

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A PACIENTES OPERADAS DE
PROLAPSO DE ÒRGANOS PÈLVICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES EN EL AÑO 2021**

**TESIS
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
PALACIOS APAÉSTEGUI MIGUEL ÁNGEL**

**ASESOR
MARCELO GASTAÑADUI MIGUEL ÁNGEL**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MATERNA**

**CHICLAYO – PERU
2022**

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada:

A Dios en primer lugar por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener una de mis metas más deseadas.

A mis padres Evelia Apaestegui Díaz y Eulogio Palacios Mendoza, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mis hermanos Kelly, Cristian y Beto. Por ser un ejemplo para mí y siempre estar prestos para darme una mano o un consejo, enseñándome el camino correcto que debo seguir.

A mi abuela Rosa Díaz Idrogo que ahora desde el cielo guía mis pasos, siempre soñábamos con este momento, pero hoy no está físicamente conmigo, me seguiré esforzando para que esté orgullosa de mi allá arriba.

A mis sobrinos Angela, Diana, Fernanda, Luciana y Kichitan, a quienes los quiero muchísimo y trato de ser el mejor ejemplo para ellos. Gracias por hacerme reír con sus ocurrencias y llenarme plenamente el alma.

A toda mi familia quienes han puesto un granito de arena para poder culminar de manera satisfactoria mi carrera universitaria, deseo poder retribuir en algún momento de la vida a cada uno de ellos.

A mi mejor amigo Yojhan Delgado, que es como un hermano, son tantas cosas que hemos pasado, por motivos de la vida no hemos culminado la carrera juntos, pero sé que serás un gran médico, tu momento ya está por llegar.

A mis amigos tanto de la facultad, internado y del fútbol que, con sus risas, llantos y tantas experiencias vividas, hicieron que este largo camino fuese menos pesado. Los llevaré siempre conmigo en mi mente y en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas. Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de esta tesis, sin embargo, merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria.

Mi profundo agradecimiento a mis docentes de la universidad que con sus enseñanzas y consejos me he podido desarrollar de la mejor manera en esta hermosa carrera.

A mis maestros del internado, Dr. Fernando Tay, Dr. Paulo Guzmán, Dr. Garboza, Dr. Alex Rojas, Dr. Eladio Ruiz, Dr. Luis Guanilo, Dra. Margarita Carbonel, Dra. Claudia Huamanchumo. Gracias por su paciencia y enseñanzas que tuvieron conmigo, aprendí demasiado de cada uno de ustedes.

A mi asesor el Dr. Miguel Ángel Marcelo principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de esta tesis.

A mi enamorada Meylin Nunura que me apoyó en todo momento en el desarrollo de la tesis, recolectando datos, en la estadística y en cada mínimo detalle de este trabajo, estaré por siempre muy agradecido.

Y por último a mi amigo y cointerno Joslin Gonzáles que fue pieza fundamental en el desarrollo de esta tesis, siempre dispuesto a ayudarme tanto en la elaboración del proyecto y ejecución. Lograras todo lo que estás soñando hermano, no tienes límites.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
Realidad problemática	1
Formulación del problema	1
Objetivos:	2
Objetivo general:	2
Objetivos específicos:	2
Hipótesis	2
MARCO TEÓRICO	3
Antecedentes	3
Bases teóricas	7
METODOLOGÍA	11
Tipo y diseño de investigación	11
Población, muestra y muestreo	11
Criterios de selección	11
Variables de estudio y su operacionalización	12
Métodos, técnicas y procedimientos	12
Análisis y procesamiento de datos	12
Consideraciones éticas	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	24

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 01: Características generales de las pacientes incluidas en el estudio. Hospital Docente Las Mercedes - 2021.	15
Tabla 2: Mujeres con y son prolapso de órganos pélvicos y antecedentes obstétricos. Hospital Docente Las Mercedes – 2021.	16
Tabla 3: Odds ratio para prolapso de órganos pélvicos según factores de riesgo. Hospital Docente Las Mercedes – 2021.	17

RESUMEN

Objetivo: Identificar los antecedentes obstétricos asociados a pacientes operadas de prolapso de órganos pélvicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo en el año 2021.

Metodología: Estudio retrospectivo de casos (53 pacientes con POP) y controles (53 pacientes sin POP) en pacientes del Hospital Docente Las Mercedes de Chiclayo. Se calcularon los OR crudos $p < 0.05$.

Resultados: Se encontró que la edad promedio fue 49.21 ± 17.66 años, procedencia urbana 91.5%, estado civil casada 50.0% y grado de instrucción secundaria 50.0%. El análisis bivariado mostró que el estado civil ($p=0.011$), grado de instrucción ($p<0.001$), multiparidad ($p<0.001$), episiotomía ($p=0.008$), parto vaginal ($p<0.001$) y macrosomía fetal ($p=0.002$) están asociados a prolapso de órganos pélvicos. El antecedente de multiparidad (OR = 46.429 IC: 12.460 - 172.999), el antecedente de episiotomía (OR = 3.051 IC: 1.318 – 7.062), el haber tenido parto vaginal (OR = 5.141 IC: 1.868 – 14.148) y haber tenido un bebé macrosómico (OR = 4.046 IC: 1.648 – 9.933) fueron factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos.

Conclusiones: se encontró asociación significativa entre la multiparidad, episiotomía, parto vaginal y macrosomía y el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos.

Palabras clave: prolapso de órgano pélvico, macrosomía, episiotomía.

ABSTRACT

Objective: To identify the obstetric history associated with patients operated on for pelvic organ prolapse at the Las Mercedes Regional Teaching Hospital in Chiclayo in 2021.

Methodology: Retrospective study of cases (53 patients with POP) and controls (53 patients without POP) in patients at the Las Mercedes Teaching Hospital in Chiclayo. Crude ORs are calculated as $p < 0.05$.

