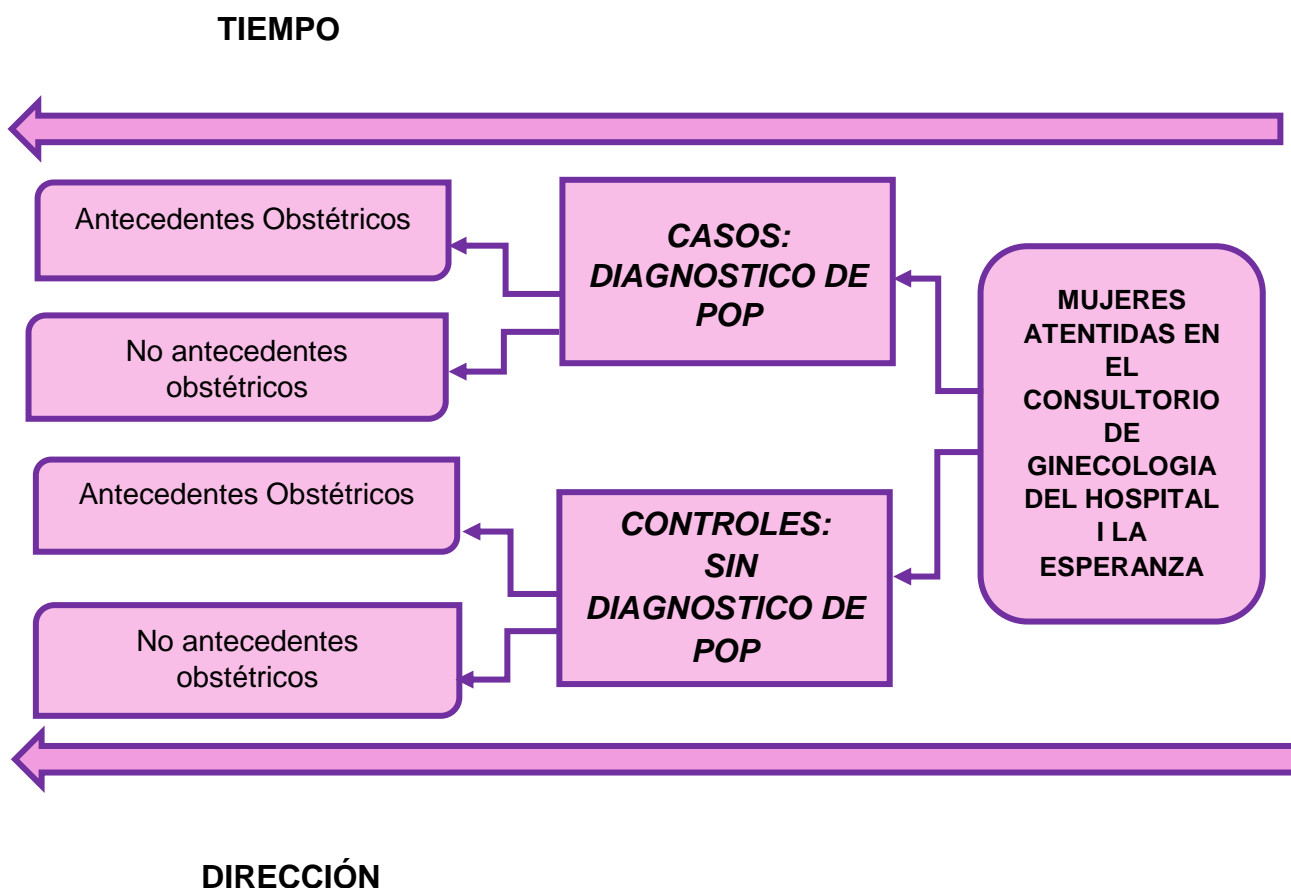
4.1. *Ho o hipótesis nula:* La Multiparidad, Macrosomía Fetal, Parto vaginal, Uso de Fórceps y La Episiotomía no son factores de Riesgo para POP en el Hospital I La Esperanza.

4.2. *H1 o hipótesis alterna:* La Multiparidad, Macrosomía Fetal, Parto Vaginal, Uso de Fórceps y La Episiotomía son factores de Riesgo para POP en el Hospital I La Esperanza.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. Diseño de estudio

Se realizará un estudio de tipo Casos y Controles. (17)



5.2. Población, muestra y muestreo

5.2.1. Población diana o universo

Pacientes mujeres atendidas en el consultorio de la especialidad de ginecología del Hospital I La Esperanza de Trujillo, que cumplieron con los criterios de selección.

5.2.2. Población de Estudio

Se estudiará a la población diana o universo que cumplan con los siguientes criterios de selección establecidos:

5.2.2.1. Criterios de Selección

- Mujeres que al menos hayan tenido un parto .
- Mujeres con o sin diagnóstico de POP.
- Mujeres mayores de edad (>18 años).
- Mujeres que obtengan con precisión las variables en estudio .

5.2.2.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres con información incompleta y no fiable.
- Pacientes con gestación actual.
- Pacientes puérperas.
- Pacientes nulíparas.
- Pacientes con Patologías Pulmonares Crónicas.
- Pacientes tosedoras crónicas.
- Pacientes estreñidas.
- Pacientes con Enfermedad de Tejido Conectivo.
- Pacientes fumadoras.

5.3. Muestra

5.3.1. Unidad de Análisis

Se aplicó una encuesta aplicada a todas las mujeres que fueron atendidas en los consultorios de la especialidad Ginecología en el Hospital I La Esperanza en el periodo de Julio – Diciembre del año 2019 que cumplieron con los criterios de selección. **(ANEXO 01)**

5.3.2. Tamaño Muestral

De acuerdo al tipo de diseño de estudio se aplica la siguiente fórmula del muestreo probabilístico para estimar el número de casos: (17)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} \sqrt{(c+1)pq} + Z_{\beta} \sqrt{cp_1q_1 + p_2q_2})^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

$$p = \frac{p_1 + c p_2}{1+c}, \quad q = 1-p$$

$$p_1 = \frac{OR^*(p_2)}{(1-p_2) + OR^*(p_2)}$$

Donde:

α : Probabilidad de cometer error de tipo I

β : Probabilidad de cometer error de tipo II

Z: Coeficiente normal asociado a un tipo de error.

p₁: Proporción de expuestos en los casos ($q_1 = 1 - p_1$)

p₂: Proporción asumida de expuestos en los controles ($q_2 = 1 - p_2$)

OR: Odds ratio que se desea detectar ($OR > 1$)

c: Número de controles por caso

Para el cálculo de la muestra en esta investigación se consideró un intervalo de confianza del 95% ($\alpha=0.05$ $Z=1.96$), una potencia de prueba del 80% ($\beta=0.20$ $Z=0.842$), una proporción de expuestos del 37.3% en los controles, ($p_2=0.373$, $q_2=0.627$), y un riesgo $OR=2.5$, respecto a los pacientes expuestos en los controles, con 1 control por cada caso ($c=1$), se obtiene el número de casos. (17)

$$p_1 = \frac{2.5*(0.373)}{(1-0.373)+2.5*(0.373)} = 0.598 \quad q_1 = 0.402$$

$$p = \frac{0.598+0.373}{2} = 0.4855 \quad q = 0.5145$$

$$n = \frac{(1.96\sqrt{(1+1)pq} + 0.842\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 77$$

