



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“COMPLICACIONES DEL PROLAPSO GENITAL EN
MULTÍPARAS.**

RIOBAMBA, 2020- 2021”

Trabajo de Titulación para optar al título de MÉDICO GENERAL

Autor:

Tierra Totoy, Evelyn Lizeth

Tutor:

Dra. Mónica Inca

Riobamba, Ecuador. 2022

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Evelyn Lizeth Tierra Totoy, con cédula de ciudadanía 0605742337, autora del trabajo de investigación titulado: “Complicaciones del prolapso genital en multíparas. Riobamba, 2020- 2021”, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 06 de Junio 2022.



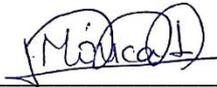
Evelyn Lizeth Tierra Totoy

C.I: 0605742337

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Mónica Patricia Inca Rea catedrático adscrito a la Facultad de Ciencia de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **“Complicaciones del prolapso genital en múltiparas. Riobamba, 2020- 2021”**, bajo la autoría de Tierra Totoy Evelyn Lizeth por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 27 días del mes de Julio de 2022.



Dra. Mónica Patricia Inca Rea

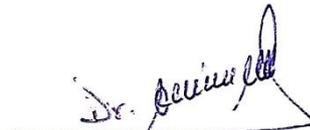
C.I: 0603240565

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación “**Complicaciones del prolapso genital en multíparas. Riobamba, 2020- 2021**”, por Tierra Totoy Evelyn Lizeth, con cédula de identidad número 0605742337, bajo la tutoría de Dra. Mónica Patricia Inca Rea; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 11 de Agosto de 2022

Presidente del Tribunal de Grado
Dr. Wilson Nina Mayancela



Firma

Miembro del Tribunal de Grado
Dra. Mónica A Caiza



Firma

Tutor científico
Dra. Mónica Inca Rea



Firma

CERTIFICADO ANTIPLAGIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 24 de julio del 2021
Oficio N° 244-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2021

Dr. Patricio Vásconez Andrade
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Dra. Mónica Patricia Inca Rea**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 141201605	Complicaciones del prolapso genital en multiparas. Riobamba, 2020-2021	Evelyn Lizeth Tierra Totoy	11	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente
por CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.07.24
23:20:30 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

DEDICATORIA

A mis padres: Fanny y Marcelo

Quienes son un pilar fundamental en mi vida y me han dado la oportunidad de progresar, me han enseñado que cada esfuerzo tiene su recompensa y por cada sueño hay que esforzarse para hacerlo realidad, me han acompañado en cada uno de mis pasos y siempre me han apoyado en cada anhelo que me he propuesto.

A mi hija: Arlette Renata Amaguaya

Quien es mi inspiración para lograr cada meta anhelada, me ha enseñado lo frágil que es la vida y como una personita puede cambiar mi mundo con su existencia, es mi felicidad y mi razón de ser desde el primer momento que escuche su llanto, mi punto más débil y a la vez mi mayor fortaleza.

A mi abuelita: María Tierra

Quien fue mi primera maestra, mi compañía, mi ejemplo de lucha y que si me propongo algo debo lograrlo, nada debe quedar incompleto, me inculco valores y desde hace tres años se convirtió en mi ángel que ha guiado mis pasos y estoy segura de que estará feliz por este logro alcanzado.

A mis hermanos: Estefany y Andy

Que son mis amigos, un apoyo incondicional, y que siempre han estado pendiente de mí y me han impulsado a lograr cada objetivo propuesto.

A mi pareja: Jhonny Amaguaya

Es una gran persona que desde que llego a mi vida me ha apoyado y me ha enseñado a vivir la vida y disfrutarla, a no frustrarme si algo no sale bien a la primera sino intentarlo hasta lograrlo.

En fin, este trabajo de investigación va dedicado a cada una de las personas que me han apoyado e impulsado para hacer realidad esta meta que fue un sueño de niña y en ocasiones se volvió inalcanzable.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la vida, acompañado a lo largo de mi vida estudiantil, por ser mi luz en el camino y darme la sabiduría para lograr mis objetivos

A mi honorable asesora de tesis y maestros quienes han sido modelos de sabiduría, por su desinteresada labor de transmisión de enseñanza y su entusiasmo para la elaboración de este trabajo.

A la Universidad Nacional de Chimborazo por ser fuente de enseñanza y de mi formación profesional

A mi familia que siempre han sido un apoyo incondicional a lo largo de mi vida personal y estudiantil.

ÍNDICE GENERAL

Págs.

DECLARATORIA DE AUTORÍA	
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
1. CAPÍTULO I. INTRODUCCION	14
1.1 Planteamiento del problema.....	15
1.2 Objetivos de la Investigación.....	16
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Suelo Pélvico	17
2.1.1. Músculos del Suelo Pélvico.....	17
2.2. Prolapso Vaginal.....	19
2.3. Clasificación según el elemento anatómico prolapsado	20
2.4. Factores de riesgo-etilogía:	21
2.5. Síntomas del prolapso de órganos pélvicos	22
2.6. Posibles tratamientos para el manejo del prolapso de órganos pélvicos	24
2.6.1. Tratamiento conservador	24
2.7. Relación entre la Paridad y prolapso de órganos pélvicos.....	25
3. CAPÍTULO III. METODOLOGIA	26
3.1 Tipo de Investigación	26
3.2 Diseño de la investigación	26
3.3. Población de estudio y tamaño de la muestra	27
3.3.1 Población	27
3.3.2 Muestra	27

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	27
3.5 Técnicas para el Análisis e Interpretación de los Resultados.....	28
3.6. Hipótesis.....	28
3.7 Operacionalización de variables.....	28
4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4.1 Incidencia del prolapso genital femenino en mujeres multíparas del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	30
4.2 Factores de riesgo asociados a casos de prolapso genital femenino y su relación con los partos céfalo vaginal en mujeres multíparas atendidas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	34
4.3 Lineamientos para prevención de prolapsos genitales como forma de mejorar la calidad de vida de las mujeres multíparas con partos céfalo vaginal.....	42
5. CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
5.1 Conclusiones.....	45
5.2 Recomendaciones	46
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
7. ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 2.1: Estado de descenso de los compartimentos.....	21
Tabla 3-1: Matriz de operacionalización de variable	28
Tabla 4.1: Distribución de frecuencias que relaciona la Etiología con el tipo de parto	30
Tabla 4.2: Distribución de frecuencias para la variable categórica Etiología	31
Tabla 4.3: Cruce de información por etiología y tipo de parto.....	33
Tabla 4.4: Distribución de Frecuencias para la variable Edad en mujeres multíparas	34
Tabla 4.5: Distribución de Frecuencia para la cantidad de hijos por parto vaginal	35
Tabla 4.6: Distribución de Frecuencias para el Índice de Masa Corporal (IMC)	36
Tabla 4.7: Distribución de Frecuencia para cirugía previa de suelo pélvico.....	37
Tabla 4.8: Distribución de Frecuencia para las complicaciones en mujeres multíparas con tipologías de prolapso vaginal	38
Tabla 4.9: Distribución de frecuencia para la atención hospitalaria.....	39
Tabla 4.10: Distribución de Frecuencia para los posibles antecedentes de incidencia médica para desarrollar prolapso vaginal en mujeres multíparas	40

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 2.1: Músculos del suelo pélvico.....	18
Figura 4.1: Grafico de distribución de frecuencia porcentual para la variable categórica etiología	32
Figura 4.2: Frecuencia observada de casos para etiología por tipo de parto.....	33
Figura 4.3: Distribución de números de hijos en mujeres multíparas	36
Figura 4.4: Distribución de previas intervenciones quirúrgicas (cirugía) del suelo pélvico.	38
Figura 4.5: Distribución de las complicaciones que provocan tipologías del prolapso vaginal femenino	39
Figura 4.6: Distribución muestral en las atenciones de las pacientes femeninas multíparas con las tipologías de prolapso vaginal	40
Figura 4.7: Distribución de los antecedentes médicos que inciden en las tipologías del prolapso vaginal femenino.....	41

RESUMEN

El estudiar la dinámica en torno al prolapso genital femenino visto como consecuencia del parto vaginal en mujeres multíparas, representa una situación importante con mucha frecuencia en mujeres que ha pasado del período máximo de la procreación; y por tanto, a esa edad la mujer está proclive de presentar enfermedades circulatorias, metabólicas, y regresivas, incidiendo en aumentos significativos de las complicaciones producto del embarazo y respectivo parto, yacente en altas probabilidades de afecciones en el suelo pélvico que deriva en la ocurrencia de prolapso vaginal. En virtud de tales argumentaciones, se enfocó en ejecutar un estudio sobre la base las historias médicas en el Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021; con el objetivo de determinar el comportamiento con base en un estudio descriptivo correlacional a una muestra de 165 pacientes con dicha patología que cumplieran los criterios de inclusión en la investigación determinándose prevalencia en torno a la tipología de prolapso vaginal tipo Cistocele o hernia de vejiga como consecuencia de cesárea (16.42%) y como consecuencia del parto vaginal con una alta correlación (63,68%) para desarrollar este tipo de prolapso vaginal. Se puede generalizar que la incidencia del prolapso vaginal en sus diferentes tipologías se encuentra encabezada por parto vaginal (80.10%), le sigue la cesáreas (18.41%) y por último, no presentó antecedentes de partos pero caracterizada por la avanzada edad sin hijos que desarrollaron prolapso vaginal (1.49%). Además, los factores de riesgos asociados se encuentran enlistados: Edad, cantidad de hijos tenidos por parto vaginal, índice de masa corporal, antecedentes de cirugías previas al suelo pélvico y al levantamiento excesivo de peso. Donde la principal propuesta recomendada es la práctica de los ejercicios de Kegel.

Palabras claves: Prolapso Vaginal, Parto, Multíparas, Suelo Pélvico, Cistocele, Cesareas, Ejercicios Kegel.

ABSTRACT

Studying the dynamics around female genital prolapse seen as a consequence of vaginal delivery in multiparous women, represents an important situation very often in women who have passed the maximum period of procreation; and therefore, at that age the woman is prone to presenting circulatory, metabolic, and regressive diseases, influencing significant increases in complications resulting from pregnancy and respective childbirth, lying in high probabilities of conditions in the pelvic floor that derives in the occurrence of vaginal prolapse. By virtue of such arguments, it focused on executing a study based on the medical records at the IESS General Hospital of Riobamba of the Ecuadorian Institute of Social Security, during the period concerning the years 2020 to 2021; with the objective of determining the behavior based on a descriptive correlational study of a sample of 165 patients with said pathology who met the inclusion criteria in the investigation, determining prevalence around the type of vaginal prolapse type Cystocele or bladder hernia as a consequence cesarean section (16.42%) and as a consequence of vaginal delivery with a high correlation (63.68%) to develop this type of vaginal prolapse. It can be generalized that the incidence of vaginal prolapse in its different typologies is headed by vaginal delivery (80.10%), followed by cesarean sections (18.41%) and lastly, there was no history of childbirth but characterized by advanced age without children who developed vaginal prolapse (1.49%). In addition, the associated risk factors are listed: Age, number of children delivered vaginally, body mass index, history of previous pelvic floor surgeries and excessive weight lifting. Where the main recommended proposal is the practice of Kegel exercises.