Results: It was found that the average age was 49.21 ± 17.66 years, urban origin 91.5%, marital status married 50.0% and secondary education level 50.0%. Bivariate analysis showed that marital status ($p=0.011$), educational level ($p<0.001$), multiparity ($p<0.001$), episiotomy ($p=0.008$), vaginal delivery ($p<0.001$), and fetal macrosomia ($p= 0.002$) are associated with pelvic organ prolapse. History of multiparity (OR = 46.429 CI: 12.460 - 172.999), history of episiotomy (OR = 3.051 CI: 1.318 - 7.062), having had a vaginal delivery (OR = 5.141 CI: 1.868 - 14.148) and having had a baby macrosomic (OR = 4.046 CI: 1.648 – 9.933) were risk factors for pelvic organ prolapse.

Conclusions: a significant association was found between multiparity, episiotomy, vaginal delivery and macrosomia and the development of pelvic organ prolapse.

Keywords: pelvic organ prolapse, macrosomia, episiotomy.

INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un problema perturbador que afecta a muchas mujeres y a su calidad de vida. Puede influir seriamente en el bienestar físico, psicológico y social de las personas afectadas y se asocia con considerables implicaciones de recursos para el servicio de salud (1). La causa del POP es multifactorial, pero se asocia principalmente con el embarazo y el parto vaginal, que conducen a una lesión directa de los músculos del suelo pélvico y del tejido conjuntivo (2,3).

Aunque se han descrito muchos factores en asociación con POP (4,5), 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 resultar en hernia de órganos y prolapso (6). La histerectomía, la cirugía pélvica y las afecciones asociadas con episodios sostenidos de aumento de la presión intraabdominal, incluida la obesidad, la tos crónica, el estreñimiento y el levantamiento repetido de objetos pesados, también contribuyen al prolapso (7). Los síntomas se vuelven más molestos a medida que el bulto sobresale más allá de la abertura vaginal. La evaluación inicial incluye una historia y un examen pélvico sistemático, incluida la evaluación de la incontinencia urinaria, la obstrucción de la salida de la vejiga y la incontinencia fecal (8). Comprender la fisiopatología y los factores de riesgo puede conducir a un mejor diagnóstico y tratamiento. Además, existe poca evidencia a nivel local sobre los factores que influyen sobre el POP.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los antecedentes obstétricos asociados a pacientes operadas de prolapso de órganos pélvicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes en el año 2021?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general:

Identificar los antecedentes obstétricos asociados a pacientes operadas de prolapso de órganos pélvicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes en el año 2021.

Objetivos específicos:

Describir las principales características sociodemográficas de las pacientes con y sin prolapso de órganos pélvicos.

Determinar las frecuencias de antecedentes obstétricos entre las pacientes con y sin prolapso de órganos pélvicos.

Comparar las frecuencias de antecedentes obstétricos entre las pacientes con y sin prolapso de órganos pélvicos.

1.4. Hipótesis

Los antecedentes obstétricos (parto vaginal, embarazo múltiple y multiparidad) están asociados a pacientes operadas de prolapso de órganos pélvicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes en el año 2021.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Pang H, et al. En el año 2021 realizaron un estudio enfocado en determinar la prevalencia, los factores de riesgo y la carga del POP sintomático en mujeres adultas chinas. Se incluyeron mujeres de 20 años o más mediante un método de muestreo por conglomerados estratificado de múltiples etapas desde febrero de 2014 hasta marzo de 2016. Se incluyó a 55 477 mujeres con edad media de 45,1 años. La prevalencia de POP sintomático fue del 9,6% (IC del 95%: 9,3-9,8%) y aumentó con la edad en cada etapa ($P < 0,05$). El estadio II de POP-Q sintomático fue el más común (7,52%). Las probabilidades para cada tipo de POP sintomático aumentaron con la edad (> 50 frente a 20-29 años en POP-Q sintomático en estadio II o superior, OR aumentó de 1,34 [IC del 95%: 1,32 a 1,45] a 7,34 [IC del 95%: 4,34- 12,41]) y partos vaginales múltiples (multíparas ≥ 3) frente a nulíparas en estadio II de POP-Q sintomático o superior, OR aumentado de 1,91 [1,71-2,13] a 2,78 [2,13-3,64]) (9).

Hakimi S, et al. En el año 2020 realizaron un estudio enfocado en evaluar la prevalencia y los factores de riesgo relacionados a POP. Reclutó a 340 mujeres menopáusicas del noroeste de Irán. El POP se diagnosticó mediante un examen clínico utilizando el sistema simplificado de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos. La prevalencia de POP fue aproximadamente del 50%. A través de regresión logística determinó que la edad ($ORa=9.83$; IC95% 6.51-14.48; $p<0.001$), el número de partos vaginales ($Ora=4.17$; IC95% 2.09-8.72; $p=0.001$) y la episiotomía ($Ora=3.71$; IC95% 2.55-7.34; $p=0.012$) son factores de riesgo para POP (10).

Masenga G, et al. En el año 2018 evaluaron el POP y los factores de riesgo asociados entre las mujeres de Tanzania. Se reclutó a mujeres de 18 a 90 años mediante un muestreo aleatorio en varias etapas de enero a mayo de 2015. De 1047 mujeres examinadas, el 64,6% tenía un POP anatómico estadio II-IV y el 6,7% tenía un POP grave que descendía 1 cm o más por

debajo del himen. El estadio II-IV de POP se asoció con tener más de 35 años, ser agricultor y haber dado a luz 3 veces o más. El POP grave se asoció con el transporte de objetos pesados durante ≥ 5 horas (OR 4,70; 1,67-13,2), haber dado a luz 5 veces o más (OR 10,2; 2,22-48,6) y haber dado a luz en casa (OR 2,40; 1,36-4,22) (11).