Es decir **77 casos y 77 controles.**

5.4. Definición Operacional de Variables

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	REGISTRO
VARIABLE INDEPENDIENTE				
EPISIOTOMIA	Cualitativa	Nominal	Episiotomía	SI / NO
USO DE FÓRCEPS	Cualitativa	Nominal	Uso de Fórceps	SI / NO
PARTO VAGINAL	Cualitativa	Nominal	Parto Vaginal	SI / NO
MULTIPARIDAD	Cualitativa	Nominal	Número de partos ≥ 2	SI / NO
MACROSOMIA FETAL	Cualitativa	Nominal	Peso Recién Nacido ≥ 4000 g	SI / NO
VARIABLE DEPENDIENTE				
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	Cualitativo	Ordinal	Examen Físico POP-Q Grado 0 Grado I Grado II Grado III Grado IV	NO $\left\{ \begin{array}{l} 0 \\ I \end{array} \right.$ SI $\left\{ \begin{array}{l} II \\ III \\ IV \end{array} \right.$

VARIABLE INTERVINIENTES				
EDAD DEL PRIMER PARTO	Cuantitativo	Discreta	(≤ 19)	SI / NO
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Cualitativa	Nominal	Primaria ()	SI / NO

5.4.1. Definición operacional de las variables

5.4.1.1. Variables Independientes

Episiotomía

Procedimiento que consiste en realizar un corte en el perineo para facilitar la salida de la cabeza del bebe al momento de la fase expulsiva del parto. (18)

Uso de Fórceps

Instrumento de uso obstétrico en forma de tenazas que se utiliza en el parto vaginal con el objetivo de extraer al recién nacido. (19)

Parto Vaginal

Consiste en el apogeo natural de la segunda fase del trabajo de parto a través del canal vaginal. (20)

Multiparidad

Gestante que ha tenido 2 o más partos durante su vida fértil. (21)

Macrosomia Fetal

Recién nacido con un peso de > 4000 gramos, independientemente de su edad gestacional. (22)

5.4.1.2. *Variable Dependiente*

Prolapso de Órganos Pélvicos

Consiste en el abultamiento total o parcial de los órganos pélvicos (uretra vejiga, útero y recto) a través del canal vaginal o por debajo de esta, esto es debido a la afección del piso pélvico y fallo de los medios de sostén. (10, 23,24)

El POP – Q se basa en la medición de las distancias comprendidas entre seis puntos situados en la vagina y un punto fijo de referencia que es el himen. Esta se clasifica mediante **grados que va de 0 a 4, que se detalla a continuación:** (25,26)

Grado 0: Ausencia de prolapso sin descenso de estructuras durante la maniobra de Valsalva. Los puntos Aa, Ap, Ba y Bp son todos de -3 cm y el punto D o C es igual o casi igual a TVL (-TVL cm a - [TVL-2] cm).

Grado I: La porción más distal del prolapso no alcanza el himen es decir está >1 cm por sobre el himen.

Grado II: La porción más distal del prolapso se encuentra entre ≤ 1 cm proximal al punto de referencia del himen y ≥ 1 cm distal al plano del himen.

Grado III: La porción más distal del prolapso se encuentra entre > 1 cm distal al himen, pero no más de 2 cm menos que la longitud total de la vagina en cm (valor cuantitativo > +1 cm pero <+ [TVL-2] cm). Es decir, el prolapso máximo está a más de 1 cm fuera del plano del himen, pero es 2 cm menos que la protrusión máxima posible.

Grado IV: eversión de la longitud total de la vagina. La protuberancia se extiende hasta (TVL-2) cm o más (valor cuantitativo $\geq +$ [TVL-2] cm).

5.4.1.3. Variables Intervinientes

Edad del Primer Parto

Consiste en la edad a la que la mujer tuvo su primer hijo. (27)

Grado de Instrucción

Personas que poseen grados de estudios independientemente si son estudios completos o incompletos. (28)

5.5. Procedimientos y Técnicas

1. Para la ejecución de esta investigación se solicitó el permiso y aprobación del comité de investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego.
2. También se solicitó a ESSALUD el permiso correspondiente para asistir a los consultorios de la especialidad de Ginecología del hospital mencionado para la toma de datos de las pacientes comprendidas entre el periodo de Julio – diciembre de 2019.
3. Después de lo expuesto, solicité el consentimiento informado de aquellas pacientes que acudieron al consultorio externo para que autoricen su participación en la presente investigación. Gracias a la aplicación de nuestro instrumento (ANEXO 01) se recogieron los datos necesarios de investigación.
4. Estos datos fueron registrados e ingresados en una hoja Excel con la finalidad de realizar un análisis y posterior a su interpretación.

5.6. Plan y Análisis de Datos

A través del uso del programa estadístico SPSS versión 25 para Windows, se analizó toda la información registrada en nuestra hoja Excel gracias a la recopilación de datos de nuestro instrumento.

5.6.1. Estadística Descriptiva:

Se calculó mediante la media, mediana y las medidas de dispersión, la desviación estándar, para la variable cuantitativa. También se obtendrán datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas .

5.6.2. Estadística Analítica:

Para la aceptación de nuestra hipótesis de nuestro trabajo de investigación de antecedentes obstétricos como factores de riesgo de POP, se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado con el propósito de analizar las variables cualitativas y la prueba estadística de T – Student para analizar las variables cuantitativas. Dicha asociación se considerará significativa siempre y cuando el valor sea $p < 0.05$.

5.6.3. Estadígrafo Propio del Estudio

Está claro que nuestra investigación evalúa la asociación según el tipo de diseño de casos y controles, lo calcularemos según el ODDS RATIO conocidas por sus siglas (OR), así mismo se realizará el análisis con un intervalo de confianza del 95%.

		PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	
		SI	NO
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS COMO FACTORES DE RIESGO	SI	A	B
	NO	C	D

$$\text{ODSS RATIO: } a \times d / b \times c$$

5.7. Consideraciones Éticas

Según los requisitos de la investigación se presentó para su consentimiento y aprobación al comité de investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego y el comité de ética del Hospital La Esperanza – ESSALUD. Además, se tomaron las medidas correspondientes para evitar el quiebre de la confidencialidad de la información, por tal se trabajó bajo las normas del artículo 24 de la declaración de Helsinki, en tal normal menciona que se deben tomar toda clase de precauciones para resguardar la intimidad del paciente.

6. Limitaciones

Durante la ejecución del presente proyecto de investigación se han encontrado varias limitaciones que es necesario mencionar. Los datos obstétricos obtenidos de las pacientes en los consultorios, incluido el peso al nacer, fueron informados por las pacientes y esto puede haber llevado a un sesgo de recuerdo. Además, debido a que este estudio se realizó de manera retrospectiva puede obtenerse un elevado nivel de evidencia, a comparación si este hubiera sido realizado de manera prospectiva.