Keywords: Vaginal Prolapse, Childbirth, Multiparas, Pelvic Floor, Cystocele, Cesareans, Kegel Exercises.



Firmado electrónicamente por:
**ALISON TAMARA
VARELA PUENTE**

Revisado por el docente: Alison Tamara Varela Puente

CI: 0606093904

1. CAÍTULO I. INTRODUCCION

El parto vaginal se define como una expulsión del feto maduro más la placenta desde la cavidad uterina a través del canal vaginal hacia el exterior.

Al hablar de suelo pélvico se hace referencia a una unidad anatómica compleja y funcional, musculo – aponeurótica, que se encuentra ubicada en la cavidad pélvica. Esta unidad cumple grandes funciones entre las cuales se encuentra la bipedestación, la presión intrabdominal y sustentación de los órganos abdomino pelvianos, también contribuye en la respuesta sexual y su gran distensión al momento del parto, por lo que en ocasiones se ve afectado por este proceso (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018), (American College of Obstetricians and Gynecologists , 2019).

Un prolapso vaginal se define como un descenso ya sea total o parcial de todos o de algunos de los órganos ya sea a través de la cavidad vaginal o por debajo de ella: entre los órganos tenemos la uretra, vejiga, útero y recto, también se debe tener en cuenta que en ocasiones las distrofias vulvares son formas de expresar el envejecimiento y no se debe tomar como consecuencia de un déficit estrogénico (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018), (Sascha F. M., et al., 2022).

Haciendo referencia a los datos estadísticos, en varios países de nuestro continente existe gran prevalencia de esta patología como por ejemplo en Brasil que tenemos un 52,3%, nuestro vecino país Colombia 23,19%, son datos alarmantes y debemos tener en cuenta que hasta un 57% de los casos son asintomáticos (Espitia de la Hoz FJ, 2016). En nuestro país según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2014 existieron un total de 4622 egresos hospitalarios cuya causa de hospitalización fue un prolapso genital femenino, de esta cifra alrededor de 2979 casos fueron en mujeres de un rango de edad de 35-64 años, y las provincias que mayores casos reportaron fueron Guayas, Manabí, Loja, El Oro y Azuay (Lugmaña, G., 2014).

Si se hace referencia a los factores etiológicos de esta afección en las mujeres debemos decir que es multifactorial sin embargo un factor principal y que aumenta el riesgo de incidencia de 4 a 11 veces más es un parto vaginal y más aún si la mujer presenta

multiparidad puesto que este factor influye con tipos más avanzados de prolapsos genitales, esto se da debido a que los partos pueden darse de manera prolongada o precipitada evitando de esta manera un adecuado relajamiento de las estructuras que conforman la anatomía pélvica (Sascha F. M., et al., 2022).

Existen estudios que plantean a los partos vaginales como un principal riesgo para el desarrollo de los prolapsos genitales en mujeres y este riesgo se eleva aún más cuando la mujer es múltipara, estas situaciones ponen en peligro su calidad y estilo de vida limitando a las actividades diarias e incluso en el ámbito sexual de las mismas, generando de este modo problemas de depresión y otros psicológicos e incluso llevar a la incapacidad de quien la padece (Domínguez, M., et al. , 2020).

Por lo tanto, el propósito de este trabajo de investigación es identificar los factores que provocan un prolapso genital en una mujer múltipara que ha presentado partos vaginales, y de esta manera buscar lineamientos que mejoren la calidad de vida en este tipo de pacientes.

1.1 Planteamiento del problema

Un prolapso genital es un problema que afecta de manera compleja a una mujer que se da por el descenso o desplazamiento de las estructuras que se encuentran en la pelvis afectando la funcionalidad de la misma, lo cual desencadena alteraciones funcionales que afectan al estilo de vida de la mujer afectándola en aspectos como actividades físicas, vida social y sexual, ocasionando grandes limitaciones (Sego, 2018).

Este problema crece más aun cuando se ve asociado a factores como la multiparidad, puesto que el parto vaginal en ocasiones suele ser prolongado y no es preparado de manera adecuada, en ocasiones se realiza partos instrumentados aumentando aún más el riesgo de daños en el suelo pélvico y su posterior disfunción lo que puede terminar en un prolapso genital.

En nuestro país en ocasiones se pasa desapercibido esta patología debido a que la sintomatología que presentan es variable por lo que implica un examen físico que en

ocasiones no descubre esta afección, sin tomar en cuenta que cierto grupo de mujeres son asintomáticas y no consultan por esta afección.

Es por esto que se plantea la pregunta: ¿Cómo se asocia el prolapso genital femenino y el parto cefalovaginal en mujeres multíparas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 2020-2021?

1.2 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Determinar las causas prevalentes para que se dé un prolapso genital femenino en los partos céfalo vaginales en mujeres multíparas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 2020-2021.

Objetivos Específicos

- Conocer la incidencia de prolapso genital femenino en aquellas mujeres multíparas que han presentado parto céfalo vaginal en el del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 2020-2021
- Identificar los factores de riesgo asociados a casos de prolapso genital femenino y su relación con los partos céfalo vaginal en mujeres multíparas atendidas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- Desarrollar lineamientos para prevención de prolapsos genitales como forma de mejorar la calidad de vida de las mujeres multíparas con partos céfalo vaginal.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1.Suelo Pélvico

El prolapso de órganos pélvicos (POP) femenino es una condición subyacente que ocurre con frecuencia y con mayor probabilidad para mujeres multíparas, siendo esta condición de disfunción la que se encuentra enfocada en el suelo pélvico. Según (American College of Obstetricians and Gynecologists , 2019), el suelo pélvico representa una compleja unidad anatómica y funcional situada en la parte inferior de la cavidad pélvica; ésta tiende a conservar el equilibrio entre bipedestación, presión intra abdominal y sustentación de los órganos abdomino pelvianos.

Obviamente, el suelo pélvico presenta significativos aportes a las funciones relacionadas con la respuesta sexual y su gran distensión al momento del parto; donde cualquier alteración de la interacción adecuada de los elementos que lo forman, inciden en el comportamiento normal de la mujer presentándose sintomatologías que en la mayoría de los casos se encuentran combinadas con ciertos inconvenientes: incontinencias urinaria y fecal, prolapsos genitales, dolor pélvico crónico y disfunción sexual, entre otras (Obregón, Y. L. y Saunero, A., 2009).

Tomándose en consideración lo plasmado por (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018), la estructura del suelo pélvico ha de estar conformada por conjuntos de estructuras musculares y aponeuróticas que se fijan a la pelvis ósea y forman el sostén en el que se apoya el contenido abdominal compensando con sus características elásticas los vectores de presión, además se encuentra ubicado de modo que permite paso de órganos digestivos, urinarios y reproductores. En este punto, según la cantidad de embarazos y partos se presenta agotamientos progresivos de la resistencia y elasticidad de sus distintos componentes, aunado a esto a los múltiples sobreesfuerzos cotidianos que ocasiona distintas agresiones de la integridad anatómica funcional de este sostén en forma de hamaca.

2.1.1. Músculos del Suelo Pélvico

Según (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018), se establecen las siguientes estructuras musculares del suelo pélvico:

Plano profundo. Músculo elevador del ano, isquiococcígeos, piramidal de la pelvis. Principal soporte de las vísceras pélvicas y su contracción provoca que se desplacen en sentido antero craneal. Interviene en la continencia anal activa y pasiva. Las inserciones de los elevadores del ano forman la hendidura urogenital donde se emplazan los hiatos pélvicos y con sus expansiones alrededor de la uretra, actúan como un segundo esfínter durante los aumentos de presión abdominal y la interrupción voluntaria del chorro miccional.

Plano medio. Aponeurosis perineal media, músculo transverso profundo y el esfínter externo de la uretra. El esfínter externo mantiene una contracción permanente controla la continencia urinaria y además en su condición voluntaria y relajada permite el acto miccional.

Plano superficial. Contiene los músculos isquio-cavernosos, bulbo-cavernosos y transversos superficiales. Estos tres planos se cruzan en el núcleo fibroso central del periné, una zona de tejido conjuntivo muy resistente donde se inserta, al menos de forma parcial, el conglomerado de musculatura pélvica para facilitar su trabajo sinérgico.

Figura 2.1: Músculos del suelo pélvico



Fuente: (Clínica de Fisioterapia y Audiología Ciudad Alta SLU, 2012)

El Suelo Pélvico lo conforman la fascia endopelviana, el diafragma pelviano y el diafragma perineal. En lo que respecta a la musculatura perineal presenta categóricamente funciones definidas y cuenta con un sinergismo muy elevado con la musculatura de la pared abdominal (Sascha F. M., et al., 2022). Esta última constituida por los músculos: rectos del abdomen, oblicuos externo e interno y transversos del abdomen (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018).

Además, las clasificaciones histológicas de los músculos del suelo pélvico se centran en músculos estriados que conservan distintas tipologías de fibras musculares, siendo el elevador del ano y los músculos periuretrales los que se encuentran compuestos por el 70 % de fibras de tipo I (caracterizadas por ser fibras lentas) y el 30 % por fibras del tipo II (caracterizadas por ser de fibras rápidas).

Estos músculos presentan funciones muy importantes que se encuentran centradas en: ofrecer soporte a las vísceras pélvicas, intervenir en los mecanismos esfínterianos uretral y anal, incidir en la progresión del feto durante el parto; y en esencia, todo lo relacionado con los procesos de la sexualidad (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018).

En este sentido, las posibles lesiones o debilidades en los elementos que conforman el suelo pélvico inclina a la mujer a una enumeración de distintas patologías: incontinencia urinaria (IU), incontinencia fecal (IF), disfunción del vaciado vesical, síndrome de defecación obstructiva, disfunción sexual y el POP (Sascha F. M., et al., 2022).

2.2.Prolapso Vaginal

En el prolapso de órganos pélvicos (POP) femenino, específicamente el relacionado con el prolapso genital femenino representa una lesión del soporte anatómico o el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos.

Por ende, se puede establecer la definición del prolapso vaginal según (Sascha F. M., et al., 2022), como el descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella (uretra, vejiga, útero y recto); así como también, las distrofias

vulvares, son expresiones del proceso de envejecimiento y no consecuencias del déficit estrogénico y su frecuencia de aparición es variable (Sascha F. M., et al., 2022).

2.3. Clasificación según el elemento anatómico prolapsado

Según (Sascha F. M., et al., 2022), la clasificación según elemento anatómico prolapsado se centra en: Uretrocele, cistocele o colpocele anterior, rectocele o colpocele posterior, enterocele o descenso del saco de Douglas, prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal, prolapso rectal.