Horst W, et al. En el año 2017 realizaron un estudio enfocado en identificar la distribución y factores de riesgo del POP. Se encuestó a 432 mujeres. El 52,3% de las examinadas tenían POP: estadio 1 (27,8%), estadio 2 (23,1%) y estadio 3 (1,4%). El antecedente de parto vaginal (OR=6.678; IC95% 4.16-10.73), parto de un recién nacido que pesa más de 4 kg (OR=2.056; IC95% 1.19-3.56) y menopausia (OR=2.793; IC 95% 1.66-4.70) se asociaron con un mayor riesgo de POP (12).

Isik H, et al. En el año 2016 realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a POP. Incluyó a 586 mujeres del Hospital Universitario Bulent Ecevit entre septiembre de 2013 y abril de 2015 para histerectomía, que incluyeron a 186 pacientes con POP y 400 pacientes sin ella. La mediana del número de gestantes, paridad y nacidos vivos fue significativamente mayor en las pacientes con POP (4 frente a 3, 3 frente a 2 y 3 frente a 2 respectivamente, $p < 0,001$). Los pacientes con POP eran más obesos que los pacientes sin POP ($p < 0,001$). El antecedente vaginal de nacimiento aumentó la frecuencia de POP al 25,8% con significación estadística ($p < 0,001$). El análisis de regresión logística para los factores de riesgo de POP reveló edad, IMC, parto vaginal y comorbilidad con hipertensión arterial + diabetes mellitus juntos aumentaron significativamente el riesgo de POP (OR=1.9; IC95% 1.1-3.16; $p < 0.05$) (13).

Akter F, et al. En el año 2016 realizaron un estudio enfocado en identificar la prevalencia y los factores de riesgo del POP sintomático en mujeres de las zonas rurales de Bangladesh. Se realizó una encuesta a 787 mujeres mayores de 15 años. La prevalencia de POP sintomático fue de 15,6 %. La edad media fue de 40,1 ($\pm 9,0$) años. Las mujeres de 35-44 años (odds ratio [OR] 1,96, intervalo de confianza [IC] del 95 % 1,03-3,73) y ≥ 45 años (OR

2,95, IC del 95 % 1,62-5,38) tenían más probabilidades de tener POP en comparación con las mujeres de ≤ 35 años. Tener POP se asoció positivamente con mujeres que tenían ≥ 5 hijos (OR 4,34, IC del 95 % 1,39-13,58), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC; OR 2,07, IC del 95 % 1,02-4,21) y mujeres con estreñimiento (OR 3,54, IC 95 % 1,87-6,72) (14).

Volløyhaug I, et al. En el año 2015 realizaron un estudio enfocado en determinar las posibles asociaciones entre el modo de parto y el POP 16-24 años después del primer parto y, en particular, identificar las diferencias entre el fórceps y el parto con ventosa. Incluyó a 608 mujeres que dieron a luz a su primer hijo en 1990-1997. Se aplicaron análisis de regresión logística univariable y multivariable y ANCOVA para identificar las variables de resultado asociadas con el modo de parto. Al comparar el fórceps con el parto con ventosa, los odds ratios ajustados (ORa) fueron 1,72 (IC del 95%, 1,06-2,79; $P = 0,03$) para POP. Al comparar los fórceps con el parto vaginal normal, la razón de posibilidades ajustada (ORa) fue 1,74 (IC del 95%, 1,12-2,68; $P = 0,01$) para POP. Al comparar el parto por cesárea con el parto vaginal normal, la ORa fue de 0,06 (IC del 95%, 0,02-0,14; $P < 0,01$) para POP (15).

Aytan H, et al. En el año 2014 realizaron un estudio para evaluar la asociación entre la episiotomía y el POP en una cohorte de mujeres con parto vaginal. Incluyó a 549 (439 con episiotomía y 110 sin episiotomía) con antecedente de parto vaginal dentro de los 6 meses anteriores. El grado de prolapso genital se evaluó mediante el sistema POP-Q. El 38,2% de las mujeres sin episiotomía y el 32,0% de las mujeres con episiotomía tenían prolapso genital determinado por el sistema POP-Q. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la episiotomía y el estadio POP-Q (AOR, -0,24; IC del 95%, -0,65-0,18, $P = 0,26$) (16).

Tauma N. En el año 2021 realizó una tesis con la finalidad de identificar los antecedentes obstétricos que son factores de riesgo para POP. Estudio retrospectivo que incluyó 154 mujeres (77 casos y 77 controles) atendidas en el Hospital I La Esperanza de Trujillo. Encontró Multiparidad con un OR: 5,7

y ($p < 0.01$); también la macrosomía 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 ($p > 0.05$) (17).

Soto F. En el año 2020 realizó una tesis con el objetivo de identificar factores asociados al POP en las pacientes del Hospital Regional del Cusco. Con una muestra de 294 pacientes; 98 casos y 196 controles encontró que la edad que más frecuente en los casos fue 30- 59 años (53.1% de los casos y 41.8% controles), seguido de los pacientes ≥ 60 años (44.9% casos y 35.7% controles). El 51% de casos procedían de zona urbana y predominio los pacientes con grado de instrucción primaria completa el 36.7%. El 80.6% de casos fueron multíparas (OR= 9.20, IC: 2.786- 30.555, $p = 0.000$), el 11.2 % de casos tuvieron antecedente parto con feto macrosómico (OR= 2.35, IC: 0.962- 5.746, $p = 0.009$), el 58% tuvieron antecedente de episiotomía durante el parto (OR= 1.28, IC: 0.785- 2.090, $p = 0.003$), el 6.1% de casos tuvieron antecedente de cesárea (OR= 0.13, IC: 0.057- 0.331, $p = 0.000$) (18).

Fonseca R. En el año 2018 realizó una tesis con la finalidad de identificar si la episiotomía es factor de riesgo de POP. Se llevó a cabo un estudio de casos y controles con 330 pacientes (165 casos con prolapso y 165 controles sin prolapso) del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. La edad media para los casos y controles fue 61.97 ± 5.55 y 61.25 ± 5.03 respectivamente. El uretrocistocele se presentó en 60% de los casos, seguido de úterocele en 26.1% y rectocele en 13.9%. La EP estuvo presente en 116 casos y 87 controles (OR 2.12; IC95% 1.35-3.34; $p = 0.001$). Episiotomía y uretrocistocele (OR=1.77; IC95% 1.07-2.95; $p = 0.025$) (19).