RESULTADOS

TABLA N°01

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN MULTIPARIDAD EN EL HOSPITAL
I LA ESPERANZA
JULIO – DICIEMBRE 2019**

<i>PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS</i>				
<i>MULTIPARIDAD</i>	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
SI	72	93.5	47	61.0
NO	5	6.5	30	39.0
TOTAL	77	100.0	77	100.0
$\chi^2 = 23.11$ $p < 0.01$ OR =5.7				

FUENTE: Toma de Datos en Consultorio Externo del Hospital I La Esperanza, periodo julio y diciembre del 2019.

En la **TABLA N° 01**, visualizamos la distribución de datos según Multiparidad en relación a POP. El 93.5 % (N=72) de las multíparas presentó POP, mientras el 61.0% (N=47) de las multíparas no presentaron POP, esta situación es corroborada por la prueba chi cuadrado, lo que permite inferir que la multiparidad es un factor para la génesis de POP.

GRÁFICO 01:
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN MULTIPARIDAD EN EL HOSPITAL
I LA ESPERANZA

JULIO – DICIEMBRE 2019

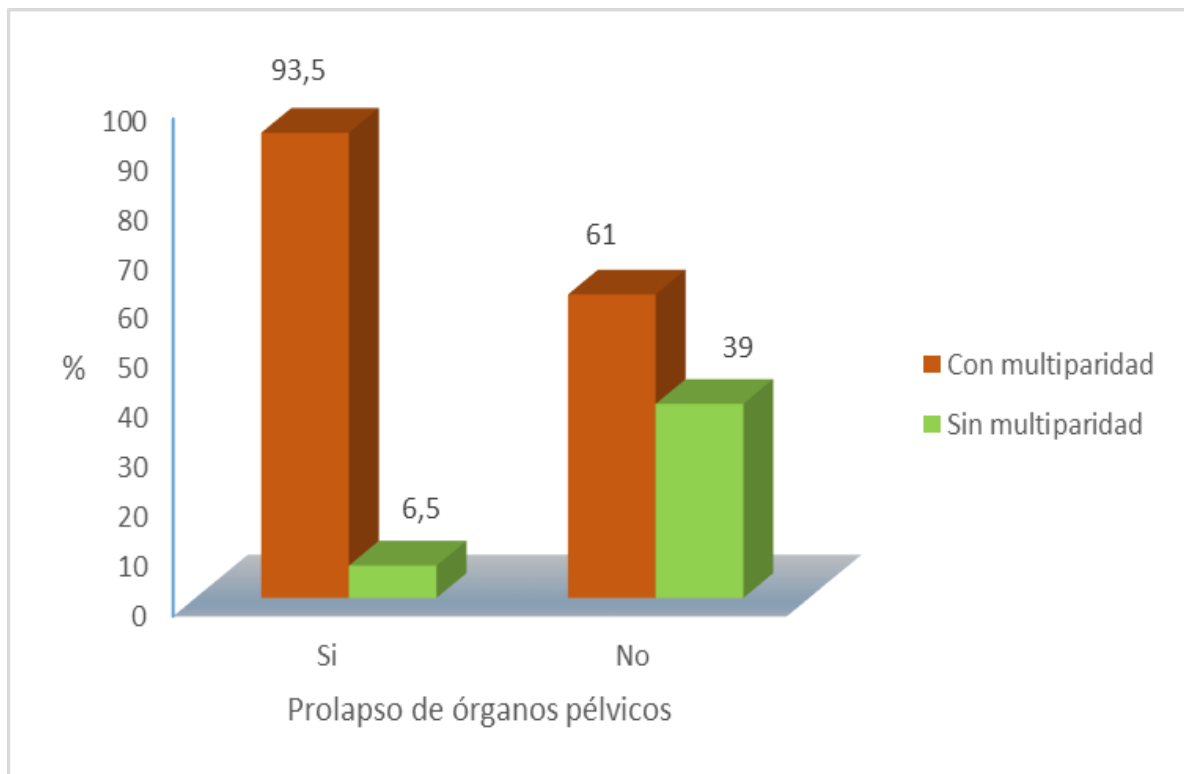


TABLA N.º 02.

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN ANTECEDENTES DE
MACROSOMÍA FETAL EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA, 2019.**

JULIO – DICIEMBRE 2019

MACROSOMIA FETAL	PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
SI	23	29.9	11	14.3
NO	54	70.1	66	85.7
TOTAL	77	100.0	77	100.0
$\chi^2 = 5.43$		$p < 0.05$	OR =2.6	

FUENTE: Toma de Datos en Consultorio Externo del Hospital I La Esperanza, periodo julio y diciembre del 2019

En la **TABLA N°02**, se reporta la distribución de las pacientes según Antecedentes de Macrosomía fetal en relación a POP. Vemos que el 29.9 % (N=23) de las mujeres con POP reportan antecedentes de macrosomía fetal, mientras el 14.3% (N=11) de pacientes sin prolapso presentan antecedentes de macrosomía fetal, esta situación es corroborada por la prueba chi cuadrado, lo que resulta señalar que los antecedentes de macrosomía fetal es un factor para la génesis de POP.

GRÁFICO N.º 02.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN ANTECEDENTES DE MACROSOMÍA FETAL EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA, 2019.