Los síntomas del POP son variados, en la práctica clínica se encuentran pacientes, en los cuales la mayor evidencia de incidencia de más de una componente que se encuentra combinada con más de un síntoma. Todos los síntomas, excepto el desgarro perineal, presenta en el género femenino la impresión de un peso de masa o bola salida a través de la vagina. Es, por tal afirmación, que (Sascha F. M., et al., 2022) afirma: “Los síntomas del prolapso están en relación directa con la sensación de salida de cada víscera”.

De igual importancia, según la revisión bibliográfica, se puede enfatizar que durante varios años, los ginecólogos han empleado diferentes tipos de clasificaciones para referirse a las tipologías de prolapso con sus diferentes magnitudes. Por lo que, para el año 1996 la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) publicó una estandarización POP-Q sobre la terminología del POP, con la finalidad de que fuese una clasificación reproducible y fácil de aprender, y de esta manera lograr extenderla a las especialidades de piso pélvico y ginecólogos.

Por otra parte, desde el año 2006, con el fin de simplificar la clasificación, se publicó una modificación. Y de allí, es en el año 2010 que la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) junto con la International Urogynecological Association (IUGA) consensuaron la clasificación POP-Q realizada inicialmente en el año 1996, precisando de manera espontánea los cinco grados (Sascha F. M., et al., 2022).

Según (Tola, E. et al., 2018), esta Clasificación POP-Q evita el uso de terminologías como cistocele o rectocele. En efecto, en sustitución de estas terminologías se asigna denotaciones, con registros de valores en cuadrícula que contenga referidos los dos puntos

de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), dos puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix (C), un punto en relación al fórnix posterior (D) y además, fija medición de la longitud vaginal total (tv1), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb). Con estos registros de valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical; estos serán:

Tabla 2.1: Estado de descenso de los compartimentos

Estadio	Descripción de descenso
0	Cuando no hay descenso.
I	El descenso sea 1 cm por sobre el himen.
II:	El descenso es +/- 1cm del himen.
III	Cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2 cm de la longitud vaginal.
IV	Cuando se está frente a una procidencia completa.

Fuente: (Tola, E. et al., 2018)

La calificación anterior, asume pretensión de estandarizar los criterios en materia de prolapso, al sustituir los conceptos de cistocele, rectocele, enterocele y unión uretrovesical. Adicionalmente, optimar la evaluación del prolapso genital que permita unificar comparativamente las publicaciones de los diferentes centros especializados.

2.4. Factores de riesgo-etilogía

Los factores etiológico son variados como causa probable del prolapso, además de la coexistencia e interrelación de varios factores causales más o menos evidentes y con frecuencia cotidianamente adquirida por la condición de embarazo y múltiple parto vaginal, tal como se concluye en (Pomian, A., et al., 2016) que las mujeres nulíparas, que son las mujeres que tuvieron un único parto vaginal presentan un nivel de riesgo 4 veces para desarrollar POP, a diferencia de las mujeres que tuvieron 2 partos vaginales que tienden a desarrollar un riesgo mayor de 8,4 veces de desarrollar POP.

No obstante, existen otros factores como: Edad, presión intra abdominal aumentada de modo crónica, obesidad, constipación crónica, tos crónica, levantar cargas pesadas en forma repetitiva, menopausia e hipoestrogenismo, trauma, factores genéticos, raza, enfermedades

músculo esqueléticas, neuromusculares (esпина bífida) y del tejido conectivo (Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan), hábito de fumar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pelvis de diámetro largo y cirugías previas con disrupción del soporte natural (cirugía de prolapso, histerectomía, entre otros). Otros orígenes con menor prevalencia son: la macrosomía, segunda etapa del parto prolongada, episiotomía, laceración del esfínter anal, analgesia epidural, fórceps y uso de oxitocina (Tola, E. et al., 2018).

Eventualmente existen factores de riesgo congénitos, estos se encuentran relacionados con la mala calidad del tejido conjuntivo o las anomalías óseas de la pelvis; siendo esta situación tendiente a desplazar las fuerzas de presión abdominal hacia la zona anterior del periné, que no está preparada para tolerar presiones de esta naturaleza. En complemento, investigaciones desarrolladas por (Blomquist JL., et al., 2018), (Handa VL., et al., 2019), (Lovejoy DA., et al., 2019) y (Nygaard IE., et al., 2021), plasman factores de riesgo adquiridos: la menopausia, herencia genética, cirugías pélvicas, esfuerzos repetidos, el embarazo y el parto, destacándose que riesgo subyace en el nivel o tipo de pujo, la posición durante el periodo expulsivo, el empleo de episiotomía, fórceps o ventosas, el elevado peso del feto, el perímetro cefálico mayor de 35 cm y el cantidad de embarazos presentados.

2.5. Síntomas del prolapso de órganos pélvicos

Los síntomas pueden variar según el grado y disposición del paciente; por tanto, según (Cattani L, et al., 2021) estos puede referirse a:

Síntomas genitales. Sensación de cuerpo extraño en el introitovaginal o de tumoración en genitales externos.

Síntomas urinarios: Aumento de la frecuencia y urgencia miccional, dificultad de vaciado, sensación de vaciado incompleto e IUE o asociada a la sensación de urgencia (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018).

Síntomas miccionales irritativos (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018), (Vergeldt, TF., et al., 2015). Polaquiuria, urgencia y nicturia. Las etapas avanzadas del prolapso genital tienen incontinencia de urgencia por inestabilidad del detrusor,

desconociendo la causa por la que se produce; se resuelve con la corrección quirúrgica en 17 a 85 % de las pacientes.

Retención urinaria (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018), (Vergeldt, TF., et al., 2015). Los grados intensos del POP cursan con arrugamiento y obstrucción de la uretra conforme la vejiga se hernia progresivamente. La obstrucción se acentúa durante el pujo. Se presenta disminución del flujo máximo de orina y aumento de la orina residual. En este punto, la micción incompleta puede predisponer a la infección de vías urinarias, hiperactividad del detrusor y disminución de la elasticidad vesical lo que conlleva el riesgo de reflujo uretral y daño renal.

Síntomas ano rectales (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018). Defecación obstructiva (necesidad de excesivo esfuerzo para defecar, sensación de evacuación incompleta del recto, sensación de bloqueo u obstrucción anal, necesidad de maniobras manuales en vagina, ano o periné para completar la defecación y dolor con la defecación e incluso IF.

Dificultad defecatoria y desimpactación (Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP., 2018), (Hsiao, S.M. & Lin, H.H., 2018). El vaciamiento difícil del recto, el tenesmo, la necesidad de desimpactación y la estimulación digital rectal son frecuentemente los síntomas más considerables del rectocele. La desimpactación a través de la vagina o del periné se realiza para reducir manualmente el reservorio rectal.

Síntomas sexuales. Dispareunia y dificultad coital.

Disfunción sexual (Hsiao, S.M. & Lin, H.H., 2018). Los trastornos de la función sexual son síntomas habituales en mujeres con POP, sin embargo, debe existir diagnóstico que diferencie la patología disfunción sexual originada por otras causas médicas.

2.6. Posibles tratamientos para el manejo del prolapso de órganos pélvicos

Según los aportes de (Rahkola-Soisalo, P., et al., 2019), (Jelovsek JE., et al., 2018) y (Kato, K., et al. , 2021) esta patología puede ser tratada de modo conservador y/o quirúrgico. El tratamiento quirúrgico tiende a depender del estadio, sintomatología y del trastorno que pueda causar a la vida social de las pacientes femeninas que pongan en detrimento su calidad de vida.

En las etapas I y II, las pacientes no son sintomáticas, no requieren de tratamiento, a excepción de los ejercicios de Kegel.

En cuanto al posible tratamiento quirúrgico:

- Las pacientes sintomáticas en las etapas II y en las etapas III y IV, requieren tratamiento quirúrgico adecuado.
- Las pacientes con desgarro perineal crónico grado II, rara vez consultan por alguna sintomatología, pero en algunas ocasiones lo hacen por presentar cierto grado de disfunción sexual.
- Las pacientes con desgarros III y IV comprometen el esfínter anal y la mucosa rectal respectivamente, y presentan IF y gases, además de presentar pérdida total de la anatomía del periné.
- Los desgarros grado II sintomáticos, y los de grados III y IV, deben corregirse quirúrgicamente mediante técnicas apropiadas.

2.6.1. Tratamiento conservador

Según lo que establece (Rahkola-Soisalo, P., et al., 2019), el tratamiento conservador implica:

- **Rehabilitación muscular.** La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que, a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo de la zona perineal no es apreciable por la vista al involucrar un conjunto de músculos internos.

La fisioterapia, según expone (Kato, K., et al. , 2021), persigue el objetivo de restaurar el reflejo perineal al esfuerzo, promover la concienciación de la contracción muscular del SP y reprogramar el sistema nervioso a través de técnicas que pueden utilizarse de forma aislada o combinadas. El respectivo papel de la fisioterapeuta, realizada de forma preventiva o terapéutica, tiene como finalidad mejorar el desarrollo muscular y promover la reeducación del recinto abdomino-lumbo-pélvico.

2.7. Relación entre la Paridad y prolapso de órganos pélvicos

Según las investigaciones y los aportes científicos tienden a evidenciar la existencia de una estrecha relación entre el parto vaginal y el prolapso de los órganos pélvicos. En este sentido, el parto vaginal aumenta el margen de riesgo de 4 a 11 veces para desarrollar prolapso de órganos pélvicos en mujeres, estos resultados surgen de comparaciones con las mujeres sin presentar parto vaginal en su historia clínica. En efecto, en el escenario de los partos vaginales se ha fundamentado que las avulsiones del músculo puborrectal que se cree surgen durante la coronación de la cabeza fetal, es el nexo de relación entre los partos vaginales y el prolapso de los órganos pélvicos.

Adicionalmente, (Cattani L, et al., 2021) establece que los estudios con resonancia magnética y ultrasonido del suelo pélvico han demostrado la aparición de traumas en el elevador del ano después del parto vaginal. Además refleja, según sus hallazgos, que un porcentaje del 20% al 23% de las mujeres con antecedentes de parto vaginal, se determina con un traumatismo del elevador del ano, en contraparte de las mujeres nulíparas, en las cuales no se observan defecto alguno. Específica, que se observa prolapso de órganos pélvicos en el 83% de las mujeres con defectos del elevador y en el 44% de las mujeres sin defectos del elevador. La referida asociación entre la paridad y el prolapso de órganos pélvicos es más fuerte para el cistocele y el prolapso uterino. Además, es consecuente en establecer que las mujeres con prolapso parecen tener mayores defectos en lo elevadores. Las mujeres con y sin prolapso tienen la misma probabilidad de presentar defectos menores.

3. CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Investigación

En el presente estudio, se llevará a cabo un estudio de tipo observacional no experimental, en el cual el investigador no ha de intervenir en la manipulación de las variables de interés dentro del estudio correlacional, que se ha de enfocar en la incidencia de la cantidad de parto vaginal en las mujeres que ha pasado del período máximo de la procreación; y por tanto, a esa edad la mujer está proclive de presentar enfermedades circulatorias, metabólicas, y regresivas, incidiendo en aumentos significativos de las complicaciones producto del embarazo y respectivo parto, con altas probabilidades de ocurrencia de prolapso vaginal.

La presente investigación centrada en el estudio del prolapso genital femenino como una consecuencia del parto vaginal en mujeres multíparas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2020-2021; se ha de delimitar en la recopilación de información que se genera en las áreas de consulta externa y en hospitalización del IESS Riobamba. Siendo el presente estudio abordado a aun nivel analítico ya que se buscó establecer una asociación entre la presencia de un factor de riesgo con la posible ocurrencia del prolapso vaginal femenino.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación se basa en:

Investigación Bibliográfica y documental: esta investigación se sustenta en un proceso sistemático y secuencial que permite la recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material empírico impreso y gráfico, físico y/o virtual que servirá para consolidar el marco teórico, conceptual y/o metodológico para el desarrollo de la presente línea de investigación.

Investigación exploratoria: Este tipo de investigación se la realizará en el lugar de los hechos, para obtener información en el campo de la realidad social presente en el Hospital

General IESS de Riobamba, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021. Esto permitirá estudiar la situación e identificar las necesidades y problemas del entorno, así como también explorar las causas y consecuencias del parto vaginal en mujeres multíparas y su propensión al desarrollo de prolapso vaginal.

Investigación explicativa: en este sentido se abordan las incidencias de relación entre los factores de riesgos como consecuencia del parto vaginal en mujeres multíparas y su propensión al desarrollo de prolapso vaginal.

3.3. Población de estudio y tamaño de la muestra

3.3.1 Población

En el presente trabajo de investigación, se tomará como población objeto de estudio a todas las mujeres multíparas, que han desarrollado prolapso genital femenino como una consecuencia del parto vaginal, atendidas por el Hospital General IESS de Riobamba perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021.

3.3.2 Muestra

Se incluyeron de manera no probabilística todas las pacientes con características de prevalencia de prolapso vaginal atendidas por el Hospital General IESS de Riobamba perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021. En este sentido, se delimitó la escogencia del tamaño de muestra en el presente estudio en función a la cantidad de mujeres multíparas con prolapso genital femenino como una consecuencia del parto vaginal.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se trabajará con la aplicación de un instrumento de recolección de datos, tipo cuestionario aplicado a los registros administrativos presente en el Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021.

3.5 Técnicas para el Análisis e Interpretación de los Resultados

Para recolectar la información a nivel bibliográfico se utilizará la técnica de la lectura de información y fichas bibliográficas. El trabajo de campo se realizará abordando los registros administrativos que reposan en historias médicas del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021. Luego, estos datos obtenidos serán procesados en términos a tablas y gráficos estadísticos para generalizar las interpretaciones respectivas mediante estadísticas descriptivas.

3.6. Hipótesis

Se parte de la hipótesis o conjetura, en la existencia de mayor prevalencia e incidencia de prolapso vaginal femenino a medida que se presenta parto vaginal en mujeres multíparas de la ciudad de Riobamba.

3.7 Operacionalización de variables

Variable respuesta: Prolapso Vaginal Femenino

Variables independientes e incidentes: Paridad, Índice de Masa Corporal, Edad

Tabla 3-1: Matriz de operacionalización de variable

Variable	Definición	Indicador	Valor	Escala de variable
Paridad	Métrica que representa la cantidad de partos según antecedentes Gineco-Osbtétricos	Tipo de Parto	*Vaginal	Nominal
			*Cesárea	
		Tipo de Paridad	*Nulípara	Nominal
			* Primípara	
			* Multípara	
*Gran Multípara				
Índice de Masa Corporal	Métrica que indica valoración antropométrica de la masa corporal	categorización IMC	*Enflaquecido	Nominal
			* Normal	
			* Sobrepeso	
			*Obesidad	
Edad	Métrica que refleja el tiempo de vida	Años cumplidos	* Rango de edad 14 a 50 años	Numérica
Condiciones del Parto	Problemas obstétricos durante la fase de expulsión del feto	Presencia de complicaciones en el parto con características fisiopatológicas.	*si	Nominal
			*No	
Cirugía previa del suelo pélvico	Historia clínica de previas intervenciones quirúrgicas	Cuantificación de antecedentes quirúrgicos en suelo pélvico	*si	Nominal
			*no	
			*si	Nominal

Otros antecedentes	Historia de condición de vida	Levantamiento de pesas/ejercicios físicos intensos	*No	
		Estreñimiento	*si	Nominal
			*No	
		Incontinencia fecal	* si	Nominal
			*No	
		Incontinencia Urinaria	* Si	Nominal
			*No	
		Diabetes	*si	Nominal
			*No	
		Tabaquismo	*si	Nominal
			*No	
		Enfermedad Pulmonar Crónica	*si	Nominal
			*No	
		Menopausia	*si	Nominal
*No				

Fuente: Autora.

4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Incidencia del prolapso genital femenino en mujeres multíparas del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

La idea central en este apartado consiste en describir como incide el parto céfalo vaginal en determinadas mujeres multíparas que han de ser caracterizada mediante la ocurrencia de prolapso genital femenino, registrados en las historias médicas del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021.

En definitiva, en el horizonte de tiempo comprendido desde los años 2020 hasta el año 2021 se han presentado 201 registros dentro de los cuales sólo 165 (82.01%) corresponden a pacientes mujeres con antecedentes de parto vaginal que han desarrollado ciertas tipologías de prolapso vaginal. En complemento, únicamente se presenta un conteo de 36 pacientes femeninos (17.91%), de los cuales tres (03) no han presentado parto vaginal ni tienen hijos pero la edad ha incidido en contribuir a desarrollar prolapso vaginal con tipología Cistocele, los otros 33 restantes registros corresponden a mujeres que han tenido hijo por cesárea.

Tabla 4.1: Distribución de frecuencias que relaciona la Etiología con el tipo de parto

Tipología de Prolapso Vaginal	Frecuencia Observada	
	Parto Vaginal	Porcentaje
Cistocele	132	80.00%
Cistocele, Enterocele Vaginal	1	0.61%
Cistocele, Rectocele	2	1.21%
Prolapso Genital Femenino	1	0.61%
Prolapso Genital Femenino, No Especifica	6	3.64%
Prolapso Uterovaginal Completo	12	7.27%
Prolapso Uterovaginal Incompleto	2	1.21%
Prolapso Uterovaginal, sin otra Especificación	2	1.21%
Rectocele	2	1.21%
Uretrocele Femenino	5	3.03%
Total	165	100.00%

Fuente: elaborado por la autora con salidas generadas por el paquete estadístico SPSS 18

La descripción de la tabla 4.1, muestra con qué frecuencia se ha presentado los 10 valores de Etiología junto con el conteo de casos que han presentado tipologías de prolapso vaginal por parto vaginal en mujeres que asisten a atención hospitalaria, según los registros en las historias médicas de las consultas externas y hospitalización del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021. En la referida tabla, la primera columna describe el recuento o frecuencia observada de pacientes mujeres que han experimentado parto vaginal y la segunda columna muestra el porcentaje de incidencia en las tipologías de prolapso vaginal. Por ejemplo, hubo 132 veces en las que etiología de prolapso vaginal igual a Cistocele con incidencia de ser ocasionado por partos vaginales, lo que representa un porcentaje del 80.0% del total en las 165 observaciones. En orden de prevalencia, le sigue la etiología de prolapso uterovaginal completo, con 12 casos registrados de pacientes femeninas con incidencia producto de partos vaginales, lo que representa el 7.27% del total en las 165 observaciones.

En términos generales, abordando los registros en las historias médicas de las consultas externas y hospitalización del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021, se presenta a partir de ahora la cuantificación de las variables de interés medidas en el presente estudio. Obviamente se inicia describiendo lo concerniente a la etiología presentada en mujeres que fueron atendidas en el servicio hospitalario de consulta externa y de hospitalización (Ver tabla 4.2).

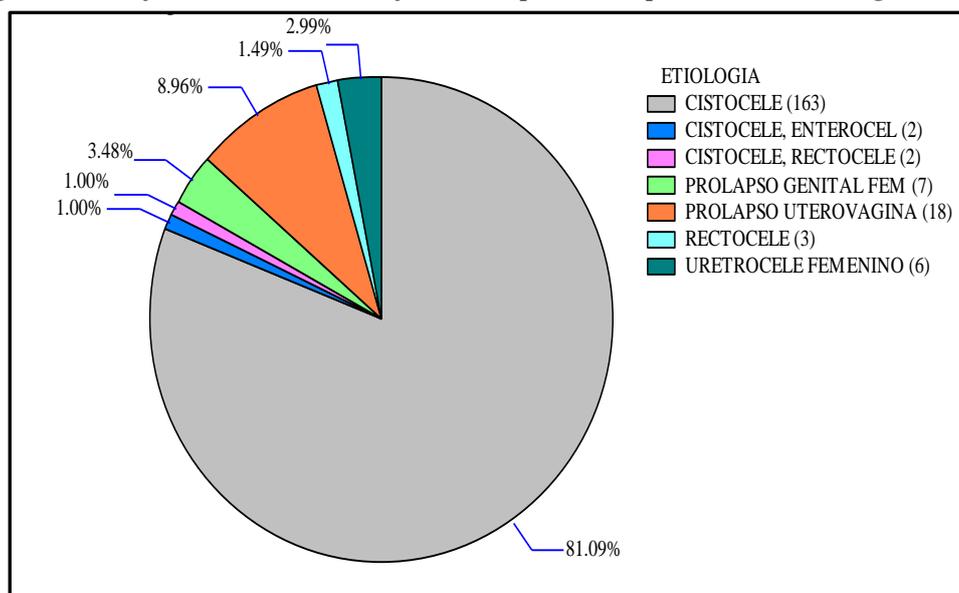
Tabla 4.2: Distribución de frecuencias para la variable categórica Etiología

<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Relativa acumulada</i>
1	Cistocele	163	0.8109	163	0.8109
2	Cistocele, Enterocel	2	0.0100	165	0.8209
3	Cistocele, Rectocele	2	0.0100	167	0.8308
4	Prolapso Genital Femenino	7	0.0348	174	0.8657
5	Prolapso Uterovagina	18	0.0896	192	0.9552
6	Rectocele	3	0.0149	195	0.9701
7	Uretrocele Femenino	6	0.0299	201	1.0000

Fuente: elaborado por la autora con salidas generadas por el paquete estadístico SPSS 18

La anterior tabla 4.2, evidencia el número de veces que se ha presentado cada nivel en la categoría para la variable etiología así como porcentajes y estadísticas acumuladas. Por ejemplo, en 163 filas del archivo de datos, corresponde a la categorización del nivel Cistocele, lo que representa 81.0945% de los 201 valores en los registros de historias médicas del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021 (Ver figura 4.1).