2.2. Bases teóricas

El prolapso de órganos pélvicos (POP) se define como una protrusión o hernia de los órganos pélvicos (vagina, útero, vejiga y/o recto) a través de las paredes vaginales y el piso pélvico (20). Es una condición común que afecta a muchas mujeres, sin embargo, la prevalencia exacta es difícil de establecer, no obstante, según el examen pélvico, este valor varía entre el 30 y 40 % (21). Se cita con frecuencia que alrededor del 50% de todas las mujeres desarrollarán POP, pero esto se refiere solo a los cambios anatómicos y no refleja la gravedad del prolapso o los síntomas asociados con el prolapso (22). Por lo tanto, la prevalencia de POP sintomático es en realidad mucho menor.

A pesar de la alta prevalencia existe un conocimiento limitado sobre su fisiopatología. Dado que el POP suele presentarse muchos años después del parto, los estudios recientes de cohortes nacionales y longitudinales de gran tamaño con seguimiento a largo plazo han mejorado nuestro conocimiento actual (23,24).

Se han sugerido muchos factores de riesgo para el POP. Es probable que la causa de este trastorno sea multifactorial, atribuible a una combinación de factores de riesgo, que varían de paciente a paciente (25). El parto vaginal, la edad avanzada y el aumento del índice de masa corporal se han reportado como los factores de riesgo más consistentes, siendo el aumento de la paridad vaginal el más frecuentemente asociado a POP en mujeres menores de 60 años. La cesárea parece proteger contra el desarrollo del prolapso, mientras que el parto con fórceps aumenta el riesgo (26).

Otros factores obstétricos que se han asociado con un mayor riesgo de POP, aunque de manera menos consistente, incluyen el alto peso al nacer del bebé, el parto de un bebé macrosómico, la segunda etapa prolongada del trabajo de parto y la edad menor de 25 años en el primer parto (27). Algo más controvertido es si el embarazo en sí, a diferencia del tipo de parto, altera el riesgo de prolapso de órganos pélvicos. Esta pérdida de soporte vaginal no parece volver a la línea de base en el período posparto (28).

A pesar de la fuerte relación entre los factores obstétricos y el POP, la mayoría de los casos de trastorno sintomático surgen mucho tiempo después del parto vaginal, y la mayoría de las mujeres que tienen hijos no tienen prolapso sintomático. Entre el 6 % y el 8 % de las mujeres notifican la sensación de una masa que sobresale en la vagina. Ver o sentir un bulto que sobresale hacia o más allá de la abertura vaginal es el síntoma más específico (29).

El POP es dinámico, y los síntomas y los hallazgos del examen pueden variar día a día, o dentro de un día, según el nivel de actividad y la plenitud de la vejiga y el recto. Estar de pie, levantar objetos, toser y el esfuerzo físico, aunque no son factores causales, pueden aumentar el abultamiento y la incomodidad. Las pacientes con prolapso uterino completo pueden tener flujo vaginal relacionado con rozaduras o erosión epitelial (30). El índice de masa corporal elevado es un factor de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos. La pérdida de peso no revierte la hernia y el prolapso a menudo coexiste con otros trastornos del suelo pélvico (31). De aquellos con prolapso, el 40% tiene incontinencia urinaria de esfuerzo, el 37% tiene vejiga hiperactiva y el 50% tiene incontinencia fecal (32). Los pacientes que informan experimentar cualquiera de estos trastornos también deben ser evaluados para los demás. Las pacientes con prolapso vaginal posterior a veces usan presión manual sobre el perineo o la vagina posterior para ayudar a completar la evacuación de las heces. Además, el POP puede afectar negativamente la actividad sexual, la imagen corporal y la calidad de vida (33).

Cuando se sospecha de POP, se requiere un examen pélvico para caracterizar completamente la ubicación y extensión del prolapso. En primer lugar, se observa la abertura vaginal y el cuerpo perineal mientras la paciente realiza una maniobra de Valsalva. Luego se inserta un espéculo para visualizar el vértice vaginal y se anota la longitud vaginal. Se vuelve a realizar la maniobra de Valsalva y se retira lentamente el espéculo para observar el descenso apical. A continuación, se examinan las paredes vaginales anterior y posterior mientras se retrae la pared opuesta utilizando un espéculo de una

hoja (34). Se pueden tomar medidas y, utilizando el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q) o el sistema de clasificación de Baden-Walker, clasificar la extensión del prolapso. Finalmente, es necesaria la evaluación de infección, hematuria y vaciamiento vesical incompleto. Se debe realizar un examen rectal para evaluar el tono del esfínter. Si no se observa ningún abultamiento, o si el abultamiento observado no se correlaciona con los síntomas del paciente, también se debe examinar al paciente en posición de pie y de esfuerzo (35).

Estadificación del POP - Sistema POP-Q (36).

Pared vaginal anterior:

Punto Aa: Punto ubicado en la línea media de la pared vaginal anterior a 3 cm proximal al meato uretral externo. El rango potencial de posición del punto Aa en relación con el himen es de -3, que indica que no hay POP vaginal anterior, a +3 cm, que es un prolapso completo

Punto Ba: Un punto que representa la posición más distal de cualquier parte de la pared vaginal anterior superior (entre el fórnix vaginal anterior y Punto Aa). El punto Ba coincide con el punto Aa (-3 cm) en una mujer que no tiene POP anterior. En una mujer con POP severo, Ba coincide con el Punto C.

Punto C: un punto en el borde más distal del cuello uterino o en el borde delantero de la cúpula vaginal en caso de histerectomía previa.

Punto D: El fórnix posterior en una mujer que todavía tiene cuello uterino.