JULIO – DICIEMBRE 2019

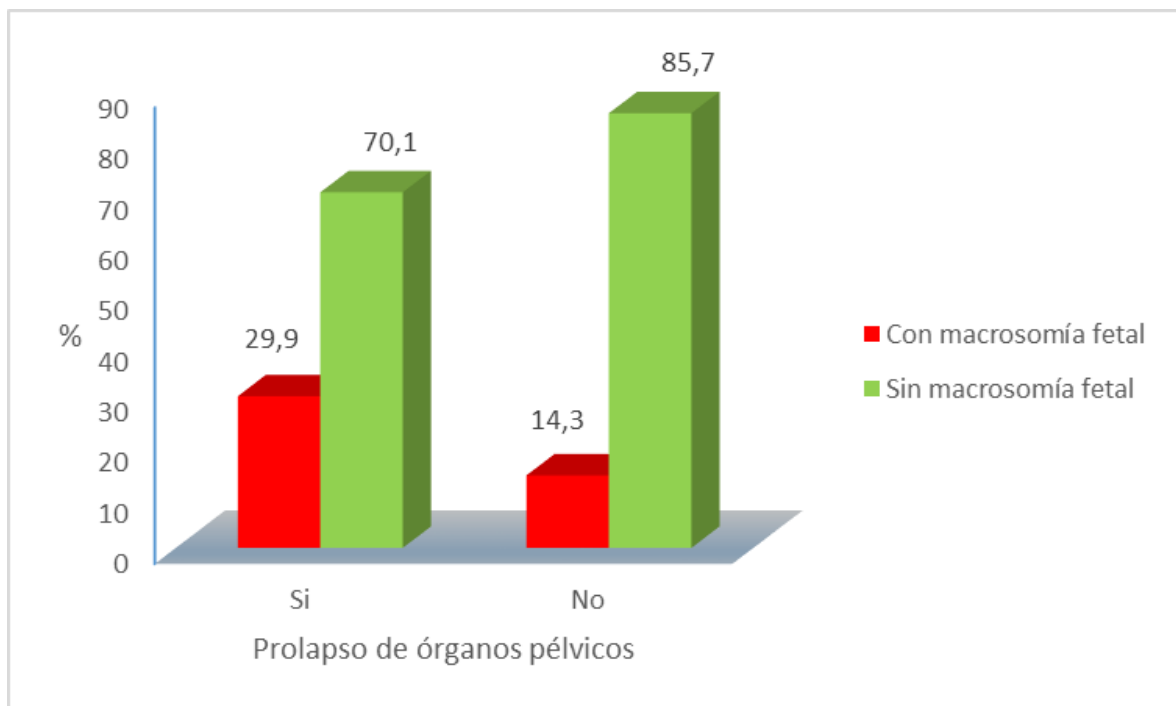


TABLA N.º 03

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN ANTECEDENTES DE PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA**

JULIO – DICIEMBRE 2019

<i>PARTO VAGINAL</i>	<i>PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS</i>			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
SI	72	93.5	49	63.6
NO	5	6.5	28	36.4
TOTAL	77	100.0	77	100.0
$\chi^2 = 20.40$		$p < 0.01$	OR =8.2	

FUENTE: Toma de Datos en Consultorio Externo del Hospital I La Esperanza, periodo julio y diciembre del 2019

En la **TABLA N°03**, se reporta la distribución de las mujeres según parto vaginal y POP. Se evidencia el 93.5 % (N=72) de las pacientes con POP reportan presentar parto vaginal, mientras el 63.6% (N=49) de pacientes sin POP presentan parto vaginal, esta situación se corrobora por la prueba chi cuadrado, lo que permite inferir que el parto vaginal es un factor que para la génesis de POP.

GRÁFICO N.º 03.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN ANTECEDENTES DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA

JULIO – DICIEMBRE 2019

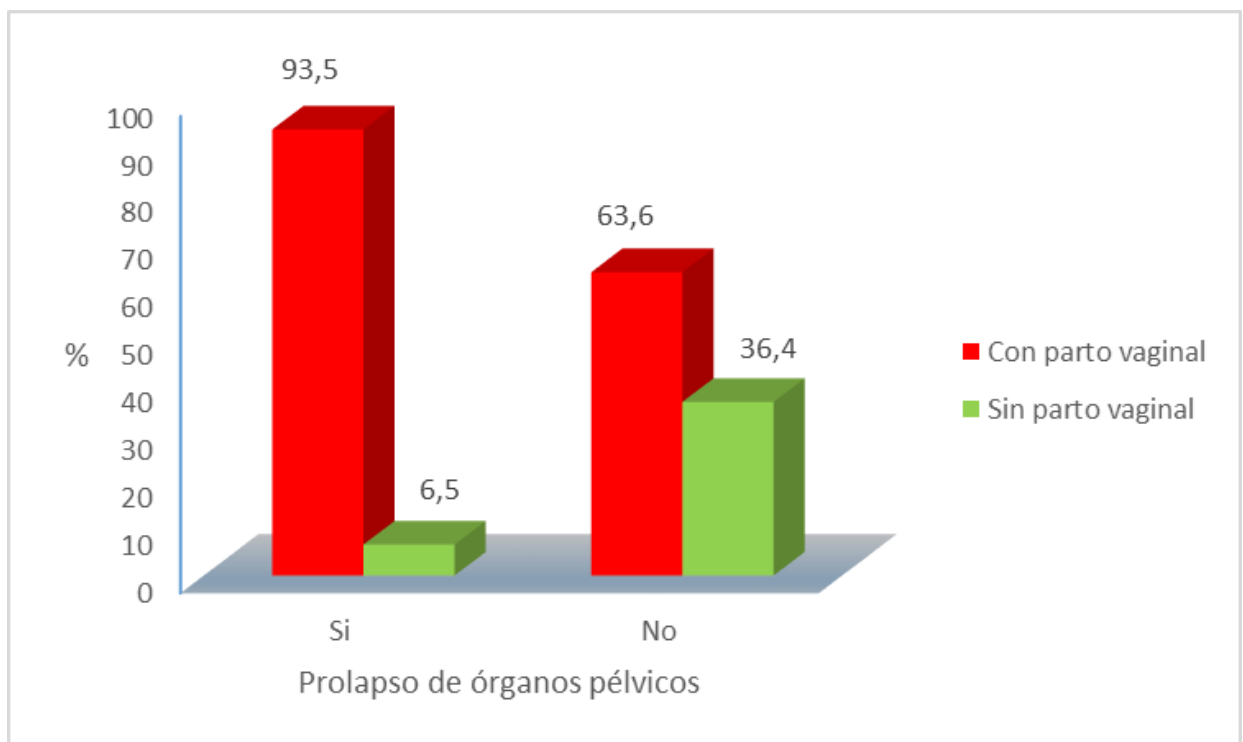


TABLA N.º 04

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN USO DE FORCEPS EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA

JULIO – DICIEMBRE 2019

<i>USO FORCEPS</i>	<i>PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS</i>			
	<i>SI</i>		<i>NO</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
SI	3	3.9	2	2.6
NO	74	96.1	75	97.4
TOTAL	77	100.0	77	100.0
$\chi^2 = 0.21$		$p > 0.05$	OR =1.5	

FUENTE: Toma de Datos en Consultorio Externo del Hospital I La Esperanza, periodo julio y diciembre del 2019

En la **TABLA N°04**, se reporta la distribución en relación entre el uso de fórceps con el prolapso de órganos pélvico. Los porcentajes de uso de fórceps en ambos grupos es similar, diferencia insuficiente para que la prueba chi cuadrado declare una diferencia estadística, es decir el uso o no uso de fórceps altera el riesgo de prolapso, el riesgo es similar.

GRÁFICO N° 04.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN USO DE FORCEPS EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA

JULIO – DICIEMBRE 2019

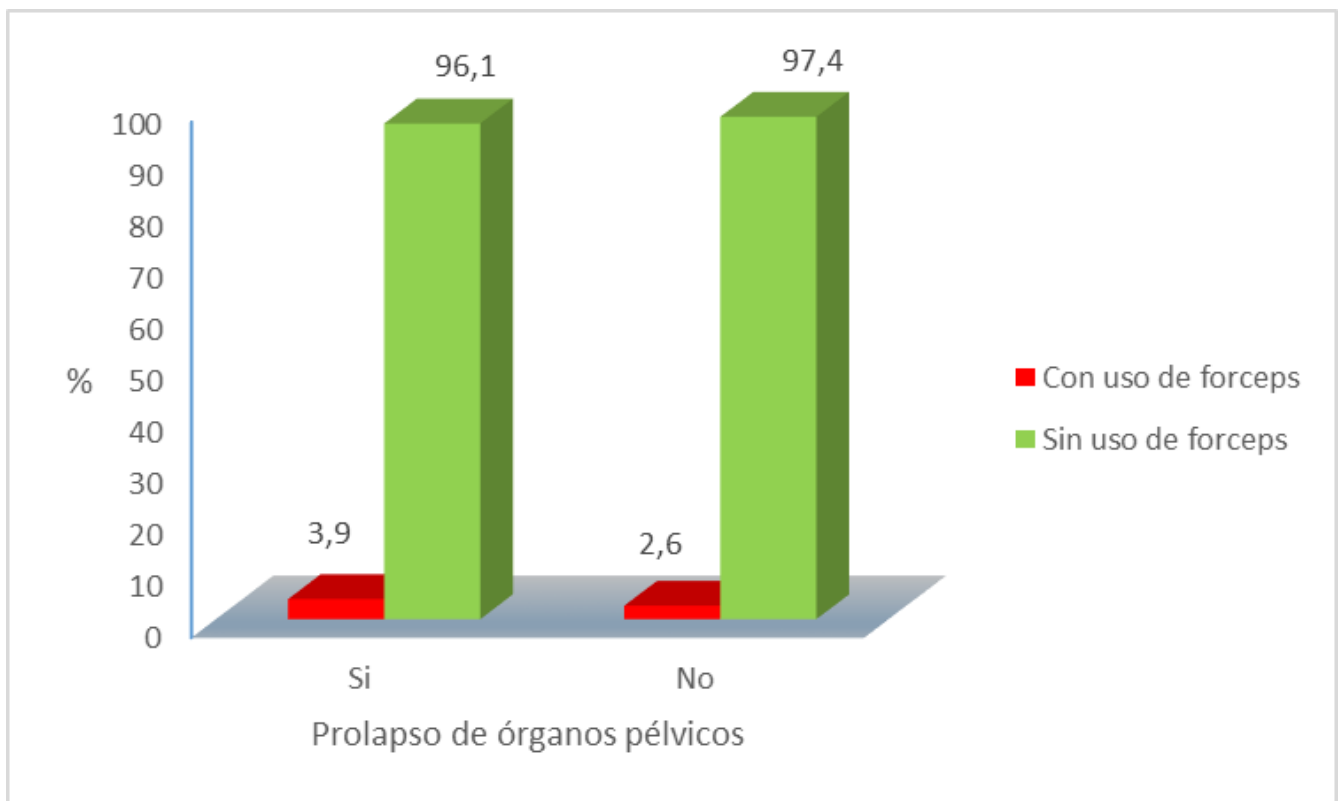


TABLA N° 05.

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL I
LA ESPERANZA**

JULIO – DICIEMBRE 2019

	PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS			
EPISIOTOMÍA	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
SI	54	70.1	31	40.3
NO	23	29.9	46	59.7
TOTAL	77	100.0	77	100.0
	$\chi^2 = 13.89$	$p < 0.01$	OR =3.5	

FUENTE: Toma de Datos en Consultorio Externo del Hospital I La Esperanza, periodo julio y diciembre del 2019

En la **TABLA N°05**, se reporta la distribución de las pacientes según a la episiotomía y POP. Se evidencia el 70.1% (N=54) de las pacientes con POP han sido sometidas a episiotomía, mientras el 40.3% (N=31) sin prolapso han sido sometidos a episiotomía, esta situación se corrobora por el chi cuadrado que encuentra evidencias de una significación estadística. Las pacientes sometidas a episiotomía tienen OR=3.5 veces el riesgo de presentar prolapso respecto a las pacientes no sometidas a episiotomía, con un intervalo que siempre es mayor a 1.

GRÁFICO N.º 05.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA

JULIO – DICIEMBRE 2019

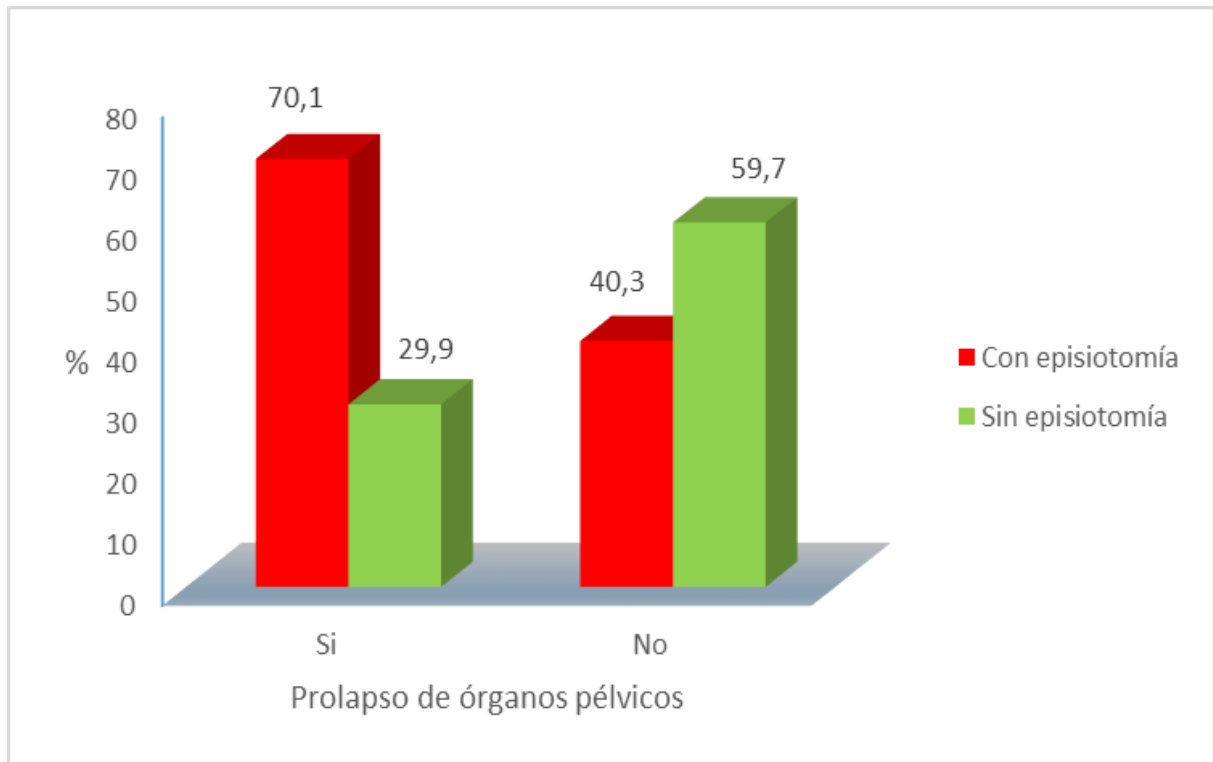


TABLA N.º 6

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN VARIABLES INTERVINIENTES Y
 PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL HOSPITAL I LA
 ESPERANZA,

JULIO – DICIEMBRE 2019.

	PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS				
VARIABLES INTERVINIENTES	SI		NO		PRUEBA χ^2
	Nº	Nº	Nº	Nº	OR IC 95% OR
NIVEL INSTRUCCIÓN: HASTA PRIMARIA					
SI	20	26.0	9	11.7	$\chi^2 = 5.14 \quad p < 0.05$
NO	57	74.0	68	88.3	OR=2.6
EDAD 1ER PARTO ≤ 19					
SI	28	36.4	20	26.0	$\chi^2 = 1.94 \quad p > 0.05$
NO	49	63.6	57	74.0	OR=1.6
TOTAL	77	100.0	77	100.0	

DISCUSIÓN

El POP, es una entidad perturbadora que perjudica la calidad de vida a muchas mujeres y se cataloga como una patología con alta prevalencia en los consultorios de la especialidad de ginecología. El presente estudio ejecutado en el Hospital I La Esperanza, en el que se reclutaron 205 mujeres, de las cuales sólo 154 cumplieron con los criterios de selección mencionados anteriormente, con la finalidad de determinar si los antecedentes obstétricos son factores de riesgo para desarrollo de POP.

El presente estudio al evaluar el antecedente obstétrico la multiparidad, en la **(TABLA N° 01)**, nos detalla que este factor tiene una probabilidad de 5 veces mayor con una significancia de $p < 0.001$, resultando ser el primero con mayor fuerza de asociación a POP. Estos reportes coinciden con el estudio de **Masenga G. et al (13)**, quienes en su estudio tipo transversal encontraron que aquellas mujeres que habían dado a luz 4 veces o más, tenían un riesgo de 6 veces mayor de POP en estadio II-IV y un riesgo de 10 veces mayor de POP grave. Así también, nuestros hallazgos están de acuerdo con proyecto de investigación de Dionicio **(29)**, asegurándonos que dicho factor presentó un OR= 26.3 con IC al 95%. (12.2 – 56.9), manifestando que en el período de la gestación surgen eventos como la disminución de producción de hormonas esto conlleva a que la consistencia del piso pélvico disminuya y esto produce que sea un factor de exposición para POP. De igual forma con el estudio de **Jokhio AH. et al (30)**, manifiesta que las mujeres con ocho o más partos tenían un riesgo 15 veces mayor. Esto refleja que el estiramiento excesivo de los ligamentos de sostén, el desgarro y los partos múltiples son el principal factor obstétrico predisponente para desarrollar POP.

Con respecto al factor macrosomía fetal como antecedente obstétrico, este también una asociación, pero con menor fuerza de asociación que la multiparidad con un $p < 0.05$ **(TABLA N°02)** a POP. Corroborados por el estudio que realizó **Martinho et al (31)**, opina que el peso del bebé macrosómico está fuertemente asociado con la circunferencia de la cabeza ($r = 0,749$; $p < 0,001$) y

por lo tanto está relacionado con el grado de estiramiento del músculo puborrectal durante el parto vaginal. Así mismo indica, que el primer bebé nacido por vía vaginal con un peso de ($> o = 4000g$), provoca avulsión del músculo elevador, con una razón de probabilidades de 1,36 ($p = 0,03$) conllevando a que más adelante se desarrolle POP. A la misma vez coincide con el estudio que realizó **Espitia et al (28)**, quien detalla que existe una asociación significativa con el peso fetal por encima de 4.000g al nacer ($p < 0,05$), al mismo modo en el estudio de **Elbiss HM. et al (32)**, con análisis multivariante, concluyeron que algunos factores de riesgos se asociaron significativamente con el cuadro clínico de prolapso dentro de ellas estaba la macrosomía fetal con una ($P 0.0001$). Por otra parte, **Rosa (29)**, quien determinó en su tesis, que no encontró ninguna asociación entre el antecedente obstétrico de tener un bebe con un peso de 4.000 gramos o más para la génesis de POP.

Así mismo tenemos al tercer antecedente obstétrico con una fuerte asociación significativa que es el parto vaginal, con los siguientes datos que nos muestra la tabla (**TABLA N° 03**) $OR=8.2$ y $p < 0.01$. Corroborado por el estudio tipo longitudinal de **Blonquist et al (11)**, demostró a diferencia de otros factores que estaban en estudio, el hecho que la mujer haya tenido al menos un parto vaginal fue el único predictor obstétrico para POP, con un riesgo relativo de 8,9 y un IC de 95%, opinando que el parto vaginal provoca una afección específica a la estructura que proporciona la estabilidad y sostén del piso pélvico a ello se le suma el deterioro de los principales músculos y nervios que encontramos en el piso pélvico. Así mismo, **Akervall S. et al (12)**, realizó un estudio de cohorte que informó, que aquellas mujeres primíparas con al menos un parto vaginal tiene mayor riesgo de síntomas de POP en comparación con mujeres nulíparas con parto por cesárea. De hecho en tal contrastación el parto por cesárea se asocia con un riesgo reducido de POP, según **Lopez L, et al (33)**.

Con lo que se refiere al de uso de fórceps como antecedente obstétrico, podemos ver que en la (**TABLA N° 04**) se presentó con los siguientes valores de $X^2 = 0.21$, $p > 0.05$, lo cual quiere decir que no presentó asociación significativa es decir no es factor de riesgo para POP. Muy distinto a lo encontrado en un

estudio tipo cohorte prospectivo realizado por **Blonquist et al (11)**, se reclutó a más de 1500 mujeres alrededor de 5 años, indicando que el parto vaginal quirúrgico (fórceps) se asoció con un mayor riesgo de desarrollar POP, porque provoca riesgo de lesión en el músculo elevador del ano y el posible prolapso tipo posterior. Así mismo, según **Volloyhaug I, et al (34)** y **Urbankova I, et al (27)**, en su estudio describe que el modo de parto por fórceps, se asoció con POP debido al traumatismo que provoca en los músculos del suelo pélvico, la población en general comprendía entre las edades de 16-24 años después del primer parto. Encontrándose, que el uso de fórceps se asoció significativamente más para POP y avulsión del músculo elevador, también lo corrobora **Moalli PA et al (35)**.

Esto, sin embargo, en nuestro presente estudio no se ha podido confirmar, debido a que no se encontró ningún tipo de asociación significativa entre el antecedente de uso de fórceps y el desarrollo de POP.

Otro factor que también presenta una asociación significativa y que constituye un factor de riesgo es la episiotomía, con sus valores de X^2 fue 13.89.40 con $p = < 0.01$ (**TABLA N° 05**). Hecho que coincide con el estudio realizado por **Rodrigo F (36)**, demostró que el resultado principal de su investigación fue que la episiotomía es un factor determinante que favorece la génesis de POP con OR 2.12 veces de aparición. A esto le agregamos la prevalencia de POP que tuvo en su población de 70.3% en los casos y 29.6% en los controles, con diferencia estadísticamente significativa. A diferencia de lo encontrado en la investigación realizado por **Frigerio M, et al (37)**, quien realizó una revisión sistemática, no encontraron evidencia de un efecto beneficioso a largo plazo de la episiotomía, así mismo no parece influir negativamente en el desarrollo del prolapso genital e incluso podría ser protectora con respecto a la gravedad y prevalencia del prolapso sin afectar las tasas de cirugía. De igual manera **Rusavy Z, et al (38)**, quienes realizaron un estudio cohorte, describen que el efecto del momento de la episiotomía sobre el desarrollo del POP aún no se ha determinado.

Respecto a las características generales de las pacientes mujeres que acudieron a los consultorios de la especialidad de Ginecología, las variables intervinientes

como en primer lugar tenemos a la Edad del Primer Parto (≤ 19 años), esta no intervino significativamente en la aparición de POP, evidenciándose en nuestro estudio con los valores $X^2 = 1.94$, $p > 0.05$ (**TABLA N°06**), lo que permite inferir que no es un factor que aumente el riesgo de POP. Hecho que coincide con **Moalli PA, et al (35)**, en su estudio tipo casos y controles, donde realizó un subanálisis de diferentes grupos etarios como: < 20 años, 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años y 35 años o mayor), los datos mostraron que aquellas mujeres que tuvieron su primer parto a la edad de < 25 años, se asoció que el riesgo para desarrollar prolapso de órganos pélvicos era ($p < 0,001$).

Así mismo, según **Glazener C, et al (39)**, encontró que las mujeres que tuvieron su primer bebé a la edad de 25 años, tuvieron significativamente más síntomas de prolapso, que las mujeres que tuvieron su primer bebé a la edad de > 30 años. Estas mujeres eran más propensas a tener prolapso en el himen o más allá (24%).

Con respecto a la segunda variable interviniente, nivel de instrucción primaria, sí constituye un factor de riesgo, pero con menor fuerza de asociación ($p < 0.05$) a POP. Registro que coincide con el de **Espitia et al (28)** quien señala que la escolaridad sí constituye un riesgo de presentar prolapso genital en las mujeres analfabetas (OR: 2,93 [IC95%: 1,02-8,44]; $p < 0,05$), y no hay diferencias estadísticamente significativas entre los casos y controles en relación con un nivel de educación o instrucción mayor a 9 años de estudio. De otro lado, **Sarmiento (40)**, realizó un estudio transversal donde describió que la mediana del nivel de instrucción fue de 12 años; cerca de la mitad de participantes (49,5 %), tenían más de 12 años de estudio y solo una participante refirió menos de 6; cifra similar se observó en el estudio de **Lonnée-Hoffmann, et al (41)**, realizado con 20285 mujeres, en el que el 48,4% refirieron más de 10 años de instrucción; **Durnea, et al (42)**, en su publicación reportó que el 86,1 % de las participantes tenía más de 12 años de instrucción. Así mismo, en el estudio de casos y controles de **Thapa S, et al (43)**, publicado en el 2014, el estatus educativo de las mujeres estaba fuertemente asociado con el prolapso genital, las mujeres analfabetas tenían 2,16 veces más probabilidades de padecer prolapso genital que las mujeres alfabetizadas.

CONCLUSIONES

Los antecedentes obstétricos como factores de riesgo para POP en nuestro estudio fueron:

- Multiparidad, episiotomía y parto vaginal, fueron antecedentes obstétricos con una mayor fuerza de asociación significativa el cual fue con ($p < 0.01$).
- Así mismo, la Macrosomía Fetal se presentó como un factor determinante con un ($OR = 2.6$), pero no tuvo la misma fuerza de asociación con los antecedentes mencionados ya que fue significativo con un ($p < 0.05$).
- El uso de fórceps demostró no alterar el riesgo de prolapso con un ($OR=1.5$), el cual no fue significativo demostrándose con el valor de ($p > 0.05$).
- Respecto a las características generales de las pacientes mujeres, la variable interviniente como grado de instrucción nivel primaria tuvo una asociación estadísticamente significativa con ($p < 0.05$).
- A diferencia de la edad del primer parto (≤ 19) no demostró asociación a POP con los valores ($OR=1.6$), el cual no fue significativo con ($p > 0.05$).

RECOMENDACIONES

- Ante lo expuesto, aquellas pacientes que planean tener un parto vaginal, deben incluir el uso selectivo de la episiotomía para minimizar el riesgo para POP.
- También es importante la planificación familiar, ya que en nuestro estudio el antecedente obstétrico de multiparidad fue el factor con mayor fuerza de asociación para POP.
- Así mismo, toda mujer que tenga cualquier tipo de antecedentes obstétricos deberá someterse a la ejercitación de los músculos del piso pélvico esto implica trabajar con un fisioterapeuta durante 8 a 12 semanas para fortalecer los músculos pélvicos.
- Tener una vida saludable para evitar el sobrepeso y estreñimiento ya que estas se añaden a los antecedentes obstétricos de fondo que posee cada mujer dando como resultado la exacerbación de POP.
- Finalmente, toda mujer tiene que evitar actividades que requieran una fuerza mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barber, Matthew D, and Christopher Maher. "Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse." *International urogynecology journal* vol. 24,11 (2018): 1783-90. doi:10.1007/s00192-013-2169-9
2. IGLESIA Y SMITHLING - 2017 - PELVIC ORGAN PROLAPSE.PDF [INTERNET]. DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.AAFP.ORG/AFP/2017/0801/AFP20170801P179.PDF](https://www.aafp.org/afp/2017/0801/afp20170801p179.pdf)
3. DR. DAVID COHEN S. PROLAPSO GENITAL FEMENINO: LO QUE DEBERÍA SABER FEMALE PELVIC ORGAN PROLAPSE: WHAT YOU SHOULD KNOW[REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(2) 202-209] 203
4. Vergeldt, Tineke F M et al. "Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review." *International urogynecology journal* vol. 26,11 (2015): 1559-73. doi:10.1007/s00192-015-2695-8
5. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Sanden MWGN der, et al. Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. ;2020. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.14027>
6. DeLancey JOL. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol.* octubre de 2016;28(5):420-9.
7. Bordeianou LG, Anger JT, Boutros M, Birnbaum E, Carmichael JC, Connell KA, De EJB, Mellgren A, Staller K, Vogler SA, Weinstein MM, Yafi FA, Hull TL; Members of the Pelvic Floor Disorders Consortium Working Groups on Patient-Reported Outcomes. Measuring Pelvic Floor Disorder Symptoms Using Patient-

Reported Instruments: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the American Urogynecologic Society, and the Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2020 Jan/Feb;26(1):1-15.

8. Dietz HP. Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019 Jan;54:12-30.
9. Peter Dietz H, Guzmán Rojas R. Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 1 de marzo de 2017;24(2):210-7.
10. Tso C, Lee W, Austin-Ketch T, Winkler H, Zitkus B. Nonsurgical Treatment Options for Women With Pelvic Organ Prolapse. *Nurs Womens Health.* 2018 Jun;22(3):228-239.
11. Blomquist JL, Carroll M, Muñoz A, Handa VL. Pelvic floor muscle strength and the incidence of pelvic floor disorders after vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Jan;222(1):62.e1-62.e8.
12. Åkervall S, Al-Mukhtar Othman J, Molin M, Gyhagen M. Symptomatic pelvic organ prolapse in middle-aged women: a national matched cohort study on the influence of childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Apr;222(4):356.e1-356.e14
13. Masenga GG, Shayo BC, Rasch V. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse in Kilimanjaro, Tanzania: A population based study in Tanzanian rural community. *PLoS One.* 2018 Apr 25;13(4):e0195910.
14. Horst W, do Valle JB, Silva JC, Gascho CLL. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. *Int Urogynecol J.* agosto de 2017;28(8):1165-70.

15. Noa PBY, Martínez TJC, García DJÁ. Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Rev Cub de Med Fis y Rehab. 2016;8(Suppl: 1):13-24.
16. Morcillo NF. El Parto como Factor de Riesgo en las Disfunciones del Suelo Pélvico. 2016;54.
17. Generalidades de los estudios de casos y controles [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2018/apm181h.pdf>
18. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016;24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100327&lng=en&tlng=en
19. PROTOCOLO: PARTO INSTRUMENTADO [Internet]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/parto%20instrumentado.pdf>
20. Lo - PARTO HUMANIZADO HOSPITAL SANITAS LA ZARZUELA.pdf [Internet]. Disponible en: <https://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>
21. RE_MED.HUMA.LUIS.GARCIA_MULTIPARIDAD.COMO.FACTOR.DE.RIESGO.PARA.ENFERMEDAD_DATOS.pdf [Internet]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2207/1/RE_MED.HUMA.LUIS.GARCIA_MULTIPARIDAD.COMO.FACTOR.DE.RIESGO.PARA.ENFERMEDAD_DATOS.pdf

- 22.** PROTOCOLO: MACROSOMÍA NEONATAL BARCELONA [Internet]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>
- 23.** Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician*. 2017 Aug 1;96(3):179-185
- 24.** Huemer H. Deszensus genitalis der Frau [Pelvic Organ Prolapse]. *Ther Umsch*. 2019;73(9):553-558. German.
- 25.** Manonai J, Mouritsen L, Palma P, Contreras-Ortiz O, Korte JE, Swift S. The inter-system association between the simplified pelvic organ prolapse quantification system (S-POP) and the standard pelvic organ prolapse quantification system (POPQ) in describing pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2011 Mar;22(3):347-52.
- 26.** Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Jul;175(1):10-7. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70243-0. PMID: 8694033.
- 27.** Urbankova I, Grohregin K, Hanacek J, Krcmar M, Feyereisl J, Deprest J, Krofta L. The effect of the first vaginal birth on pelvic floor anatomy and dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2019 Oct;30(10):1689-1696.
- 28.** Espitia de la Hoz, FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Revista Urología Colombiana* [Internet]. 2015;XXIV(1):12-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149138607004>

- 29.** Rosa Beatriz Dionicio Elera. Factores de riesgo de distopia genital. [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima – Perú: Sección de Posgrado Universidad San Martín de Porres. 2014
- 30.** Jokhio AH, Rizvi RM, MacArthur C. Prevalence of pelvic organ prolapse in women, associated factors and impact on quality of life in rural Pakistan: population-based study. *BMC Womens Health*. 2020 Apr 28;20(1):82. doi: 10.1186/s12905-020-00934-6.
- 31.** Martinho N, Friedman T, Turel F, Robledo K, Riccetto C, Dietz HP. Birthweight and pelvic floor trauma after vaginal childbirth. *Int Urogynecol J*. 2019 Jun;30(6):985-990.
- 32.** Elbiss HM, Osman N, Hammad FT. Prevalence, risk factors and severity of symptoms of pelvic organ prolapse among Emirati women. *BMC Urology*. 2015; 15:66.
- 33.** López-López AI, Sanz-Valero J, Gómez-Pérez L, Pastor-Valero M. Pelvic floor: vaginal or caesarean delivery? A review of systematic reviews. *Int Urogynecol J*. 2020 Oct 17.
- 34.** Volløyhaug I, Mørkved S, Salvesen Ø, Salvesen KÅ. Forceps delivery is associated with increased risk of pelvic organ prolapse and muscle trauma: a cross-sectional study 16-24 years after first delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015 Oct;46(4):487-95.
- 35.** Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol*. 2016 May;101(5 Pt 1):869-74. doi: 10.1016/s0029-7844(03)00078-4.
- 36.** RODRIGO.FONSECA_EPISIOTOMÍA.FACTOR.RIESGO.PROLAPSO.ÓRGAN O.PÉLVICO.HOSPITAL.VÍCTOR.LAZARTE.ECHEGARAY.pdf 2018 Internet]. . Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3937/1/REP>

37. Frigerio M, Mastrolia SA, Spelzini F, Manodoro S, Yohay D, Weintraub AY. Long-term effects of episiotomy on urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Feb;299(2):317-325.
38. Rusavy Z, Karbanova J, Kalis V. Timing of episiotomy and outcome of a non-instrumental vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 Feb;95(2):190-6.
39. Glazener C, Elders A, MacArthur C, Lancashire RJ, Herbison P, Hagen S, Dean N, Bain C, Toozs-Hobson P, Richardson K, McDonald A, McPherson G, Wilson D; ProLong Study Group. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. *BJOG*. 2016 Jan;120(2):161-168.
40. Sarmiento Ayala B.E, Prevalencia y factores asociados a prolapso genital, en mujeres entre 35 – 60 años, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, 2017 [Internet]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31949/1/Tesis.pdf>
41. Lonnée-Hoffmann RA, Salvesen Ø, Mørkved S, Schei B. Self-reported pelvic organ prolapse surgery, prevalence, and nonobstetric risk factors: findings from the Nord Trøndelag Health Study. *Int Urogynecol J*. 2015 Mar;26(3):407-14.
42. Durnea CM, Khashan AS, Kenny LC, Durnea UA, Smyth MM, O'Reilly BA. Prevalence, etiology and risk factors of pelvic organ prolapse in premenopausal primiparous women. *Int Urogynecol J*. 2014 Nov;25(11):1463-70.
43. Thapa S, Angdembe M, Chauhan D, Joshi R. Determinants of pelvic organ prolapse among the women of the western part of Nepal: A case-control study. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2014;40(2):515–20. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jog.12168>

ANEXO 02

SOLICITA: PERMISO PARA EJECUCIÓN DE TESIS

Dr. JOSE CARRANZA CASTILLO

Gerente de la red asistencial EsSalud La Libertad.

Yo, **NATALIA YSABEL TAUMA CALLUPE**, identificada con DNI. N° con fecha de nacimiento Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, con ID: 000125788; con el debido respeto me presento y expongo:

Que, a fin de ir desarrollando mi tesis, titulada: **“ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS COMO FACTORES DE RIESGO PARA PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA”**, 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 en el **HOSPITAL I LA ESPERANZA**, para lo cual se le adjunta:

- Resolución
- Anillado (1 ejemplar)
- CD

Así mismo informo que el Dr. Javier E. Alarcón Gutiérrez, será mi asesor, por lo que solicito se sirva tomar conocimiento para los fines pertinentes.

Por lo expuesto:

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

Trujillo, 23 de Julio del 2019

NATALIA YSABEL TAUMA CALLUPE

DNI. N°