Figura 4.1: Grafico de distribución de frecuencia porcentual para la variable categórica etiología

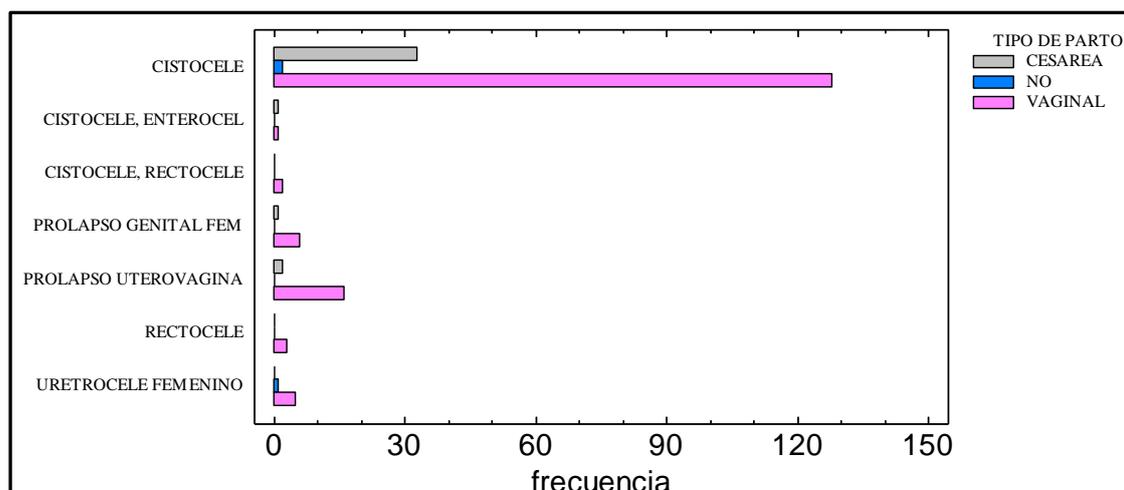


Fuente: Elaborado por la autora con salidas generadas por el paquete estadístico SPSS 18

Según lo que evidencia la figura 4.1, se puede notar el predominio de Cistocele en un porcentaje del 81.09% de todos los registros en historias médicas de mujeres caracterizadas por presentar prolapso vaginal, seguido por la incidencia de la tipología prolapso uterovagina con 8.96%.

En virtud de que el objetivo yacente consiste en describir la incidencia del prolapso genital femenino en mujeres multíparas del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entendiéndose que el término multíparas implica estudiar a los pacientes con antecedentes de parto por vía vaginal y establecer una visión global del comportamiento con la relación a los niveles para la categoría de la variable tipo de parto (Cesárea, no presenta hijo alguno, vaginal).

Figura 4.2: Frecuencia observada de casos para etiología por tipo de parto



Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Como se puede evidenciar en la figura 4.2, se visualiza de forma comparativa que el parto vaginal presenta mayor incidencia en desarrollar tipología de prolapso vaginal Cistocele en relación a tener hijo por cesáreas y desarrollar este tipo de prolapso por no presentar hijo y estar condicionado por la edad.

Tabla 4.3: Cruce de información correlacionada por etiología y tipo de parto

	Cesárea	No presentó	Vaginal	Total
Cistocele	33	2	128	163
(%)	16.42%	1.00%	63.68%	81.09%
Cistocele, Enterocel	1	0	1	2
(%)	0.50%	0.00%	0.50%	1.00%
Cistocele, Rectocele	0	0	2	2
(%)	0.00%	0.00%	1.00%	1.00%
Prolapso Genital Femenino	1	0	6	7
(%)	0.50%	0.00%	2.99%	3.48%
Prolapso Uterovagina	2	0	16	18
(%)	1.00%	0.00%	7.96%	8.96%
Rectocele	0	0	3	3
(%)	0.00%	0.00%	1.49%	1.49%
Uretrocele Femenino	0	1	5	6
(%)	0.00%	0.50%	2.49%	2.99%
Total Por Columna	37	3	161	201
(%)	18.41%	1.49%	80.10%	100.00%

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Esta tabla 4.2 muestra con qué frecuencia se presentan los valores correlacionados de etiología en los registros conjunto de cada una de las tres descripciones sobre el tipo de parto (Cesárea, no presentó y vaginal). El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia y el segundo representa el porcentaje de correlación de toda la tabla que representa esa celda. Por ejemplo, hubo 33 pacientes en el cruce de la etiología igual a Cistocele correlacionada como consecuencia de cesárea, esto representa el 16.42% del total de las 201 observaciones y 128 pacientes femeninas con tipología Cistocele como consecuencia del parto vaginal, lo que implica una alta correlación (63,68%) para desarrollar este tipo de prolapso vaginal. Adicionalmente, se puede generalizar que la incidencia de prolapso vaginal en sus diferentes tipologías se encuentra encabezada la lista por parto vaginal (80.10%), le sigue la cesárea (18.41%) y por último, no presentó antecedentes de partos y caracterizada por la avanzada edad sin hijos que desarrollaron prolapso vaginal (1.49%).

4.2 Factores de riesgo asociados a casos de prolapso genital femenino y su relación con los partos céfalo vaginal en mujeres multíparas atendidas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Uno de los factores de riesgos representa la edad, según los registros en las historias clínicas en las 201, es debida a la edad en promedio de 60 años, donde existe presencia de la condición de prolapso en mujeres reflejadas en las historias médicas del Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021.

Tabla 4.4: Distribución de Frecuencias para la variable Edad en mujeres multíparas

<i>Clase</i>	<i>Límite Inferior</i>	<i>Límite Superior</i>	<i>Punto Medio</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Relativa Acumulada</i>
menor o igual		29.0		0	0.0000	0	0.0000
1	29.0	49.0	39.0	34	0.2061	34	0.2061
2	49.0	69.0	59.0	87	0.5273	121	0.7333
3	69.0	89.0	79.0	43	0.2606	164	0.9939
4	89.0	109.0	99.0	1	0.0061	165	1.0000
mayor de		109.0		0	0.0000	165	1.0000

Media = 60.7576 Desviación Estándar = 11.7485

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Esta tabla 4.4 muestra las frecuencias o el número de datos en cada intervalo, mientras que las frecuencias relativas muestran las proporciones en cada intervalo. Puede notarse en la referida tabla que el intervalo de 49 hasta 69 años de edad es donde ocurre la mayor incidencia de 87 (52.73%) casos de prolapso vaginal en mujeres multíparas.

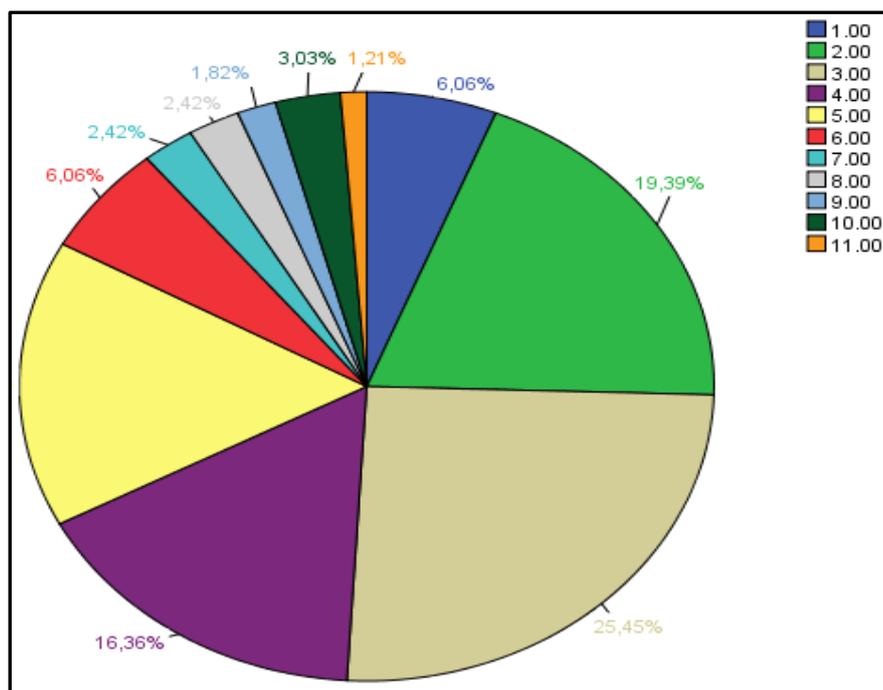
Tabla 4.5: Distribución de Frecuencia para la cantidad de hijos por parto vaginal

<i>Número de Hijos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Relativa Acumulada</i>
1	10	0.0606	10	0.0606
2	32	0.1939	42	0.2545
3	42	0.2545	84	0.5091
4	27	0.1636	111	0.6727
5	26	0.1576	137	0.8303
6	10	0.0606	147	0.8909
7	4	0.0242	151	0.9152
8	4	0.0242	155	0.9394
9	3	0.0182	158	0.9576
10	5	0.0303	163	0.9879
11	2	0.0121	165	1.0000

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

La presente tabla 4.5 y figura 4.3, evidencia como es la distribución en cuanto al comportamiento sobre el número de hijos por parto vaginal que han tenido las mujeres en el Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021. Siendo el número de veces que las mujeres multíparas ha tenido hijos, tanto porcentualmente y estadísticas acumuladas. Por ejemplo, se ha registrados con un solo hijo 10 mujeres con alguna tipología de prolapso vaginal, representando el 6.06061% de los 165 valores. Con mayor valor porcentual, se tiene 42 mujeres que han tenido tres (03) hijos por parto vaginal, lo que permite inferir que a medida que se incrementa la cantidad de hijos tenido por parto vaginal mayor será la probabilidad de desarrollar parto vaginal.

Figura 4.3: Distribución de números de hijos en mujeres multíparas



Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

Tabla 4.6: Distribución de Frecuencias para el Índice de Masa Corporal (IMC)

Clase	Límite Inferior	Límite Superior	Punto Medio	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Relativa Acumulada
	menor o igual	0.0		0	0.0000	0	0.0000
1	0.0	30.0	15.0	110	0.6667	110	0.6667
2	30.0	60.0	45.0	53	0.3212	163	0.9879
3	60.0	90.0	75.0	0	0.0000	163	0.9879
4	90.0	120.0	105.0	0	0.0000	163	0.9879
5	120.0	150.0	135.0	0	0.0000	163	0.9879
6	150.0	180.0	165.0	0	0.0000	163	0.9879
7	180.0	210.0	195.0	0	0.0000	163	0.9879
8	210.0	240.0	225.0	1	0.0061	164	0.9939
9	240.0	270.0	255.0	1	0.0061	165	1.0000
10	270.0	300.0	285.0	0	0.0000	165	1.0000
	mayor de	300.0		0	0.0000	165	1.0000

Media = 30.9893 Desviación Estándar = 24.8674

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

La tabulación de frecuencias mostrada en la tabla 4.6 dividiendo el rango del IMC en intervalos del mismo ancho, y contando el número de datos en cada intervalo. Las frecuencias muestran el número de datos en cada intervalo, mientras que las frecuencias relativas muestran las proporciones en cada intervalo. Se puede notar que existen 110 pacientes mujeres multíparas con índice de masa corporal menores a 30, lo que corresponde

a 66,67% del total de registros clínicos en el Hospital General IESS de Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021. Además, solo se presentan 53 casos de pacientes mujeres con IMC entre 30 Y 60, lo que representa evidencia de posible obesidad, factor incidente en incrementar probabilidad de determinada tipología de prolapso vaginal.

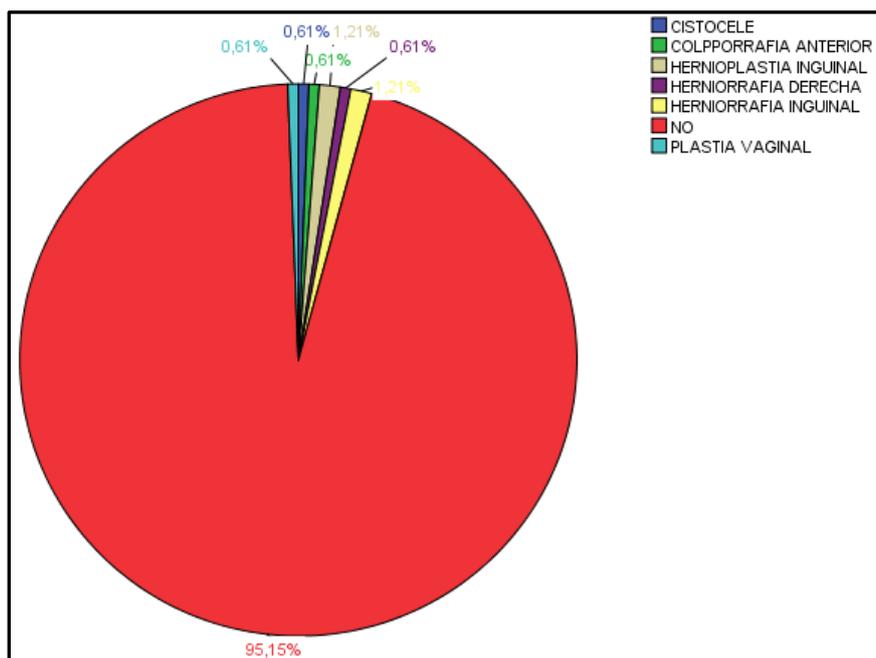
Tabla 4.7: Distribución de Frecuencia para cirugía previa de suelo pélvico

<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Relativas Acumuladas</i>
1	Cistocele	1	0,0061	1	0,0061
2	Colporrafia Anterior	1	0,0061	2	0,0121
3	Hernioplastia Inguinal	2	0,0121	4	0,0242
4	Herniorrafia Derecha	1	0,0061	5	0,0303
5	Herniorrafia Inguinal	2	0,0121	7	0,0424
6	No Presenta	157	0,9515	164	0,9939
7	Plastia Vaginal	1	0,0061	165	1,0000

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

La tabla 4.7 anterior, resume el número de veces que se ha presentado cada valor de cirugía previa de suelo pélvico, así como sus porcentajes y estadísticas acumuladas. Por ejemplo, en la primera categoría corresponde a la aplicación de cirugías previas al suelo pélvico por presentar tipología de prolapso vaginal Cistocele, lo cual representa 0.606061% de los 165 registros en historias clínicas del Hospital General IESS perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021. Y, donde se puede resaltar que la mayor proporción corresponde a 157 casos en los cuales no se le ha aplicado ningún tipo de cirugía previa al suelo pélvico, lo que corresponde al 95,15% del total de datos registrados en el periodo de estudio (Ver figura 4.4).

Figura 4.4: Distribución de previas intervenciones quirúrgicas (cirugía) del suelo pélvico.



Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

Tabla 4.8: Distribución de Frecuencia para las complicaciones en mujeres múltiparas con tipologías de prolapso vaginal

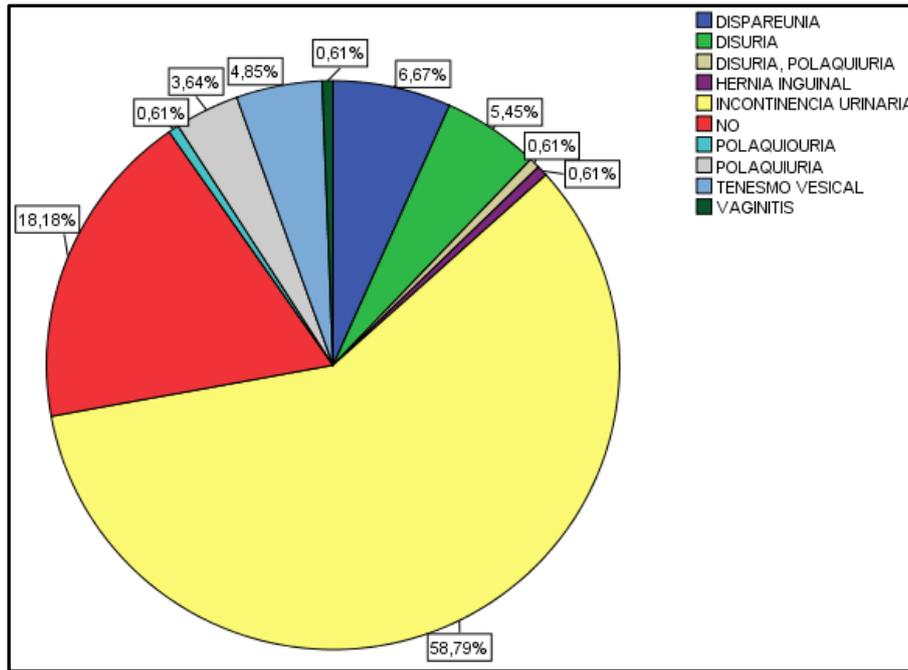
Clase	Complicaciones	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Relativa Acumulada
1	Dispareunia	11	0.0667	11	0.0667
2	Disuria	9	0.0545	20	0.1212
3	Disuria, Polaquiuria	1	0.0061	21	0.1273
4	Hernia Inguinal	1	0.0061	22	0.1333
5	Incontinencia Urinaria	97	0.5879	119	0.7212
6	No presenta	30	0.1818	149	0.9030
7	Polaquiouria	1	0.0061	150	0.9091
8	Polaquiuria	6	0.0364	156	0.9455
9	Tenesmo Vesical	8	0.0485	164	0.9939
10	Vaginitis	1	0.0061	165	1.0000

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

La tabla 4.8 y figura 4.5, evidencia las diez (10) complicaciones significativas que presenta las mujeres múltiparas con tipologías de prolapso vaginal atendidas en el Hospital General IESS perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021. Adicionalmente, el número de veces que se ha presentado diversos tipos de complicaciones en mujeres múltiparas con incidencia de prolapso vaginal, además de sus porcentajes y estadísticas acumuladas. Por ejemplo, se

registran 11 mujeres multíparas con alguna tipología de prolapso vaginal que ha presentado complicaciones de tipo Dispareunia, lo que representa 6.66667% de los 165 valores de estudio. Es notable acotar que el mayor porcentaje lo representa la Incontinencia Urinaria, cuya complicación ronda la proporción del 58,79%. Y solo el 18,18% de los pacientes no presenta complicación alguna al presentar prolapso vaginal.

Figura 4.5: Distribución de las complicaciones que provocan tipologías del prolapso vaginal *femenino*



Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

Tabla 4.9: Distribución de frecuencia para la atención hospitalaria

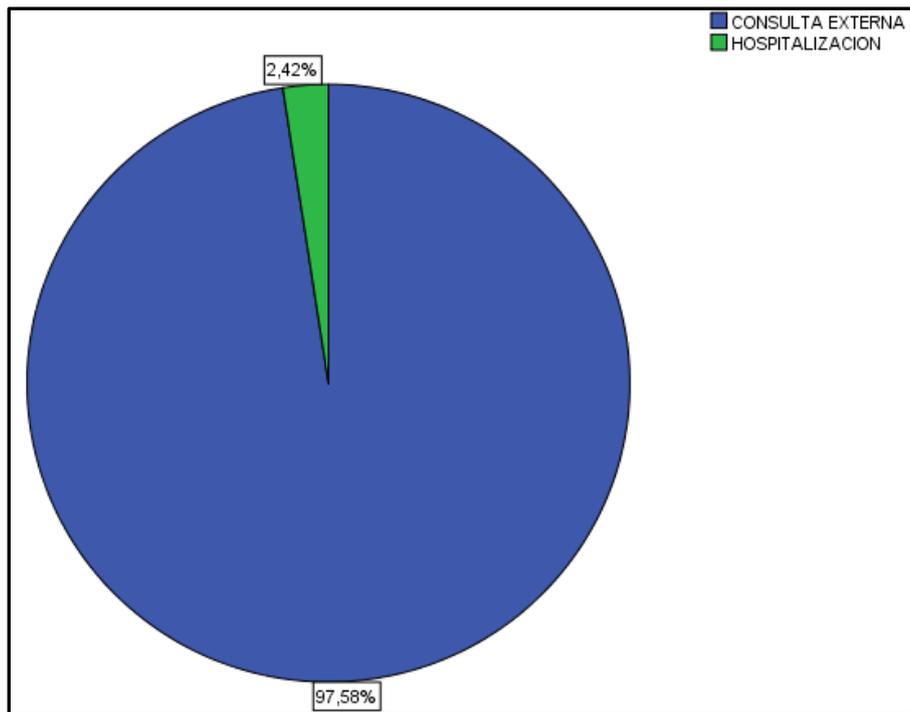
Atención Hospitalaria	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Relativa Acumulada
Consulta Externa	161	0,9758	161	0,9758
Hospitalización	4	0,0242	165	1,0000

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

En cuanto a la tabla 4.9 y figura 4.6, muestra cómo se comporta los registros de mujeres multíparas con incidencia de determinada tipología de prolapso vaginal, resumiendo el número de veces que se ha presentado cada valor de atención hospitalaria en porcentajes y estadísticas acumuladas. Por ejemplo, son cifras mayoritarias de alrededor de 161

pacientes mujeres que son diagnosticada en consulta externa, lo que representa el 97.5758% de los 165 valores registrados en el Hospital General IESS perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021.