Pared vaginal posterior:

Punto Ap: Un punto ubicado en la línea media de la pared vaginal posterior a 3 cm proximal al himen. El rango potencial de posición del punto Ap en relación con el himen es de -3 a +3 cm.

Punto Bp: Punto que representa la posición más distal de cualquier parte de la pared vaginal superior posterior. Corresponde al punto más distal entre el punto Ap y el punto D o cúpula en caso de histerectomía previa.

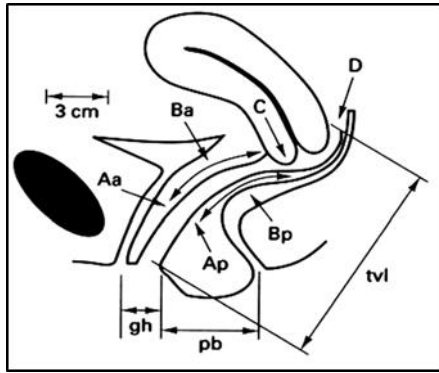


Figura 1. Seis puntos de referencia anatómica (Aa, Ba, C, D, Ap, y Bp) utilizados para cuantificar el sostén de los órganos pélvicos.

De Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J ObstetGynecol 1996; 175:10

La necesidad de una evaluación adicional depende de los síntomas del paciente, la etapa del prolapso y el plan de tratamiento propuesto.

Las mujeres con POP pueden optar por la observación, el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, el uso de un pesario o la cirugía. El objetivo principal de cualquier tratamiento es mejorar los síntomas y, para el manejo conservador, minimizar la progresión del prolapso. La elección del tratamiento depende de las preferencias del paciente; sin embargo, se debe informar a las pacientes con prolapso sintomático que el uso del pesario es una opción no quirúrgica viable (37). Hasta la mitad de las mujeres que se someten a una cirugía de prolapso pueden experimentar incontinencia urinaria de esfuerzo de novo causada por el desdoblamiento de la uretra. En casos de prolapso recurrente o inusual la proctografía de defecación o la resonancia magnética pélvica dinámica pueden ser útiles (38).

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Enfoque: cuantitativo

Finalidad: básica

Alcance: explicativo

Periodo en que se capta la información: retrospectivo

Periodo en que se realiza la investigación: transversal

Tipo de inferencia: hipotético-deductivo

Diseño: no experimental

3.2. Población, muestra y muestreo

Población: se incluyó a toda paciente que recibió tratamiento quirúrgico por prolapso de órganos pélvicos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes entre enero y diciembre del 2021.

Muestra: según el reporte de estadística, entre enero y diciembre del 2021, se realizaron 53 cirugías de POP, al ser una muestra pequeña se consideró necesario incluir a la totalidad de la población para no perder tamaño muestral. Para el emparejamiento se buscaron 53 mujeres que fueron hospitalizadas por otra patología quirúrgica en relación 1/1.

Muestro: no probabilístico por conveniencia.

3.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión para casos

Historia clínica de paciente con POP que ingresó a tratamiento quirúrgico.

Historia clínica de pacientes con POP mayor de 18 años.

Criterios de inclusión para controles

Historia clínica de paciente sin POP que se hospitalizó para tratamiento quirúrgico.

Criterios de exclusión para casos

Historia clínica de paciente con cirugía previa de POP.

Historia clínica con datos incompletos.

Criterios de exclusión para controles

Historia clínica con datos incompletos

3.4. Variables de estudio y su operacionalización

Variable independiente: antecedentes obstétricos

Variable dependiente: prolapso de órganos pélvicos

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala
Antecedentes obstétricos	Antecedes relacionados a la esfera reproductiva de la mujer.	Multiparidad (≥ 3) Embarazo múltiple Episiotomía Parto vaginal Parto instrumentado Macrosomía fetal ($>4000\text{g}$)	Si No	Cualitativo	Nominal
Prolapso de órganos pélvicos	Herniación de los órganos pélvicos hacia o más allá de las paredes vaginales.		Con POP Sin POP	Cualitativo	Nominal

3.5. Métodos, técnicas y procedimientos

Método: observación sistemática

Técnica: revisión documental (historias clínicas)

Procedimiento: se presentó el proyecto al comité revisor de la Universidad de Chiclayo para su aprobación. Una vez obtenida la aprobación por parte de la universidad se cursó una carta al director del hospital solicitando autorización para revisar las historias clínicas de las pacientes previamente seleccionadas. Con la autorización de la dirección del hospital acudimos al área de archivo para obtener las historias clínicas y recopilar la información según nuestra ficha de recolección de datos.

3.6. Análisis y procesamiento de datos

Los datos recopilados fueron ingresados en una matriz del programa Excel para realizar la depuración de participantes con datos incompletos. El análisis descriptivo se presentó mediante tablas de frecuencia para las variables

categorías y por valores centrales con dispersión para las variables numéricas. El análisis inferencial se realizó mediante Chi cuadrado o exacta de Fisher y estimación de OR.

3.7. Consideraciones éticas

Al ser un estudio no experimental, limitado a la recolección de datos mediante evaluación de historias clínicas no hubo riesgo de exposición ni para los pacientes ni el personal investigador. En todo momento se mantuvo en reserva la identificación de los participantes evitando recolectar datos personales no relacionados con el desarrollo de los objetivos. Además, se realizó el adecuado llenado de la información manteniendo la veracidad de los datos.

RESULTADOS

Entre las características generales de las pacientes se observó que la edad promedio fue 49.21 ± 17.66 años. Se encontró procedencia urbana, estado civil casada y grado de instrucción secundaria en 91.5%, 50.0% y 50.0% respectivamente. Entre los factores de estudio se observó parto vaginal en 74.5%, multiparidad en 60.4%, episiotomía en 34.9%, macrosomía en 31.1%, embarazo múltiple en 3.8% y parto instrumentado 0%. Estas características generales pueden observarse en la Tabla 01.