Figura 4.6: Distribución muestral en las atenciones de las pacientes femeninas multíparas con las tipologías de prolapso vaginal



Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Tabla 4.10: Distribución de Frecuencia para los posibles antecedentes de incidencia médica para desarrollar prolapso vaginal en mujeres multíparas

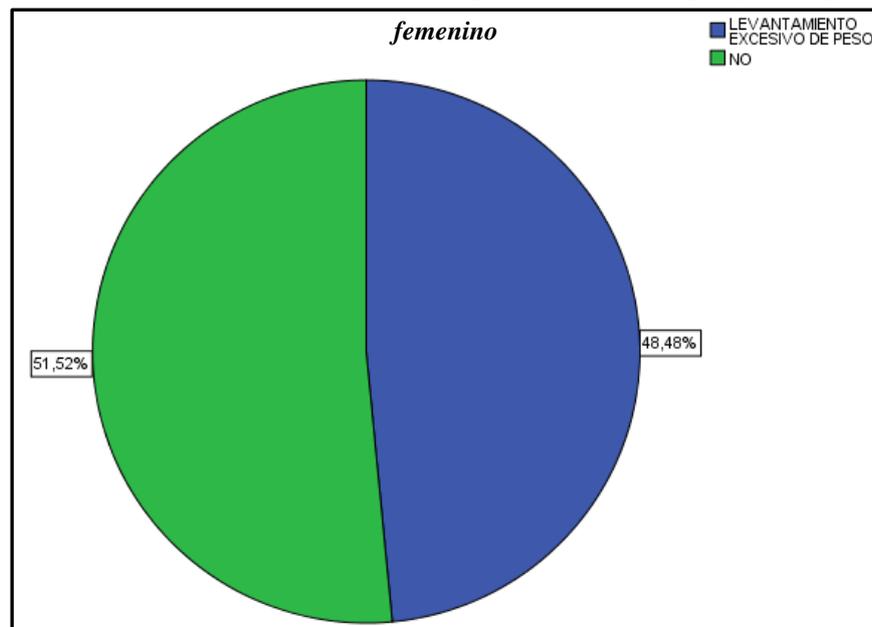
<i>Posibles antecedentes de Incidencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Relativa Acumulada</i>
Levantamiento excesivo de peso	80	0,4848	80	0,4848
No presenta ningún antecedente	85	0,5152	165	1,0000

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

Esta tabla 4.10 y figura 4.7, muestra la veces en que las pacientes mujeres con prevalencia de alguna tipología de prolapso vaginal presenta alguna antecedente médico que incide en la patología de estudio. Este número de veces en los antecedentes se presentan como frecuencias absolutas, porcentajes y estadísticas acumuladas. Por ejemplo, son 80

mujeres en los registros clínicos que declara dentro de los antecedentes el levantamiento excesivo de peso, representando el 48,48% de los 165 valores de estudio. El restante, 51,52% lo representa la declaración de no presentar ningún antecedente que incida en las diferentes tipologías de prolapso vaginal.

Figura 4.7: Distribución de los antecedentes médicos que inciden en las tipologías del prolapso vaginal



Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18

En tabla anexo A.1 y figura A.1, se presenta tabulación resumen sobre el número de veces que se ha presentado cada nivel categórico para el grado de instrucción, tanto a nivel de los porcentajes como de estadísticas acumuladas. Por ejemplo, con referencia a los registros para el grado de instrucción es analfabeta, representa 2,42% de los 165 valores en las historias clínicas recopiladas. Adicionalmente, se presenta 24,85% y 34,55% respectivamente para el grado de instrucción primaria y secundaria; por consiguiente, el mayor porcentaje, del 38,18% corresponde a pacientes mujeres multíparas con tipología de prolapso vaginal con registros en historias clínicas en el Hospital General IESS perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021.

En los anexos, se encuentra la tabla A.2 y figura A.2, que tiende a evidenciar el número de veces que se ha presentado la procedencia de pacientes femeninas multípara con sus porcentajes y estadísticas acumuladas. Por ejemplo, son 51 los pacientes de procedencia rural en la base de datos, los cuales representa 30,91% de los 165 valores en el archivo; en

contraposición de los 114 pacientes femeninos multíparas que proceden de las áreas urbanas, este valor corresponde al porcentaje del 69,09%. Lo que se puede inferir es que la tasa de incidencia de pacientes con tipologías de prolapso vaginal, procede en su mayoría del área urbana de la ciudad de Riobamba que acude al Hospital General IESS perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021.

En la tabla anexo A.3 y figura A.3, se representa el número de veces que se ha presentado en los registros de historias clínicas del Hospital General IESS perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021, los niveles de razas (indígenas, mestiza) sobre el tamaño de los datos recopilados 165 mujeres multíparas con prolapso vaginal, así como porcentajes y estadísticas acumuladas. Por ejemplo, con frecuencia absoluta de 12 mujeres caracterizada por ser de raza indígena, representa 7.27273% de los 165 valores. Además, 153 mujeres multíparas con prolapso vaginal (92,73%), se caracterizan por ser de raza mestiza. Lo que permite deducir mayor incidencia de tipologías de prolapso en mujeres de raza mestiza.

4.3 Lineamientos para prevención de prolapsos genitales como forma de mejorar la calidad de vida de las mujeres multíparas con partos céfalo vaginal

Existen múltiples contribuciones científicas que proponen medidas preventivas post parto en mujeres multíparas que presentan doble probabilidad en prevalencia u ocurrencia de riesgos de prolapso vaginal producto de su edad en las que mujeres han pasado del período máximo de la procreación; y por tanto, a esa edad la mujer está proclive de presentar enfermedades circulatorias, metabólicas, y regresivas, incidiendo en aumentos significativos de las complicaciones producto del embarazo y respectivo parto, con altas probabilidades de ocurrencia de prolapso vaginal.

Una de las estrategias de prevención y mejoras en la calidad de vida en mujeres multíparas, consiste en fortalecer músculos y minimizar la tensión del suelo pélvico consiste en la práctica constante de ejercicios Kegel. Estos tipos de ejercicios Kegel tienden a evitar el descenso de los órganos pélvicos (vejiga y útero).

Otro de los lineamientos que la literatura ofrece y la presente investigación lo recalca, consiste en que las mujeres deben de evitar el levantamiento excesivo de peso, combinado con evadir patología de situaciones de estreñimiento y el consumo excesivo de tabaco. Adicionalmente, se debe seguir lineamientos relacionados con alimentación sana que defina un índice de masa corporal acorde para mantener un peso corporal normal que fortalezca el sistema inmunológico y mitigue cualquier probabilidad de tos crónica que ante mediante el ejercicio y una dieta para disminuir el riesgo de tener tos crónica propensa a incidir negativamente ante la musculatura del suelo pélvico.

Desde la perspectiva medica como medio de prevención yacente en aplicar por especialistas el tacto vaginal para ejecutar valoración manual de la musculatura pélvica, donde el médico especialista introduce el dedo medio lubricado en el introito vaginal, siguiendo siempre la dirección de la vagina oblicua hacia abajo y hacia atrás; posteriormente se ejerce un socavón caudal de la musculatura del suelo pélvico que permita introducir el dedo índice para que finalmente se pueda realizar pronación máxima del antebrazo, en tal sentido que los dedos índice y medio se sitúen con las articulaciones interfalángicas semiflexionadas sobre los fascículos de los músculos elevadores del ano. Luego se le pide a la paciente que pruebe la realización de contracciones en la musculatura del suelo pélvico en un intento de cerrar la vagina como si quisiera retener la orina.

Otro lineamiento, que involucra aspectos médicos son los relativos a fisioterapia Gineco-Obstétrica, que, desde la perspectiva ginecológica, el fisioterapeuta experto en este campo tiende a combinar la sensibilidad y comprensión con tratamientos para mejorar la calidad de vida de las mujeres multíparas con partos céfalo vaginal. La fisioterapia obstétrica, igualmente presenta lineamientos vitales en los cuidados post-natales tanto de la madre como del niño, valorando y/o tratando la musculatura y el sistema óseo de la zona lumbo-pélvica mediante la implementación de agentes físicos por medio del uso de tecnologías sanitarias:

Electroterapia: Aplicación de corrientes eléctricas.

Ultrasonoterapia: Aplicación de ultrasonidos.

Hipertermia de contacto: Aplicación de equipos de hipertermia o diatermia de contacto.

Hidroterapia: Terapia por el Agua.

Termoterapia: Terapia por el Calor.

Mecanoterapia: Aplicación de ingenios mecánicos a la Terapia.

Radiaciones: Excepto radiaciones ionizantes.

Magnetoterapia: Terapia mediante Campos Electromagnéticos.

Crioterapia: Terapia mediante el Frío.

También la láserterapia, vibroterapia, presoterapia, terapia por ondas de choque radiales, electro bio-feedback, otros agentes físicos aplicados a la terapia.

5. CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La implicación directa en las condiciones de prolapso vaginal en mujeres multíparas atendidas en el Hospital General IESS perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021; se encuentra caracterizada por la incontinencia urinaria que se combinan con el factor edad avanzada (adulto mayores) y las posibles lesiones en la pared vaginal producto del parto (cambios neuromusculares) y a las comorbilidades que afectan al tejido conectivo relacionado tanto por la edad como la obesidad.

Obviamente las lesiones provocadas durante el parto o los múltiples partos, se tienden a acumular para incidir como un factor etiológico sumamente significativo en la aparición de prolapsos genitales e incontinencia urinaria (58,79%), debido a que en el momento del parto la musculatura y los ligamentos pélvicos quedan distendidos lo que provoca la sensación de mayor flacidez en el suelo pélvico; por lo que es fundamental, que todas las mujeres que han tenido parto por vía vaginal se sometan a valoraciones de tipo funcional con fisioterapia tras haber transcurrido las 12 semanas del mismo.

En este estudio hubo 33 pacientes en el cruce de la etiología igual a Cistocele correlacionada como consecuencia de cesárea, esto representa el 16.42% del total de las 201 observaciones y 128 pacientes femeninas con tipología Cistocele como consecuencia del parto vaginal, lo que implica una alta correlación (63,68%) para desarrollar este tipo de prolapso vaginal. Se puede generalizar, que la incidencia de prolapso vaginal en sus diferentes tipologías se encuentra encabezada por parto vaginal (80.10%), le sigue la cesárea (18.41%) y por último, no presentó antecedentes de partos y caracterizada por la avanzada edad sin hijos que desarrollaron prolapso vaginal (1.49%). Además, los factores de riesgos asociados se encuentran enlistados: edad, cantidad de hijos tenidos por parto vaginal, índice de masa corporal, antecedentes de cirugías previas al suelo pélvico y al levantamiento excesivo de peso.

Entre los pacientes que se presentaron han expresado que han presentado edad avanzada que en promedio es de 60 años (73,33%), que han tenido por lo menos cinco (05) hijos por parto vaginal (83,03%), con índice de masa corporal IMC < 30 (66,67%) con antecedentes de levantamiento de peso excesivo (48,48%).

En la práctica se presenta un alto porcentaje de pacientes mujeres multíparas que no presentan intervención quirúrgica del suelo pélvico (95.15%). Por lo tanto, este factor no es relevante para presentar prevalencia de incidencia en prolapso vaginal.

La procedencia de los pacientes es, 51 de procedencia rural lo que representa el 30,91% de los 165 registros clínicos; en contraposición de los 114 pacientes femeninos multíparas que proceden de las áreas urbanas, este valor corresponde al porcentaje del 69,09%. Lo que se puede inferir es que la tasa de incidencia de pacientes con tipologías de prolapso vaginal, procede en su mayoría del área urbana de la ciudad de Riobamba que acude al Hospital General IESS perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, durante el periodo concerniente a los años 2020 hasta 2021.