**Tabla 01: Características generales de las pacientes incluidas en el estudio.
Hospital Docente Las Mercedes de Chiclayo - 2021.**

CARACTERÍSTICAS GENERALES		N	%
Prolapso de órganos Pélvicos	Si	53	50.0%
	No	53	50.0%
Edad (media $\pm$ DE)		49.21 ± 17.66	
Procedencia	Urbana	97	91.5%
	Rural	9	8.5%
Estado civil	Soltera	23	21.7%
	Casada	58	54.7%
	Conviviente	25	23.6%
Grado de instrucción	Iletrada	4	3.8%
	Primaria	24	22.6%
	Secundaria	53	50.0%
	Suprior	25	23.6%
Multiparidad	Si	64	60.4%
	No	42	39.6%
Embarazo múltiple	Si	7	6.6%
	No	99	93.4%
Episiotomía	Si	37	34.9%
	No	69	65.1%
Parto vaginal	Si	79	74.5%
	No	27	25.5%
Parto instrumentado	Si	0	0.0%
	No	106	100.0%
Macrosomía	Si	33	31.1%
	No	73	68.9%

Fuente: encuestas realizadas por investigador

Cuando se realiza el análisis bivariado entre mujeres con y sin prolapso de órganos pélvicos se observó que la diferencia fue estadísticamente para el estado civil ($p=0.011$), grado de instrucción ($p<0.001$), multiparidad ($p<0.001$), episiotomía ($p=0.008$), parto vaginal ($p<0.001$) y macrosomía fetal ($p=0.002$); el detalle del presente análisis bivariado se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2: Mujeres con y sin prolapso de órganos pélvicos y antecedentes obstétricos. Hospital Docente Las Mercedes de Chiclayo - 2021.

Características		Con prolapso de órganos pélvicos		Sin prolapso de órganos pélvicos		p
		N	%	N	%	
Procedencia	Urbana	47	88.7%	50	94.3%	0.488*
	Rural	6	11.3%	3	5.7%	
Estado Civil	Soltera	6	11.3%	17	32.1%	0.011 ϕ
	Casada	36	60.4%	22	39.6%	
	Conviviente	11	20.8%	14	26.4%	
Grado De Instrucción	Iletrada	4	7.5%	0	0.0%	<0.001 ϕ
	Primaria	21	39.6%	3	5.7%	
	Secundaria	23	43.4%	30	56.6%	
	Superior	5	9.4%	20	37.7%	
Multiparidad	Si	50	94.3%	14	26.4%	<0.001 ϕ
	No	3	5.7%	39	73.6%	
Embarazo Múltiple	Si	2	3.8%	5	9.4%	0.437*
	No	51	96.2%	46	90.6%	
Episiotomía	Si	25	47.2%	12	22.6%	0.008 ϕ
	No	28	52.8%	41	77.4%	
Parto Vaginal	Si	47	88.7%	32	60.4%	0.001 ϕ
	No	6	11.3%	21	39.6%	
Parto Instrumentado	Si	0	0.0%	0	0.0%	-
	No	53	100.0%	53	100.0%	
Macrosomía	Si	24	45.3%	9	17.0%	0.002 ϕ
	No	29	54.7%	44	83.0%	

*Prueba exacta de Fisher; ϕ Chi cuadrado de Pearson

Con relación a la razón de chances u odds ratio (OR) para cada factor de riesgo, el antecedente de multiparidad (OR = 46.429 IC: 12.460 - 172.999), el antecedente de episiotomía (OR = 3.051 IC: 1.318 – 7.062), el haber tenido parto vaginal (OR = 5.141 IC: 1.868 – 14.148) y haber tenido un bebé macrosómico (OR = 4.046 IC: 1.648 – 9.933) fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$), lo cual se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3: Odds ratio para prolapso de órganos pélvicos según factores de riesgo. Hospital Docente Las Mercedes de Chiclayo - 2021.

Factores		Análisis bivariado		p
		OR	IC 95%	
Multiparidad	Si	46.429	12.460 – 172.999	<0.001 ϕ
	No			
Episiotomía	Si	3.051	1.318 – 7.062	0.008 ϕ
	No			
Parto Vaginal	Si	5.141	1.868 – 14.148	0.001 ϕ
	No			
Macrosomía	Si	4.046	1.648 – 9.933	0.002 ϕ
	No			

ϕ Chi cuadrado de Pearson

DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que la edad promedio de la muestra fue 49.2 ± 17.6 años, este resultado es similar a lo encontrado por Pang H, et al (9) quien reporta una media de 45.1 años. Del mismo modo, Akter F, et al (14) reporta una media de 40.1 ± 9.0 años. La coincidencia de estos resultados se puede entender porque estas edades corresponden a la etapa postfertil, la cual se considera propicia para el desarrollo de POP. Por otro lado, Fonseca R (19) encontró una media de 61.9 ± 5.5 años, este resultado difiere del nuestro y se podría explicar por el nivel de complejidad hospitalaria y el tamaño de la muestra estudiada, además, puede ser que el envejecimiento debilite los músculos y ligamentos pélvicos, lo que contribuye a la posibilidad de prolapso de los órganos pélvicos. Con respecto a la procedencia se encontró predominio marcado de población urbana con 91.5%, Soto F (18), reportó que 51% de su muestra era de procedencia urbana, esta diferencia se puede explicar por la heterogeneidad de la población que acude a los hospitales. Al evaluar el estado civil se encontró predominio de mujeres casada, entre los antecedentes revisados, no se encontró estudio que describa dicha variable, sin embargo, este resultado se puede explicar por el compromiso que asume una pareja frente a la sociedad. Con respecto al nivel educativo se observó predominio de pacientes con al menos estudios de secundaria, al respecto Soto F (18) reporta predominio de pacientes con primaria completa con 36.7% de frecuencia, esta diferencia puede ser secundaria al tipo de población que se incluyó en ambos estudios.

Entre las variables de estudio se encontró que el antecedente de parto vaginal se presentó en 74.5% de la muestra, multiparidad en 60.4%, episiotomía en 34.9%, macrosomía en 31.1% y embarazo múltiple en 3.8%, al respecto, Hakimi S, et al (10) reporta haber encontrado que la edad, número de partos vaginales y la episiotomía se presentaban con mayor frecuencia entre la población de estudio. Esta similitud de resultados permite sostener que los trastornos del piso pélvico se presentan con mayor frecuencia en paciente con factores que producen alteración del tejido conectivo y del tono de la parte muscular que forman el anillo pélvico, además, la práctica de episiotomía puede acarrear daño del esfínter anal con

incontinencia fecal. Con respecto al parto instrumentado nuestro estudio no encontró datos sobre el procedimiento en la revisión de historias clínicas. Sin embargo, Tauma N (17) reporta haber encontrado que el uso de fórceps no influye en el desarrollo de POP ($p>0.05$). Esto se podría explicar porque la instrumentación se aplica sobre las partes fetales y no sobre las partes blandas de la gestante, lo cual no provocaría daño tisular.

Con relación a la fuerza de asociación, el antecedente de multiparidad (OR = 46.429 IC: 12.460 - 172.999), el antecedente de episiotomía (OR = 3.051 IC: 1.318 – 7.062), el haber tenido parto vaginal (OR = 5.141 IC: 1.868 – 14.148) y haber tenido un bebé macrosómico (OR = 4.046 IC: 1.648 – 9.933) mostraron ser factores de riesgo para POP. Tauma N (17) reporta resultados similares para multiparidad (OR = 5.7; $p<0.01$), macrosomía fetal (OR = 2.6; $p<0.05$), parto vaginal (OR = 8.2; $p<0.01$) y episiotomía (OR = 3.5; $p<0.01$). Pang H, et al (9) reportó que la prevalencia de POP aumentó con la edad (OR = 1.34; $p<0.05$) y ser multíparas (OR = 2.78; $p<0.01$). Para Horst W, et al (12) el antecedente de parto vaginal (OR=6.678; IC95% 4.16-10.73) y parto de un recién nacido que pesa más de 4 kg (OR=2.056; IC95% 1.19-3.56) se asociaron con un mayor riesgo de POP. Esto podría deberse a que los partos repetidos debilitan los músculos y ligamentos pélvicos, lo que da como resultado una falta de apoyo para los órganos pélvicos en sus posiciones anatómicas normales.

Dentro de las limitaciones se debe considerar a la baja calidad de información anotada en las historias clínicas. Además, al ser una investigación transversal no se pudo excluir el posible sesgo de información, lo que podría haber afectado la precisión de los datos.

CONCLUSIONES

1. Las pacientes con prolapso de órganos pélvicos que ingresaron al estudio eran predominantemente de procedencia urbana, casadas y con al menos secundaria completa.
2. La frecuencia de multiparidad, episiotomía, parto vaginal, macrosomía y embarazo múltiple fue del 94.3%, 47.2%, 88.7%, 45.3% y 3.8% en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos y del 26.4%, 22.6%, 60.4%, 17.0% y 9.4% en las pacientes sin prolapso de órganos pélvicos respectivamente.
3. Se encontró asociación significativa entre la multiparidad, episiotomía, parto vaginal y macrosomía y el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud se recomienda fomentar el adecuado control prenatal para identificar gestaciones con macrosomía fetal y disminuir la práctica de episiotomías porque se encuentran relacionadas con el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos.
2. A futuros investigadores, se recomienda realizar estudios multicéntricos que permitan trabajar un mayor tamaño muestral, así como, incluir variables como el uso de inductores del parto y el antecedente de histerectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesia C, Smithling K. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician*. 2017; 96(3): 179-185.
2. Vergeldt T, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers K. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2015; 26(11): 1559-73.
3. Maldonado P, Wai C. Pelvic Organ Prolapse: New Concepts in Pelvic Floor Anatomy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016; 43(1): 15-26.
4. Manodoro S, Frigerio M, Cola A, Spelzini F, Milani R. Risk factors for recurrence after hysterectomy plus native-tissue repair as primary treatment for genital prolapse. *Int Urogynecol J*. 2018; 29(1): 145-151.
5. Rappa C, Saccone G. Recurrence of vaginal prolapse after total vaginal hysterectomy with concurrent vaginal uterosacral ligament suspension: comparison between normal-weight and overweight women. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 215(5): 601.e1-601.e4.
6. Rodríguez N, Martínez E, Aguado J, Sánchez E, Amat L. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence, do they share the same risk factors? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015; 190: 52-7.
7. Raju R, Linder BJ. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. *Mayo Clin Proc*. 2021; 96(12): 3122-3129.
8. Tsiapakidou S, Nygaard C, Falconi G, Pape J, Betschart C, Doumouchtsis S; CHORUS: An International Collaboration for Harmonising Outcomes, Research and Standards in Urogynaecology and Women's Health (i-chorus.org). Systematic review and appraisal of clinical practice guidelines on pelvic organ prolapse using the AGREE II tool. *Neurourol Urodyn*. 2021; 40(6): 1402-1413.
9. Pang H, Zhang L, Han S, Li Z, Gong J, Liu Q, Liu X, Wang J, Xia Z, Lang J, Xu T, Zhu L. A nationwide population-based survey on the prevalence and risk factors of symptomatic pelvic organ prolapse in adult women in China - a pelvic organ prolapse quantification system-based study. *BJOG*. 2021 Jul;128(8):1313-1323
10. Hakimi S, Aminian E, Mohammadi M, Mohammad Alizadeh S, Bastani P, Houshmandi S. Prevalence and Risk Factors of Urinary/Anal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Healthy Middle-Aged Iranian Women. *J Menopausal Med*. 2020 Apr;26(1):24-28.
11. 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.
12. Horst W, do Valle JB, Silva JC, Gascho CLL. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. *Int Urogynecol J*. 2017 Aug;28(8):1165-1170.