La frecuencia de hospitalizaciones para evaluación del prolapso genital es muy baja (2,42%), la mayoría de los casos se manejan por consulta externa (97,58%) son pacientes de edad avanzada, con multíparas y grandes multíparas, caracterizada por raza mestiza (92,73%).

5.2 Recomendaciones

Los aportes en cuanto a recomendaciones en la presente línea de investigación se encuentran enmarcadas en tres puntos:

1. Se recomienda estimular el diagnóstico médico imperativo y las medidas de prevención temprana en las pacientes de raza mestiza para minimizar los altos índices de prevalencia y sus probabilidades en desarrollar Cistocele u otras tipologías de prolapso vaginal.
2. Se debe orientar al paciente femenino multípara en que, ante cualquier signo de goteo espontáneos de orina o sensaciones en el suelo pélvico de cuerpos extraños

deben ser investigados inmediatamente por un especialista; de tal forma, que se puedan mitigar complicaciones futuras en términos a incontinencia urinarias e implementación de alternativas quirúrgicas (cirugías).

3. Como lineamientos de prevención, se resalta la práctica constante por parte de las mujeres multíparas, la serie de ejercicios sistemáticos de Kegel para fortalecer los músculos del suelo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists . (2019). Pelvic Organ Prolapse. Practice Bulletin. November 2019. *acog.org*, 214. Obtenido de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/11/pelvic-organ-prolapse>
- Blomquist JL., et al. (2018). Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. *JAMA*, 320:2438–47.
- Cattani L, et al. (2021). Pregnancy, labour and delivery as risk factors for pelvic organ prolapse: a systematic review. *Int Urogynecol J*, 32, 1623–31.
- Clínica de Fisioterapia y Audiología Ciudad Alta SLU. (21 de Septiembre de 2012). *Los músculos del Suelo Pelvico*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/juanciudadaltacom/los-msculos-del-suelo-plvico>
- Domínguez, M., et al. . (2020). CONOCIMIENTO Y CUIDADOS DE LA MUJER PARA LA PREVENCIÓN DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PELVICOS. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 7(1) , 5-12. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS7-1-2020-3.pdf>
- Espitia de la Hoz FJ. (2016). Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. . *Revista de Sexología*, 4(2), 8-11. Obtenido de <http://www.latindex.unam.mx/index.html>
- Friedman, T., Eslick, GD. & Dietz, HP. (2018). Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. . *Int Urogynecol J*, 29, 13–21.
- Handa VL., et al. (2019). Pelvic floor disorders after obstetric avulsion of the levator ani muscle. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 3-7 .
- Hsiao, S.M. & Lin, H.H. (2018). Impact of the mid-urethral sling for stress urinary incontinence on female sexual function and their partners' sexual activity. *Taiwan J. Obstet. Gynecol.*, 57, 853–857.
- INEC. (2016). *Anuario de Estadísticas de Transporte*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Estadistica%20de%20Transporte/2016/2016_AnuarioTransportes_Resumen%20Metodol%C3%B3gico.pdf

- Jelovsek JE., et al. (2018). Effect of uterosacral ligament suspension vs sacrospinous ligament fixation with or without perioperative behavioral therapy for pelvic organ vaginal prolapse on surgical outcomes and prolapse symptoms at 5 years in the OPTIMAL randomized clinical trial. *JAMA*, 319.
- Kato, K., et al. . (2021). Mesh exposure after transvaginal mesh prolapse surgery: Out of permissible range? *Int. J. Urol.*, 28, 202–207.
- Lovejoy DA., et al. (2019). Breastfeeding and pelvic floor disorders one to two decades after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 221:333.
- Lugmaña, G. (2014). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias : Egresos y Camas 2014. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf*
- Nygaard IE., et al. . (2021). Early postpartum physical activity and pelvic floor support and symptoms 1 year postpartum. . *Am J Obstet Gynecol* ., 224:193.
- Obregón, Y. L. y Saunero, A. (2009). Disfunción del piso pélvico: epidemiología. *Revista Obstetrica Ginecologica Venezolana* 69(3), 172-8.
- Pomian, A., et al. (2016). Obesity and Pelvic Floor Disorders: A Review of the Literature. . *Medical Science Monitor*, 22, 1880– 1886. . doi:<https://doi.org/10.12659/MSM.896331>
- Rahkola-Soisalo, P., et al. (2019). Pelvic Organ Prolapse Repair Using the Uphold Vaginal Support System: 5-Year Follow-Up. . *Female Pelvic Med. Reconstr. Surg.*, 25, 200–205.
- Sascha F. M., et al. (2022). Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Obtenido de [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)31270-9/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)31270-9/pdf)
- Sego. (2018). Prolapso genital. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 205-208.
- TeLinde, R., Mattingly, R. y Thompson, J. (1998). *Prolapso de órganos pélvicos. Ginecología quirúrgica*. (8ª. Ed. ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.

- Theofrastous, J. y Swift, S. (1998). *Valoración clínica de la disfunción del piso pélvico. Clínicas de ginecología y obstetricia. Temas actuales.* (Vol. 4). McGraw-Hill Interamericana.
- Tola, E. et al. (2018). The role of ADAMTS-2, collagen type-1, TIMP-3 and papilin levels of uterosacral and cardinal ligaments in the etiopathogenesis of pelvic organ prolapse among women without stress urinary incontinence. . *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 231.
- Vergeldt, TF., et al. (2015). Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J*, 26, 1559–73.

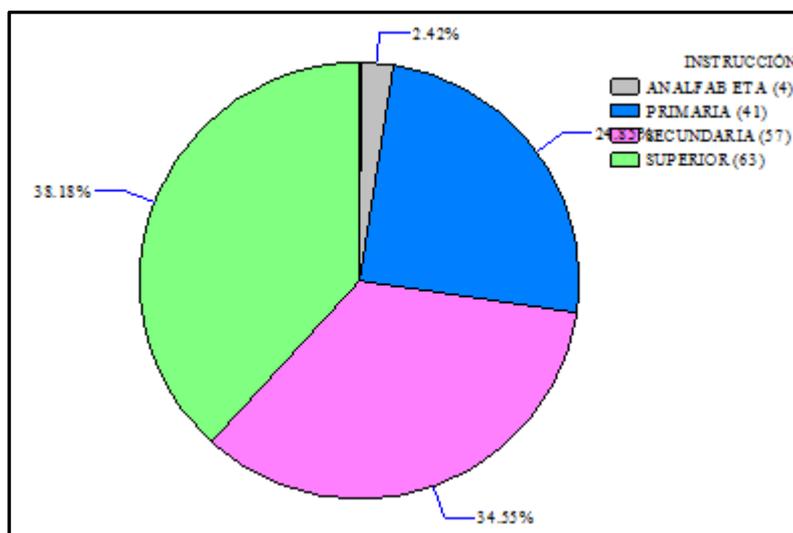
7. ANEXOS

Tabla A.1: Distribución de Frecuencia para el grado de instrucción

<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Relativa acumulada</i>
ANALFABETA	4	0.0242	4	0.0242
PRIMARIA	41	0.2485	45	0.2727
SECUNDARIA	57	0.3455	102	0.6182
SUPERIOR	63	0.3818	165	1.0000

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Figura A.1. Gráfico que distribuye la frecuencia que presenta en los grados de instrucción para las mujeres multíparas



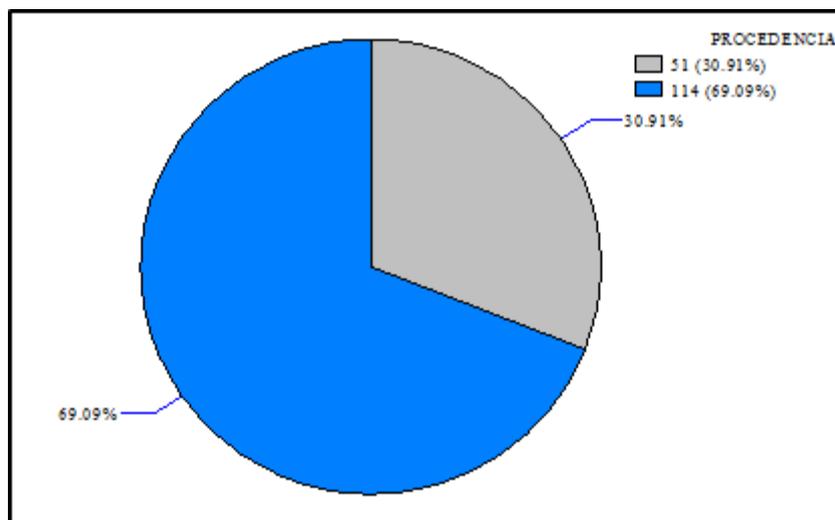
Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Tabla A.2: Distribución de Frecuencia para la categoría de procedencia de los pacientes

<i>Procedencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Relativa acumulada</i>
Rural	51	0,3091	51	0.3091
Urbana	114	0,6909	165	1.0000

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Figura A.2. Gráfico que distribuye la frecuencia que presenta la procedencia en las pacientes mujeres multíparas con incidencia de tipologías de prolapso vaginal



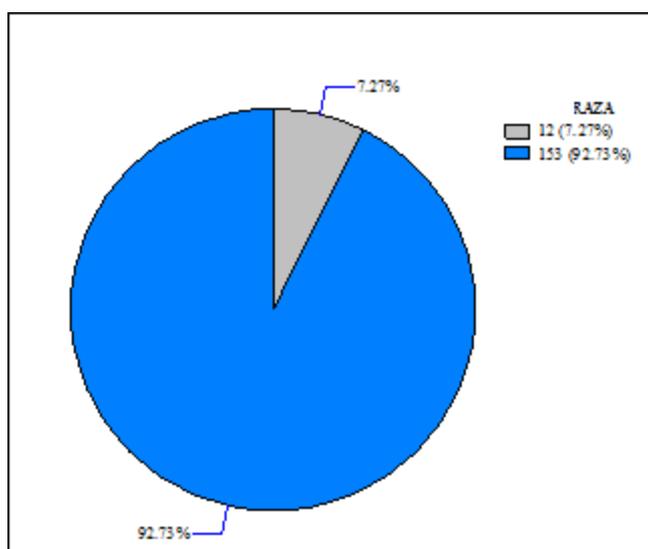
Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Tabla A.3: Distribución de Frecuencia para la categorización de la Raza

<i>Raza</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Relativa Acumulada</i>
Indígena	12	0,0727	12	0,0727
Mestiza	153	0,9273	165	1,0000

Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.

Figura A.3. Gráfico que distribuye la frecuencia que presenta la raza en las pacientes mujeres multíparas con incidencia de tipologías de prolapso vaginal



Fuente: Salidas generadas por paquete de computo estadístico SPSS 18.