13. Isik H, Aynioglu O, Sahbaz A, Selimoglu R, Timur H, Harma M. Are hypertension and diabetes mellitus risk factors for pelvic organ prolapse? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Feb;197:59-62.
14. Akter F, Gartoulla P, Oldroyd J, Islam RM. Prevalence of, and risk factors for, symptomatic pelvic organ prolapse in Rural Bangladesh: a cross-sectional survey study. *Int Urogynecol J.* 2016 Nov;27(11):1753-1759.
15. 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.
16. Aytan H, Tok EC, Ertunc D, Yasa O. The effect of episiotomy on pelvic organ prolapse assessed by pelvic organ prolapse quantification system. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Feb;173:34-7.
17. Tauma N. Antecedentes obstétricos como factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en el hospital I la Esperanza. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2021.
18. Soto F. Factores asociados a prolapso genital femenino en el Hospital Regional del Cusco, 2017-2019. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Cusco. Universidad Nacional San Antonio de Abad. 2020.
19. Fonseca R. Episiotomía como factor de riesgo de prolapso de órgano pélvico. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2018.
20. DeLancey J. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016; 28(5): 420-9.
21. Wu J, Vaughan C, Goode P. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol.* 2014;123(1):141–148
22. Cassadó J, Wong V, Shek K, Dietz H. Can we identify changes in fascial paravaginal supports after childbirth? *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015; 55(1): 70-5.
23. Weintraub A, Gliner H, Marcus N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020 Jan-Feb; 46(1): 5-14.
24. Dietz H. Pelvic organ prolapse - a review. *Aust Fam Physician.* 2015 Jul; 44(7): 446-52.
25. Arenholt L, Pedersen B, Glavind K, Glavind M, DeLancey J. Paravaginal defect: anatomy, clinical findings, and imaging. *Int Urogynecol J.* 2017; 28(5): 661-673.
26. Samimi P, Jones S, Giri A. Family history and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2021; 32(4): 759-774.
27. Cattani L, Decoene J, Page A, Weeg N, Deprest J, Dietz H. Pregnancy, labour and delivery as risk factors for pelvic organ prolapse: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2021; 32(7): 1623-1631

28. Van Geelen H, Ostergard D, Sand P. A review of the impact of pregnancy and childbirth on pelvic floor function as assessed by objective measurement techniques. *Int Urogynecol J*. 2018 Mar; 29(3): 327-338.
29. Gillor M, Saens P, Dietz H. Demographic risk factors for pelvic organ prolapse: Do smoking, asthma, heavy lifting or family history matter? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 Jun; 261: 25-28
30. Laganà A, La Rosa V, Rapisarda A, Vitale S. Pelvic organ prolapse: the impact on quality of life and psychological well-being. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018 Jun ;39(2): 164-166.
31. Tan Y, Gillor M, Dietz H. Abdominal pressure and pelvic organ prolapse: is there an association? *Int Urogynecol J*. 2022 Feb; 33(2): 337-342.
32. Jo H, Baek J, Park J, Park J, Jo I, Choi W, et al. Clinicopathologic characteristics and treatment patterns of pelvic organ prolapse in South Korea. *Pan Afr Med J*. 2019 Sep 6; 34: 14.
33. Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health*. 2018 Jul; 63(4): 410-417.
34. Basnet R. Impact of pelvic floor muscle training in pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2021 Jun; 32(6): 1351-1360.
35. Naldini G, Fabiani B, Sturiale A, Simoncini T. Complex pelvic organ prolapse: decision-making algorithm. *Int J Colorectal Dis*. 2019 Jan; 34(1): 189-192.
36. Ostrzenski A. Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system needs revision or abandonment: The anatomy study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 Dec; 267: 42-48.
37. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4).
38. Baessler K, Christmann C, Maher C, Haya N, Crawford T, Brown J. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 19; 8(8): CD013108.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A PACIENTES OPERADAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES EN EL AÑO 2021

Ficha N°: _____

Con POP

☐

Sin POP

☐

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: _____ años

Procedencia:

Urbana	Rural	Urbano marginal
--------	-------	-----------------

Estado civil:

Soltera	Casada	Conviviente
Divorciada		

Grado de instrucción:

Iletrada	Primaria	Secundaria
Superior		

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Multiparidad (≥ 3)	Si ()	No ()
Embarazo múltiple	Si ()	No ()
Episiotomía	Si ()	No ()
Parto vaginal	Si ()	No ()
Parto instrumentado	Si ()	No ()
Macrosomía fetal ($>4000g$)	Si ()	No ()

ANEXO 2
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimado:

Director ejecutivo del Hospital Docente Las Mercedes de Chiclayo.

Yo, Palacios Apaéstegui Miguel Ángel, identificado con DNI 73527614 ante usted me dirijo respetuosamente donde presento y expongo:

Que siendo requisito indispensable para optar el grado académico de bachiller de la escuela profesional de medicina realizar un proyecto de investigación, es que solicito a usted la autorización para ejecutar la evaluación perteneciente a dicha investigación titulada “ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A PACIENTES OPERADAS DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES EN EL AÑO 2021”. Se aplicará los instrumentos de estudio: una ficha de recolección de datos.

Sin otro en particular me despido de usted, no sin antes agradecer de su apoyo brindado.

Atentamente

Chiclayo, ____ de ____, 2022.

Nº 016 / 22

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autoriza a:

**MIGUEL ÁNGEL
PALACIOS APAÉSTEGUI**

Estudiante de la Universidad Particular de Chiclayo; Para que realice su proyecto de Investigación Titulado: *"Antecedentes Obstétricos Asociados a pacientes operadas de prolapso de Órganos pélvicos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2021"*, en el Departamento de Gineco - Obstetricia de este nosocomio, debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Abril 2022

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
HOSPITAL "LAS MERCEDES" - CHICLAYO
[Firma]
Dr. Javier Antonio Serrano Hernández
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 18199 - R.N.E. 0462

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP REG DOC "LAS MERCEDES" CH.
[Firma]
Lic. Mayra M. Medina Rojas
C.E. 14515
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación