

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2017-2019.

AUTORES:

**ITURRALDE VIZUETA XAVIER ANDRES
VINTIMILLA LLANOS MARIA JOSE**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO:

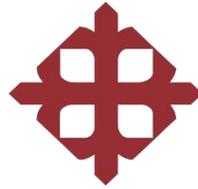
MÉDICO

TUTOR:

Dr. IVAN ALTAMIRANO BARCIA

Guayaquil, Ecuador

2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Iturralde Vizueta Xavier Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. **Dr. IVAN ALTAMIRANO BARCIA**

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis Mgs.

Guayaquil, 11 de Septiembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Vintimilla Llanos María José** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. **Dr. IVAN ALTAMIRANO BARCIA**

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis Mgs.

Guayaquil, 11 de Septiembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Iturralde Vizueta Xavier Andrés**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, "*Factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2017-2019*", previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 11 septiembre del 2020

EL AUTOR

f. _____

Iturralde Vizueta Xavier Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Vintimilla Llanos María José

DECLARO QUE:

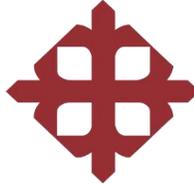
El Trabajo de Titulación, “ *Factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2017-2019, previo* a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 11 septiembre del 2020

LA AUTORA

f. _____
Vintimilla Llanos María José



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “ ***Factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2017-2019***”; cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 11 de septiembre de 2020

EL AUTOR

f. _____

Iturralde Vizqueta Xavier Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "***Factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2017-2019***"; cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 11 de septiembre de 2020

LA AUTORA

f. _____

Vintimilla Llanos María José

REPORTE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FINAL VINTIMILLA LLANOS- ITURRALDE VIZUETA.
CISTOCELE.docx (D79041117)
Submitted: 9/13/2020 3:23:00 PM
Submitted By: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 0 %

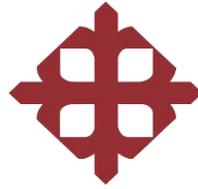
Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

VINTIMILLA LLANOS, MARÍA JOSÉ

ITURRALDE VIZUETA, XAVIER ANDRÉS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Iván Altamirano

f. _____
(Altamirano, Iván)

TUTOR

f. _____
(Jouvin, José Luis)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
(Aguirre Martínez, Juan Luis)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

AGRADECIMIENTO

Agradeceré a Dios, pues me ha dado la madre y la familia que todo hombre estaría agradecido con la vida por tener. Daré gracias a mis amigos, quienes formamos una hermandad donde el fin siempre estuvo en el crecimiento médico estudiantil y personal. Comparto esta gratitud con aquellos docentes y miembros administrativos cuyos corazones realmente estaban entregados a la enseñanza o ayuda al ansioso por aprender y afrontar las dificultades exógenas de la carrera. Agradezco a los grandes médicos y científicos que han dedicado a su vida al crecimiento del campo medicinal salvando millones de vida desde años inmemorables, manteniéndose en la actualidad con avances más grandes debido a la implementación de la tecnología.

Iturralde Vizueta Xavier Andrés

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por utilizarme de instrumento para su gran legado, al permitirme crecer en una familia que supo llenarme de amor incondicional, valores y principios; A mis mamis Carmen Veloz y Angelita Llanos, quienes fueron la piedra angular para elegir mi carrera.

Especialmente a mi mamá Angelita que con su eterno amor me impulsa a diario a ser la mejor versión de mí, sin usted, nada de esto sería posible.

A mis tíos; Segundo Veloz, Hilario y Leonardo Llanos, Nube Becerra e Isabel Arguello; por su amor, tiempo y dedicación en el momento oportuno.

A mis maestros por compartir sus conocimientos y optimizar el proceso enseñanza – aprendizaje.

A mis amigos y todas las personas con las que he compartido experiencias enriquecedoras para mi vida, como la familia Vite-Sandoval, en especial Carlos Vite, quien ha estado acompañándome

Vintimilla Llanos María José

DEDICATORIA

Mi madre, a quien Dios le ha dado la fortaleza, sabiduría y coraje para crecer en el ámbito profesional e íntegro humanitario, cuyos obstáculos a atravesar no fueron fáciles pero suficientes para entender que el camino de la medicina es arduo y lleno de sacrificio sin importar su punto, por eso mi entera trayectoria y éxito va hacia usted. Así mismo mi familia entera ha estado con su aliento y esfuerzo cada vez que lo he necesitado, es decir mi papá, abuelos, hermanas y tíos. Le dedico este estudio a los tesoros que he encontrado en las personas que he conocido en la carrera, como amigos y mi esposa, sin embargo, nada de esto sería posible sin Dios quien nos ha amado tanto en vida que ha permitido llegar hasta el final de este sendero.

Iturralde Vizqueta Xavier Andrés

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a Dios por su infinita bendición al entregarme una familia maravillosa que me enseñan que la vida es un conjunto de procesos que podemos superarlos y sé que siempre podré contar con ellos. Dedico de manera especial a mi mami Angelita Llanos Veloz quien me acompaña con su amor incondicional en cada etapa de mi vida, venciendo cada vicisitud, juntas.

A mi mami Carmen Veloz Murillo quien me entregó todo su amor y su tiempo en mi infancia y adolescencia. A mi hermanita hermosa Bethsabet de los Ángeles, motivo para seguir esforzándome en mi vida personal y profesional. A Ximena Hernández, la mejor amiga que pudo darme el año de internado. A mis mascotas Copito y Enzo, compañeros inseparables de mis días. A la vida por darme la oportunidad de devolver tanta bendición recibida.

Vintimilla Llanos María José

ÍNDICE

RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
CAPÍTULO I	2
1.1 INTRODUCCIÓN	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.3 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.4 OBJETIVO GENERAL	5
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.6 HIPÓTESIS	5
CAPÍTULO II	6
2.1 MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.1 SUELO PÉLVICO	6
2.1.2 CISTOCELE (PROLAPSO DE PARED VAGINAL ANTERIOR).....	8
2.1.3 CUADRO CLÍNICO.....	10
2.1.4 CAUSAS DE CISTOCELE	11
2.1.5 CONSECUENCIAS DE CISTOCELE	16
2.1.6 TRATAMIENTO.....	17
CAPÍTULO III	20
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	20
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
3.3 CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES.....	20
3.4 LUGAR DE INVESTIGACIÓN	20
3.5 POBLACIÓN, MUESTRA, OBJETO DE ESTUDIO Y SUJETOS DE ESTUDIO .	20
3.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	21
Tabla 1 Operacionalización de variables.....	21
3.6 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER INFORMACIÓN.....	23
3.6.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	23
3.6.2 TÉCNICA.....	23
3.6.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR	23
CAPÍTULO IV	24
4.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
Tabla 2 Promedio de edad	24

Tabla 3 Porcentaje entre razas	24
Tabla 4 Porcentaje de Factores de Riesgo	24
Tabla 5 Ocupación de las pacientes	25
Tabla 6 Síntomas asociados a Cistocele	25
Tabla 7 CHI ² Relación entre Factores de Riesgo Sintomatología observado.....	25
Tabla 8 Relación entre Factores de Riesgo y Sintomatología. Esperado.....	26
Tabla 9 Relación entre Factores de Riesgo y Sintomatología. Cálculo de Fórmula.	26
Tabla 10 Resultado	27
4.2 DISCUSIÓN	28
CAPÍTULO V	30
5.1 CONCLUSIONES.....	30
5.2 RECOMENDACIONES	30
6. BIBLIOGRAFÍA	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	21
Tabla 2 Promedio de edad.....	24
Tabla 3 Porcentaje entre razas	24
Tabla 4 Porcentaje de Factores de Riesgo	24
Tabla 5 Ocupación de las pacientes	25
Tabla 6 Síntomas asociados a Cistocele	25
Tabla 7 CHI ² Relación entre Factores de Riesgo Sintomatología observado	25
Tabla 8 Relación entre Factores de Riesgo y Sintomatología. Esperado.....	26
Tabla 9 Relación entre Factores de Riesgo y Sintomatología. Cálculo de Fórmula.	26
Tabla 10 Resultado.....	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Promedio de edad de pacientes con Cistocele	36
Gráfico 2 Porcentaje de razas de pacientes con Cistocele	36
Gráfico 3 Porcentaje de Factores de Riesgo	37
Gráfico 4 Ocupación de las pacientes	37
Gráfico 5 Síntomas asociados a la presencia de Cistocele	38

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Visión del piso pélvico	38
Ilustración 2 Músculos del plano superficial del suelo pélvico	39
Ilustración 3 Músculos del plano medio del suelo pélvico	39
Ilustración 4 Músculos del plano profundo del suelo pélvico	40
Ilustración 5 Clasificaciones del prolapso vesical	40
Ilustración 6 Episiotomía	41
Ilustración 7 Tratamiento conservador del Cistocele	41
Ilustración 8 Mallas utilizadas en el tratamiento quirúrgico	41

RESUMEN

Introducción: Se conoce como cistocele o prolapso vesical al descenso de la vejiga observada a través de la vagina, debido a múltiples factores como la multiparidad, edad, peso; la clínica es muy desagradable más cuando las mujeres oscilan en edades jóvenes.

Objetivo General: Analizar los factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2017-2019.

Diseño metodológico: Estudio de corte transversal-prevalencia (observacional, retrospectivo y descriptivo). En el cual se incluyó a las pacientes de 40 a 60 años de edad que fueron atendidas en consulta externa del Hospital Alfredo G. Paulson desde octubre 2017 hasta octubre del 2019. Para la obtención de datos, se analizaron las historias clínicas del sistema AS400, luego de la aceptación del consentimiento por parte del mencionado hospital.

Resultados: Mayor incidencia en mujeres dentro del rango etario de 40-49 años de edad (52%) con una media de 50 años. La raza más frecuente es la mestiza (54%), cuyo factor principal se encuentra la multiparidad (39%), dentro de la ocupación con mayor incidencia tenemos Amas de casa (44%) y por último el síntoma que más se asocia a la patología es la disuria (36,73%).

Conclusiones: El factor de riesgo predisponente en nuestra población de estudio es la multiparidad, su incidencia es directamente proporcional a la edad, es decir a mayor edad, más probabilidad de desarrollar cistocele.

Palabras clave

Pacientes, Atención, Cistocele, Factores de Riesgo.

ABSTRACT

Female genital prolapse is one of the most frequent surgical pathologies in gynecology; Therefore, the researchers propose to carry out the present study with the objective of analyzing the risk factors associated with Cystocele in patients aged 40 to 60 years treated at the Alfredo G. Paulson Women's Hospital in the period October 2017-2019. The paradigm to be used is the positivist with a quantitative approach; of a descriptive, cross-sectional cohort study. The study population consists of 100 patients who were treated in the hospital under study, in the period October 2017-2019 and the sample will be worked using census sampling so that 100% of the population will be taken. The data obtained will be analyzed under descriptive statistics, expressing them in tables and graphs for greater understanding. It is concluded that the main risk factors that were related to the appearance of Cystocele in women aged 50 to 59 in order of frequency are Multiparity, Obesity, Hysterectomy and advanced age. It is recommended to work in prevention and health promotion activities at an early age and at risk patients to avoid this phenomenon; timely and effective detection for surgical resolution when appropriate.

Keywords: Patients, Attention, Cystocele, Risk Factors.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La distopia genital o prolapso urogenital es un problema de salud que aqueja a millones de mujeres a nivel mundial. Se ha demostrado en varias investigaciones sobre la asociación a múltiples factores predisponentes de Cistocele que influyen en la aparición de esta patología. (1) En Estados Unidos la frecuencia durante la vida (hasta los 80 años) es de 11,1% (2); igualmente en Europa se estima que el 24% de las mujeres tiene algún grado de prolapso genital. (3).

En países latinoamericanos se realizaron estudios acerca de los factores de riesgo del cistocele obteniéndose como resultado una gran asociación al grupo etario, especialmente mayores de 80 años, el número de partos y el índice de masa corporal (4). El Cistocele es un problema que va en aumento y frecuencia en Ecuador, según el INEC en el año 2018 reporto 4,416 casos de prolapso genital femenino de los 726,739 casos de egresos hospitalarios femeninos. (5)

El método más eficaz en contra de esta afección es la prevención mediante consultas ginecológicas de control en mujeres en riesgo y periodo peri menopáusico. (6). En casos más avanzados lo ideal son los procedimientos quirúrgicos: lo más utilizado es una cirugía para reparar el prolapso uterino, que consiste en un proceder mínimamente invasivo (laparoscópica) o vaginal. En casos mucho más delicados se realiza la Extirpación del útero (histerectomía). (7)

Existe una estrecha relación entre los factores predisponentes de Cistocele, lo que lleva a analizar la importancia de identificar a estos factores tempranamente. Es de suma importancia saber que esta patología debe ser diagnosticada y encontrarse bajo tratamiento lo más pronto posible, así mismo el saber de qué cualquier procedimiento quirúrgico que tome el piso pélvico puede dar la posibilidad de afectar los tejidos propiamente dichos, además del resto de los órganos reproductores femeninos, incluido: útero, trompas de Falopio, ovarios, etc, generando como resultado una incremento de la mortalidad dentro

de la población. Por lo tanto, la importancia de detectar a las pacientes en riesgo para realizar una adecuada promoción y prevención de salud y en los casos en los que se encuentren criterios quirúrgicos se planificará la intervención quirúrgica en la paciente. En este sentido se plantea la presente investigación con la finalidad de analizar los Factores de riesgo asociados al Cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el área de consulta externa del Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019. El presente estudio, se encuentra estructurado en capítulos ordenados de la siguiente forma: Capítulo I, en el cual se desarrolla el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. Luego se describe en el Capítulo II o Marco Teórico, en el mismo se desarrollan los antecedentes que se consideraron pertinentes y relevantes a la investigación, bases teóricas y legales que orientan la investigación. Secuencialmente se describe el Capítulo III o Marco Metodológico, el mismo contiene la Modalidad de Investigación, Diseño del Estudio, Población y Muestra, Técnicas, Instrumentos, Procedimiento de Recolección de Datos y Análisis de Datos. A la par, el IV capítulo donde se expone los recursos administrativos y el Cronograma de actividades, el V capítulo los resultados y la discusión, junto con las conclusiones y recomendaciones. Las Referencias Bibliográficas consultadas oportunamente en la indagación investigativa, y finalmente se presentan los Anexos.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El cistocele es una afección que está siendo diagnosticada con más frecuencia en la actualidad en aquellas mujeres durante la adultez, esto se debe a la presencia de múltiples factores los cuales contribuyeron con el paso de los años en su aparición.

Para lo cual se logrará elaborar recomendaciones las cuales nos permitan concientizar a las mujeres en la actualidad para que puedan evitar la presencia de esta patología.

Con el presente trabajo de investigación se logrará conocer cuáles son los factores de riesgo predisponentes principales en la producción del cistocele en las pacientes femeninas de 40 a 60 años en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019.

1.3 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El desconocimiento de los múltiples factores de riesgo para presentar este trastorno ginecológico en las mujeres es muy elevado, al persistir el desconocimiento en la actualidad sobre esta patología siguen aumentando los casos de manera exponencial, y por lo tanto se dificulta la promoción y prevención de la misma. La población que acude al Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson objeto de estudio tiene sintomatología característica compatible con Cistocele el cual puede dividirse en I, II, III, IV, por lo que se hace necesario un estudio actualizado para conocer: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la producción de Cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en consulta externa del hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de cistocele de las pacientes atendidas en consulta externa del hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019.
- Determinar la edad que con mayor frecuencia se presenta el cistocele en las pacientes atendidas en consulta externa del hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019.
- Determinar las características sociodemográficas de las pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019.
- Establecer la relación entre Factores de Riesgos y Signos y síntomas.

1.6 HIPÓTESIS

La multiparidad será el principal factor de riesgo asociado al mayor porcentaje de producción de cistocele en mujeres de 40 a 60 años de edad atendidas en consulta externa, hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 SUELO PÉLVICO

Por debajo de la cavidad abdominal encontramos a la cavidad pélvica, cuyo espacio da lugar al reposo de varios órganos correspondientes a diferentes aparatos, como: recto y ano (sistema gastrointestinal), uretra, vejiga y porciones distales del sistema urinario, y todos los órganos correspondientes al aparato reproductor femenino los cuales usan como sostén sus inserciones óseas ligamentosas, además de suspenderse en diferentes músculos. En las mujeres el tejido conectivo laxo que se encuentra rodeando al músculo estriado es mucho mayor que en los hombres, siendo esta una de las razones por la cual es más común los prolapsos genitales en las mujeres. (8) (Figura 1).

Aparte de la función de sostén que ejerce la presencia de las diferentes estructuras también poseen la capacidad de intervenir en la micción y defecación, es decir directamente en las funciones excretoras. Teniendo en cuenta que el músculo elevador del ano posee una cualidad más dinámica, esto se debe a su gran capacidad elástica y retráctil, permitiendo una correcta acción en la continencia urinaria y fecal, al mismo tiempo existe la inmovilidad de las fascias musculares, es decir se mantienen estáticas o con menor dinamismo. (9)

Estructura: Los haces musculares adoptan una forma característica en abanico y es así como rodean a dos estructuras importante, el ano y vulva, posicionándose las mismas entre el coxis y pubis. Dado de esta manera podemos observar que los músculos pueden dividirse y estudiar en tres diferentes planos: superficial, medio y profundo. (10)

Plano superficial:

1.- Este se encuentra comprendido por Fibras a disposición circular, rodeando el esfínter anal en su cara interna, brindando su contracción de manera continua y

sostenida hasta que sea necesaria la excreción, es decir, podría considerarse como un órgano regulador excretorio.

2.-Músculo transverso superficial: dicho órgano posee un trayecto comprendido entre la parte medial de la región periné hasta las ramas isquiopubianas, esto a su vez también incluye al isquión . (11)

3.- Músculo isquiocavernoso: su inserción corresponde al trayecto comprendido entre los labios superiores y el isquión donde se inserta, además posee un rol importante en la función de micción. (Figura 2)

4.- Músculo bulbo esponjoso o bulbo cavernoso: tiene una forma la cual encierra al bulbo del clítoris, dentro de sus funciones también se incluye la micción (12).

5.- Músculo constrictor de la vulva: su inserción se posiciona en la región céntrica a tal manera que genera un estrechamiento por parte del orificio inferior de la vagina (13).

Plano medio:

1.- Músculo transverso profundo del periné: su inserción posee un trayecto tal como su

2.- Músculo esfínter uretrovaginal: el mismo da lugar a la formación de un esfínter que rodea la uretra y la vagina, a diferencia de los músculos descritos anteriormente este posee la capacidad de micción de manera voluntaria.

3.- Músculo compresor de la uretra: su trayecto se encuentra comprendido entre las tuberosidades isquiáticas y la pared anterior de la uretra. Así es como este músculo logra impedir la incontinencia urinaria (20). (Figura 3)

Plano profundo:

1.-Músculo elevador del ano: se divide en 3 porciones:

- Puborrectal: su inserción corresponde a la región medial en la cara posterior del pubis dirigiéndose hacia el hiato urogenital, terminando sus haces musculares en la región anorrectal (14).
- Pubococcígeo: este músculo se encuentra descrito de manera y forma lateral, encontrándose en la cara posterior del cuerpo pubiano, cuyo

trayecto se encuentra dirigiéndose hacia posteriores llegando al hueso coccígeo (15).

- Iliococcígeo: estos músculos poseen una inserción proveniente de las estructuras óseas llamadas espinas ciáticas, poseyendo una unión completa al anococcígeo (16).
- Músculo isquiococcígeo: la inserción de este músculo proviene de la estructura ósea conocida como espina ciática, misma que posee una disposición que va hasta al sacro, para ser específicos en su extremidad inferior (17). (Figura 4)

2.1.2 CISTOCELE (PROLAPSO DE PARED VAGINAL ANTERIOR).

Conocido también como hernia vesical, dicho nombre fue otorgado por la calificación Baden-Walker, específicamente se trata

De la posición de la vejiga, en la región anterior de la pared vaginal, de hecho, este tipo de prolapso podría decirse que es el más frecuente con la variante que podría encontrarse presente la uretra como no (18). Cuando hablamos de Cistocele debemos tener en cuenta que existen varias clasificaciones que han ido cambiando y mejorando con el transcurso de los años es así como hoy utilizamos la clasificación de POP-Q:

Estadio 0: este podría considerarse el estado fisiológico en el que se debería encontrar la mayoría de la población femenina, en otras palabras en ausencia de protrusión o prolapso genital alguno, hablando específicamente del introito vaginal donde estructura debe encontrarse a < 3 cm posterior a la misma, es decir que ninguno tendría la capacidad de aproximarse y mucho menos proyectarse por fuera de la vulva vaginal, imposibilitando alguna positividad en los números de esta escala o clasificación.

- Estadio I: a pesar de su baja posición dentro de esta escala ya se puede apreciar un prolapso mínimo en el espacio comprendido dentro de los bordes del introito vaginal, de hecho, tanto es así que si aplicáramos la

maniobra de pujo en la paciente este podría llegar a protruirse hasta 1 cm por debajo del himen, pero al solo ser una maniobra de esfuerzo literariamente se describe que la posición del órgano se encuentra a – 1 cm del orificio vaginal.

- Estadio II: este estadio encontramos una diferencia no tan marcada y la mayoría de los pacientes podrían seguir siendo asintomáticos, generando así un rango determinado entre – 1 cm y + 1 cm, en palabras más sencillas para comprender este concepto la protrusión puede encontrar o bien por fuera o dentro del introito vaginal a 1 cm.
- Estadio III: encontrándonos en uno de los estadios más avanzados y probablemente haya sintomatología marcada, la posición de la protrusión será a + 1 cm del himen vaginal pero no le será posible pasar por encima de los – 2 cm de longitud en consideración de la vulva vaginal.
- Estadio IV. ya a este nivel o grado la sintomatología es más que severo siendo amplia la constelación de su clínica, pero en concreto la protrusión de la vejiga sobre pasa los – 2 cm o bien se puede hallar fijado en este punto. (19)

Esta es la clasificación más precisa, ya que permite mayor precisión en el estudio de prolapso de órganos pélvicos. A continuación, se describe los tipos de Cistocele, usando la clasificación de Baden-Walker, donde se determina cual fascie está rota o se des inserta, clasificándola en 3 tipos:

- Cistocele central: la facie muscular de este tipo suele lesionarse justo por en medio, dando como resultado la presencia del prolapso desde el tercio medio hasta llegar a posicionarse por detrás de la pared anterior vaginal. La trasposición a manera descendente se generará de manera progresiva pero lenta con el pasar de la variable tiempo, aunque varios escenarios podrían sencillamente aprontar el efecto resultante de la misma, se ha demostrado en varias ocasiones que estos casos en cuanto a incidencia se encuentran en menor cantidad en comparación con la afección lateral. El aspecto del prolapso proyectado en la región de la pared vaginal

anterior poseerá apariencia brillante, lisa y en ausencia de alguna rugosidad que es propio de la forma estructural del canal vaginal, a tal manera que irá saliendo a través del introito vaginal. Y al momento de iniciar esta sección de los pasos semiológicos conocido como inspección visual, donde se dará en evidencia lo descrito (20).

- Cistocele lateral: tal cual su nombre puede indicar las inserciones que se encuentran afectas son las de posición lateral. La gran diferencia con el anterior es que aquí sí se podrán apreciar las rugosidades correspondientes al canal vaginal y como estas protruyen el espacio limitante de la vagina conocido como orificio vaginal (21).
- Cistocele transverso: no habría como confundir este tipo de prolapso de la vejiga ya que adopta una forma trapezoidal, esto se debe a que la fascia pubocervical de origen e inserción apical, se desinserta. Se ha descrito en varias literaturas la posibilidad de este tipo de cistocele debido al fallo terapéutica quirúrgico dándose a notar varias veces en el post operatorio, y sin importar cuál sea la razón causante de esta complicación, por ejemplo: por la dehiscencia de puntos, demasiado tensión entre el músculo y fascia, o incluso un mal movimiento o fuerza por parte del paciente, provocará una recaída causando un resultante de este tipo. Suele ser asociado directamente con un Cistocele de Estadio IV o severo, en donde la protrusión es mayor de 2 cm desde el himen. (22). (Figura 5)

2.1.3 CUADRO CLÍNICO

La semiología de la protrusión de la vejiga suele moverse dentro de una constelación sintomatológica muy variada, tanto es así, que incluso el mejor de los ojos clínicos podría tender a confundir el diagnóstico definitivo con alguno diferencial que pueda incluso pertenecer a otro aparato y sistema como el urinario o en otros casos específicos, el urogenital. La clasificación de esta patología posee ya varios años de antigüedad, sin embargo, por varias ocasiones se ha

dado actualizaciones de la manera es que la clasifica, por medio de varios congresos y acuerdos, algo curioso es que el estadio menos cambiante y mejor definido es el estadio II, muchos de los otros estadios y clasificaciones suelen ser inespecíficos y los pacientes asintomáticos. A disparidad de casos más severos donde la pared anterior de la vagina sobrepasa el himen causando manifestaciones clínicas más significativas en la mayoría de las veces, más ninguno de estos casos asegura una serie de síntomas específicos según el grado del prolapso genital. Entre los síntomas podemos encontrar:

- Dificultad al miccionar
- Retención de orina
- Disuria
- Sensación de pesadez vagino-pélvica
- Sensación de cuerpo extraño o bola en el introito vaginal
- Infecciones vaginales
- Incontinencia urinaria

Estos síntomas pueden exacerbarse al estar en bipedestación por tiempo prolongado. (23)

2.1.4 CAUSAS DE CISTOCELE

Aunque existe una definición diáfana, las razones por las cuales puede manifestarse esta patología suelen ser varias y multifactoriales. Estos mismos factores son aquellos que deben evitarse con el transcurrir del tiempo y en caso de ya conocer alguno de estos, tratar de evitar su desarrollo o historia natural del mismo. Las causas pueden ser dadas desde un punto de vista causal sencillo como una lesión local a un trastorno de tipo hereditario donde el tratamiento es más bien paliativo y el cistocele como consecuencia secundaria o terciaria,

ejemplos de este concepto podría explicarse desde: tensión intrabdominal anómalo, alteraciones metabólicas, y lesiones neuromusculares, de manera más concreta tenemos las causas:

- Congénito: Su incidencia asociada a esta patología no es la más baja, puesto a su temprano desarrollo las pacientes suelen ser diagnosticadas en edad joven y además nulíparas, ya que la afección del tejido también posee mayor tiempo de evolución, tanto es así el caso que suelen poseer transposiciones de estructuras en otros sitios más comunes, como las hernias, ya sea a través de paredes musculares, fascias, vértebras y agregar el defecto de poseer varias malformaciones del Sistema Nervioso Central, incluso existe trastornos severos por parte del tejido conectivo laxo circundante en todo el organismo.
- Síndrome de Marfan: Esta patología posee una etiología de estirpe genética cuya producción se debe al defecto hereditario que puede ser hallada en un cariotipo, específicamente hablando del cromosoma 15, mejor conocido como el gen FBN1, cuya función es la producción de fibrina -1, esto es sumamente importante para el tejido conectivo porque le brinda las características suficientes para mantener todo el tejido circundante en orden y posición, ya que la equilibrada presencia de la misma genera buena fuerza y tono de estas estructuras (23). La patología ha sido ampliamente descrita desde el pasado, siendo los médicos quienes buscan afecciones directamente en órganos propensos a lesiones, como: ojos, corazón, y todas las estructuras que puedan poseer la presencia de tejido conectivo para su correcto funcionamiento y en orden. Se le da tremendo ímpetu al aparato óseo y sistema cardiovascular. (23).

Se conoce que la sintomatología varía incluso, pacientes de la misma familia presentan síntomas muy leves y otro miembro de la misma familia se complica con riesgo vital, entendiéndose que un porcentaje mayor de pacientes pueden

empeoran su cuadro al pasar los años.

Es así que se puede apreciar pacientes de características corporales altos y de bajo peso, sus extremidades superiores largas extremadamente, el pie plano es otra de sus alteraciones. En la boca observaremos el paladar arqueado, dientes apiñados, la columna vertebral muy curvada pudiendo presentar escoliosis o lordosis, hundimiento del esternón, así como también puede presentarse sobresalido; su visión presentara miopía de rápida evolución y no menos importante y preocupante pueden presentar soplo cardiaco.

En concordancia a la sintomatología se considera el tratamiento general con hipotensores con el objetivo de controlar la presión arterial, reduciendo así la tensión que se produce a nivel de la aorta. Sin embargo, el chequeo estricto es de gran importancia en la evolución del cuadro clínico considerando que con el paso del tiempo el paciente puede requerir tratamiento quirúrgico en la aorta (24).

- Raza: Es más frecuente encontrar mujeres caucásicas con prolapso vesical que en pacientes de raza negra o asiáticas, debido a la morfología pélvica de la mencionada raza considerando la tonicidad muscular de soporte de la pelvis, pero también porque las mujeres de distintas razas tienden a presentar tejido fibrótico en el proceso de cicatrización , en comparación con las mujeres de raza negra quienes tienden a almacenar con mucha facilidad colágeno que las féminas de raza blanca pudiéndose justificar así por qué el prolapso de órganos genitales es más común en trigueñas y caucásicas que en mujeres afroecuatorianas.
- Traumas: Desde primiparidad a gran multiparidad, el parto vaginal es un factor importante debido al trauma estructural generado en las estructuras del piso pélvico, producto de la distensión secundaria al incremento abrupto del útero y esfuerzo en el trabajo de parto. En otras palabras, entre más partos naturales es más probable daños irreversibles, aunque la resistencia y reparación de dichos tejidos varían según el paciente.

En este contexto hay que recordar el proceso fisiológico del parto donde se

unifica acción de la madre por las contracciones el dolor y la presión que ejerce el feto al salir por la pelvis, desgarrando los haces musculares de los músculos previamente expuestos, siendo posible una mala regeneración. El resultado de este proceso puede agudizarse por alguna herida o desgarro del esfínter anal o periné (25).

- La episiotomía y el desgarro que puede darse en la región perianal durante el parto en el periodo expulsivo o la episiotomía si es necesario para dilatar el mencionado canal con el objetivo de facilitar el descenso fetal, puede ser un factor que influye pues si la reparación de sus respectivos planos se hace solo con la aproximación de las facies musculares y no con la elevación adecuada la paciente tendrá dificultad para recuperar la funcionalidad del suelo pélvico favoreciendo la dehiscencia de alguna reparación del piso pélvico, el cual se hace cuando el prolapso tiene un estadio 3 o 4, o de desarrollar un prolapso genital.
- Se puede mencionar otros tipos de traumas como los ocasionados por accidentes, relaciones sexuales de intensidad o el uso de aparatos que puedan dañar el tejido conectivo del suelo pélvico y paredes de la vagina provocan pérdida en la firmeza muscular.
- Las fracturas pélvicas, podrían relacionarse con el desarrollo de algún tipo de prolapso genital como cistocele, ya que por el traumatismo la morfología pélvica se altera. Si recordamos que esta estructura es parte importante para la fijación del suelo pélvico es fácil deducir que los órganos que reposan sobre este descienden, pero también podría ser al contrario, si hay un punto más elevado de fijación, se tensarán más de lo normal las asas musculares insertadas, produciendo un desgaste más rápido, sobre todo en las edades avanzadas, que es cuando más propensas son las fracturas y luxaciones pélvicas, debido al desgaste óseo con el pasar de los años.
- Hormonal: En la premenopausia, menopausia, posmenopausia, senectud,

obesidad, se detiene la producción de estrógeno, como resultado existe la reducción de los músculos de todo el apartado muscular, incluyendo los que conforman el piso pélvico, afectando directamente, la progesterona es responsable en parte de mantener la musculatura firme de forma natural, al existir disminución de la misma el riesgo de que las mujeres presenten cistocele aumenta 40% en cada década.

- La etapa del climaterio, es considerado otro factor predisponente en el contexto que el climaterio ocurre cambios endocrinos de importancia comprendidos en fases alterando así la fisiología del suelo pélvico. Entendiéndose que el climaterio representa pérdidas progresivas de los gametos femeninos ocasionando disfunción neuroendocrina.

Fases:

1.- La primera fase del climaterio es la premenopausia, iniciándose posiblemente a los 35 años de vida, acompañada de los cambios endocrinos, biológicos y algunas manifestaciones clínicas propias de esta fase en forma sucesiva (27)

2.- Menopausia: esta fase representa sece de la función ovárica en una mujer es decir la menstruación deja de existir. Se considera que cuando una mujer de 50 años presenta amenorrea por más de un año sin alteraciones patológicas y de forma espontánea curso el periodo de menopausia, luego de este año inicia la fase postmenopáusica si se presenta antes de los 40 años es considerada precoz y si se presentara después de los 55 años se establece como menopausia tardía, aunque algunos autores la consideran al presentarse después de los 60 años.

3.- Otra de las fases del climaterio es la postmenopausia, aquí hay que considerar que el ovario después de la menopausia sigue produciendo estrógenos en mínimas cantidades principalmente la estrona, recordemos que el estradiol, el estriol y la estrona son los estrógenos principales en la mujer. El estradiol presente en mayor cantidad en la etapa fértil, el estriol que aumenta en el embarazo y la estrona hormona que disminuye en el climaterio, estas hormonas se producen en los ovarios el tejido adiposo desde la androstenediona y en pocas cantidades en las glándulas suprarrenales.

Aunque la estimulación androgénica disminuye durante el climaterio, desde el punto de vista fisiológico se considera fuente de estrógenos los mismos que incrementan su aromaticidad.

Histerectomía y Ooforectomía: Se conoce como menopausia quirúrgica al proceso mediante el cual una mujer deja de menstruar como resultado de una histerectomía sin ooforectomía, sin embargo, este concepto no es apropiado, ya que "menopausia quirúrgica" hace referencia a la ooforectomía bilateral con o sin histerectomía.

-Sobresfuerzo del suelo pélvico: Existen varias causas que pueden aumentar la presión abdominal, como, por ejemplo: ejercicios de alta intensidad, obesidad, oficios en los cuales se deban levantar cajas pesadas, síntomas crónicos como tos y estreñimiento severo, son causantes del deterioro rápido de los músculos pélvicos, incrementando la probabilidad de desarrollar prolapso de dichos órganos. (27).

2.1.5 CONSECUENCIAS DE CISTOCELE

La presencia de bacterias en el tracto urinario (lo cual es anormal) se conoce como IVU y decimos que es recurrente cuando se desarrollan 2 infecciones en 6 meses. Si esta patología se presenta acompañada de incontinencia urinaria, incrementa los síntomas urinarios/ginecológicos durante la etapa de la menopausia, producidos por la elasticidad deficiente de la musculatura. Esto se produce debido a que no se elimina la orina contenida en la vejiga, dando lugar a un hábitat propicio en el tracto urinario distal, para el desarrollo de bacterias o para la migración de las mismas que provienen de la zona genital, dichas bacterias generalmente son resistentes al tratamiento farmacológico convencional para infecciones del tracto urinario, ya que es muy común que las pacientes incumplan con el tratamiento adecuado.

La Incontinencia urinaria de esfuerzo, es otro factor que se presenta como consecuencia del Cistocele, ya que al alterarse el ángulo uretrovesical, el tono del esfínter uretral cambia el mecanismo de la micción. Otro ejemplo, es la tos crónica, debido a que aumenta la presión intraabdominal, modificando o

interviniendo directamente en el piso pélvico, creando la liberación de orina involuntariamente, por el cierre incompleto del esfínter uretral.

En este mismo orden de ideas, la reparación de la fistula del suelo pélvico, es una operación con un grado de riesgo moderado ya que entre las principales complicaciones está la perforación del canal vaginal o la vejiga, lo que causaría comunicación aberrante entre ambos. La dispareunia principalmente se haya presente en el cistocele severo, la exteriorización de la vejiga irrita la mucosa de la pared vaginal y dificulta la lubricación de la cavidad vaginal durante el coito.

2.1.6 TRATAMIENTO

Hay que establecer que generalmente la resolución del cistocele es quirúrgica, pero solo en determinadas circunstancias se enviara tratamiento conservador. El tratamiento elegido dependerá del cuadro clínico y la afectación de la calidad de vida de la paciente. (28)

Tratamiento médico conservador

Después del diagnóstico de cistocele o prolapso de vejiga podemos elegir la base del tratamiento mediante el uso de medidas conservadoras cuando no se encuentra afectada la calidad de vida de la paciente debido a que no se presenta el cuadro clínico o caso contrario se encuentra contraindicada la cirugía.

- Eliminar o reducir la presencia de los factores de riesgo.
- Implementación de los ejercicios de Kegel los cuales permiten el fortalecimiento de la musculatura pélvica.
- Uso de tratamiento hormonal local con estrógenos.
- Uso de dispositivos extraíbles como los pesarios vaginales.

Tratamiento quirúrgico

Cuyo objetivo principal es la obtención de la satisfacción funcional total de la

paciente, restauración de la longitud y eje de la vagina, mejoría de la continencia urinaria y fecal, y la obtención de resultados a largo plazo. Sin embargo hay que recalcar que no siempre se alcanza lo esperado, ya que dependerá de cada paciente y sus factores de riesgo para la recidiva.

La gran mayoría de las cirugías correctoras del prolapso vesical se realizarán a través de la vía vaginal. Es utilizada como alternativa la vía abdominal abierta o laparoscópica y en ciertos casos se puede realizar: Histerectomía, colporrafia anterior y posterior (colpoperineoplastia). (29)

Se indicará la cirugía si se presentan:

- Prolapsos sintomáticos.
- Presencia de clínica de incontinencia urinaria o fecal.
- Disfunción sexual.
- Dolor pélvico (tras descartar otras causas). (30)

1.- Técnicas quirúrgicas: Vía vaginal

La vía vaginal es utilizada principalmente en mujeres en la etapa de la postmenopausia, en las cuales la actividad sexual no es de tanta importancia y en aquellas pacientes que se vayan a realizarse otras técnicas correctoras que precisen el acceso a través de la vía vaginal. (Figura 8)

2-Técnicas quirúrgicas: Vía abdominal

Utilizamos esta vía de entrada cuando la paciente tiene alguna patología del útero o de sus anexos. Si se presenta la imposibilidad de acceso por vía vaginal o predomina la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo sobre el grado del prolapso. Si se asocia incontinencia urinaria de esfuerzo se debe realizar una intervención quirúrgica correctora.

3-Técnicas quirúrgicas percutáneas

Son de reciente aparición, se trata de mallas extensas con un sistema de anclaje que permiten dar un soporte más integral y son técnicas mínimamente invasivas. El sistema consta con un kit de instrumentos (guías, cánulas y

dispositivos de tracción de la malla) los cuales facilitan su introducción y localización. Por lo general, se utilizan en prolapsos grado III y IV. (31)

CAPÍTULO III

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio de corte transversal-prevalencia (observacional, retrospectivo y descriptivo). En el cual se incluyó a las pacientes de 40 a 60 años de edad que fueron atendidas en consulta externa del Hospital Alfredo G. Paulson desde octubre 2017 hasta octubre del 2019. Para la obtención de datos, se analizaron las historias clínicas del sistema AS400, luego de la aceptación del consentimiento por parte del mencionado hospital.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realiza investigación de tipo retrospectivo, de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, corte transversal descriptivo. Se integró a pacientes del Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson de Guayaquil en el periodo Octubre 2017-2019. Previo a la aceptación del consentimiento mediante la especificación del CIE-10 y del sistema MIS, utilizando como base las manifestaciones clínicas, historias clínicas y el uso de historias clínicas en el AS400.

3.3 CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES

Esta investigación fue aprobada por la universidad Católica Santiago de Guayaquil, departamento de investigación de la carrera de medicina, en conjunto con la autorización de la coordinación general de investigación del hospital Alfredo G. Paulson y la colaboración del Dr. Carlos Julio Jurado del servicio de la consulta externa de dicho hospital. Quienes nos facilitaron la base de datos, para poder realizar la respectiva recolección de la información de las pacientes de nuestro estudio, como es un estudio observacional queda claro que solo se usaron los datos de nuestras variables, por lo que los pacientes cursan con el anonimato para así salvaguardar el respeto y la confidencialidad de los mismos.

3.4 LUGAR DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto fue realizado en el área de consulta externa del Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson de Guayaquil en la provincia del Guayas, en el período entre octubre 2017 a octubre 2019.

3.5 POBLACIÓN, MUESTRA, OBJETO DE ESTUDIO Y SUJETOS DE ESTUDIO

Pacientes femeninas de 40 a 60 años con diagnóstico de Cistocele en el

área de consulta externa del Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson de Guayaquil en el período entre octubre 2017 a octubre 2019.

Con una muestra probabilística de 100 pacientes de 40 a 60 años con diagnóstico de Cistocele atendidas en el área de consulta externa del Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson de Guayaquil en el período entre octubre 2017 a octubre 2019.

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que fueron diagnosticadas con cistocele en consulta externa del hospital Alfredo G. Paulson.
- Pacientes entre 40 a 60 años atendidas en consulta externa del hospital Alfredo G. Paulson con diagnóstico de Cistocele.
- Pacientes con una historia clínica completa.

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 40 años y mayores de 60 diagnosticadas con cistocele en consulta externa del hospital Alfredo G. Paulson.
- Pacientes diagnosticadas con cistocele fuera del periodo de estudio octubre 2017-2019.
- Pacientes que han presentado diagnostico recidivante de cistocele.

3.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable	Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Fuente
VARIABLE DEPENDIENTE					
Cistocele	Presencia del descenso de la vejiga a través de la pared vaginal anterior.	Presencia	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica

Variable	Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Fuente
VARIABLES INDEPENDIENTES					
Factores de riesgo	Característica de una paciente que aumenta la probabilidad de presentar cistocele.	Multiparidad	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Episiotomía	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Menopausia	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Histerectomía	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Obesidad	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Tos crónica	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Estreñimiento	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
VARIABLES INTERVINIENTES					
Datos demográficos	Información obtenida de las pacientes	Edad	40 – 49 años 50 – 59 años Mayor a 60 años	Cuantitativa	Historia Clínica
		Raza	Afroamericana Mestiza Indígena	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Escolaridad	Básica Media Superior	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Ocupación	Quehacer doméstico Jubilada Obrera Empleada doméstica	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
Cuadro clínico	Conjunto de signos o síntomas que pueden presentar en las pacientes con cistocele	Dispareunia	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		IVU	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Incontinencia Urinaria	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
		Disuria	Si No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica

3.6 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER INFORMACIÓN

3.6.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Previa obtención de la base de datos del área de consulta externa de ginecología, se utilizó el sistema AS400 para revisar las historias clínicas y se empezó a revisar según las variables de nuestro estudio.

3.6.2 TÉCNICA

Previa recopilación de la base de datos del hospital Alfredo G. Paulson según las variables de estudio, se procedió a ordenar la información encontrada mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el área de consulta externa, para posteriormente analizar y ordenar los resultados obtenidos en Microsoft Excel. De esta manera se elaboró el análisis, las discusiones, conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3.6.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Se examinó cada una de las historias clínicas según las variables; edad, sexo, raza, manifestaciones clínicas. Luego de obtener la información con el programa Excel se realizó las debidas tablas y gráficos porcentuales para así poder observar el promedio, media, porcentaje chi cuadrado y valor de significancia $p < 0,01$. Posteriormente con los resultados obtenidos se da a conocer si las variables en estudio tienen significancia.

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabla 2 Promedio de edad

MUJERES	40-49	50-59	+60
EDAD	30	52	18

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. Elaborado: Vintimilla llanos María José

La población total de nuestro estudio demuestra un mayor promedio de aparición de la enfermedad a la edad de 40 a 49 años.

Tabla 3 Porcentaje entre razas

RAZA	PACIENTES	PORCENTAJE
Afroecuatoriana	28	28
Mestiza	54	54
Indígena	18	18
TOTAL	100	100

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. Elaborado: Vintimilla llanos M, Iturralde Vizueta X

La raza que tiene mayor predisposición a tener cistocele son las mujeres mestizas con un 54% en comparación con la raza afroecuatoriana 28% o indígena 18%.

Tabla 4 Porcentaje de Factores de Riesgo

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Multiparidad	39	39
Estreñimiento crónico	10	10
Menopausia	6	6
Histerectomía	5	5
Obesidad	15	15
Tos crónica	7	7
Episiotomía o desgarro	18	18
TOTAL	100	100

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. Elaborado: Vintimilla llanos M, Iturralde Vizueta X

La causa más frecuente de cistocele en el Hospital Alfredo G. Paulson es la multiparidad con un 39%, seguido de episiotomía o desgarro con 18%, obesidad con el 15%.

Tabla 5 Ocupación de las pacientes

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	44	44
Jubilada	22	22
Obrera	11	11
Empleada domestica	23	23
TOTAL	100	100

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. **Elaborado:** Vintimilla M, Iturralde x.

Luego de la revisión de las historias clínicas, predomina el oficio de ama de casa con 44%, seguido por empleada doméstica con 23%, como tercer oficio más común tenemos a las jubiladas con 22%, por último, tenemos a las mujeres que trabajan con un 11%.

Tabla 6 Síntomas asociados a Cistocele

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dispareunia	19	19.387755
IVU	19	19.387755
Disuria	36	36.734693
Incontinencia Urinaria	26	24.489797
TOTAL	100	100

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. **Elaborado:** Vintimilla M, Iturralde x.

El síntoma con mayor predominio en pacientes con cistocele, es la disuria con 36.73%, seguido de incontinencia, dispareunia e IVU con 24.48%,19.38%; 19.38% respectivamente.

Tabla 7 CHI² Relación entre Factores

de Riesgo Sintomatología observado

OBSERVADO	Sintomatología				
Factores de Riesgo	Dispareunia	IVU	Disuria	Incontinencia	Total
Estreñimiento crónico	2	1	2	5	10
Climaterio o Menopausia	2	1	2	1	6
Histerectomía	0	1	2	2	5
Obesidad	2	6	2	7	17
Tos Crónica	1	0	3	4	8
Desgarro	3	3	5	8	19
Múltipara	7	10	9	13	39
Total	17	22	25	40	104
Porcentaje	16,34%	21,15%	24,03%	38,46%	

Elaborado: Iturralde X, Vintmilla M.

Tabla 8 Relación entre Factores de Riesgo y Sintomatología. Esperado

ESPERADO	Sintomatología				
Factores de Riesgo	Dispareunia	IVU	Disuria	Incontinencia	Total
Estreñimiento crónico	2	2	2	4	10
Climaterio o Menopausia	1	1	1	2	6
Histerectomía	1	1	1	2	5
Obesidad	3	4	4	7	17
Tos Crónica	1	2	2	3	8
Desgarro	3	4	5	7	19
Múltipara	6	8	9	15	39
Total	17	22	25	40	104

Tabla 9 Relación entre Factores de Riesgo y Sintomatología. Cálculo de Fórmula.

CAL. FORMULA	Sintomatología				
Factores de Riesgo	Dispareunia	IVU	Disuria	Incontinencia	
Estreñimiento crónico	0,081674208	0,588111888	0,067846154	0,346153846	
Climaterio o Menopausia	1,059200603	0,057109557	0,215641026	0,741025641	
Histerectomía	0,817307692	0,003146853	0,529923077	0,003076923	
Obesidad	0,218292521	1,606849033	1,065361991	0,032579186	
Tos Crónica	0,07239819	1,692307692	0,603076923	0,276923077	
Desgarro	0,003602048	0,258465219	0,040991903	0,065587045	
Múltipara	0,06127451	0,371212121	0,015	0,266666667	Xi- Cuadrado
Total	2,313749772	4,577202364	2,537841073	1,732012384	11,16080559

Tabla 10 Resultado

	Valor	gl	P
Chi cuadrado Pearson	11,16	18	0,8874
Chi cuadrado MV-G2	13,53	18	0,759
Coef. Continge. Cramer	0,16		
Coef. Continge. Pearson	0,31		

La prueba de Chi Cuadrado para las variables: factores de riesgo y sintomatología da un valor de p de 0,8874 que es $>0,01$ establecido, por lo que no se rechaza la hipótesis nula (H_0), es decir que no hay relación entre las variables. Esto también se ve reflejado en el valor de el coeficiente de Cramer que es <0.20 , lo que indica la falta, o muy leve, asociación entre las mismas.

4.2 DISCUSIÓN

El estudio realizado y previamente expuesto, bajo distintas aristas que han conllevado a un punto final, es decir una evidencia científica basada en la evidencia, este trabajo expuso las intrigantes planteadas desde un principio por los autores como acertada, dicho de esta manera los valores y proporcionalidades que hemos tomado en cuenta bajo distintas variables correlativas han dado bastante apertura en el campo de la evaluación, entre más intrigas para distintos estudios que podrán realizar los futuros colegas tomando en cuenta este artículo. Este acto investigativo ha tomado en cuenta a 100 pacientes atendidas en el Hospital Alfredo G. Paulson de 40 a 60 años de edad, en el período de octubre del año 2017-2019 con Diagnóstico de Cistocele, donde la mayor incidencia era de pacientes de 50 a 60 años de edad (52%), de raza mestiza (54%), con ocupación amas de casa (44%), factor de riesgo principal como multiparidad (39%), y la Disuria como síntoma más recurrente (37%).

Un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral en Ecuador-Cuenca 2008 mostró que, a partir de los 50 años, los factores de riesgo aumentan en diagnóstico o los diagnosticados previamente se agravan, dando como resultado que la mayoría de los casos se encuentren en este rango (55%), así podemos observar una relación en las edades encontradas entre Iturralde y Cedillo. (32)

Por otro lado, tenemos un estudio realizado en Venezuela en el Instituto Médico Quirúrgico Ribas, desde el año 1998 a 2008 donde se seleccionaron 430 pacientes con alteraciones del piso pélvico. Según la Dra Luisa Obregón, los pacientes con edad promedio son de 47 +- 11 años, el 73% refirió incontinencia urinaria de esfuerzo, 18% infección de tránsito urinario, mientras este estudio en Ecuador-Guayaquil revela a la Disuria (37%) como síntoma prevalente en mayor cantidad de los pacientes. (33)

En cuanto a la raza, el estudio realizado en el Hospital Alfredo G. Paulson muestra

a la raza mestiza como prevalente (54%), de igual manera un estudio realizado en el Hospital Universitario 2018-2019 arrojó el resultado de que la raza mestiza también tiene una mayor prevalencia frente a otras razas (95.7%) correspondientes a nuestro estado sociodermográfico. (34)

Por último, tenemos al factor de riesgo más importante encontrado en este estudio a partir de la encuesta realizada mediante la historia clínica como instrumento, siendo la Multiparidad el factor de riesgo que prima (39%), sin tomar en cuenta la edad ya que consideramos al mismo una variable no modificable. El estudio realizado en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel entre el año 2013 – 2014, las pacientes multíparas se encontraron en el 30% de los casos con una población de 130 pacientes indica la Dra Avalo Mariuxi, quien implementó una metodología similar a la nuestra. (35)

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

- Una vez finalizado el presente trabajo de investigación, los autores concluyen que el factor de riesgo predisponente en la población de estudio para desarrollar cistocele fue la multiparidad con un 39%, seguido de episiotomía o desgarro con 18%.
- Según los datos obtenidos a través de las historias clínicas de la consulta externa del hospital Alfredo G. Paulson, quedó demostrado que el grupo etario más frecuente en presentar prolapso vesical o cistocele fue de 50 a 59 años.
- Luego del análisis de resultados, demostró que el factor de riesgo predisponente en la población de estudio para desarrollar cistocele fue la multiparidad con un 39%, seguido de episiotomía o desgarro con 18%.
- Finalmente, luego de la revisión exhaustiva de las historias clínicas, se establece que la ocupación recurrente en el grupo de estudio fue el de ama de casa con 44%, acompañado por el de empleada doméstica con 23%

5.2 RECOMENDACIONES

La presencia de alteraciones por parte de los músculos y el tejido conectivo del suelo pélvico de la mujer, en la mayoría de los casos suele ser inevitable, más bien una consecuencia multifactorial que afecta la función de sostén de los músculos propiamente dichos, por eso consideramos que la mujer de manera individual e independiente debe ser aquella encargada y consciente de los pasos, actitud e ideología a seguir para la prevención de las mismas, a través de:

- Concientización por parte de expertos (médicos, obstetras, fisioterapeutas, etc) en el tema, mediante estrategias no invasivas pueden lograr una prevención en relación con la funcionalidad de las estructuras conformantes del piso pélvico, para así poder reducir la incidencia, grados y tiempo de aparición del Cistocele.

- En efecto conocemos estrategias fácilmente aplicables a la vida cotidiana de nuestras pacientes, mejorando así su calidad de vida, entre esas actividades tenemos la gimnasia pélvica a través de la realización de los Ejercicios de Kegel los cuales consisten en contraer los músculos de la zona pélvica durante el mayor tiempo posible y relajarlos la misma cantidad de tiempo, se realiza en una serie de 3 y se hacen 10 veces al día. De manera preferencial se debe practicar diariamente a partir del pre y post parto, premenopausia, menopausia y posmenopausia.
- Las pacientes deben de mantener su peso ideal para evitar la distensión muscular producido por el agrandamiento de las vísceras vecinas, las cuales juegan un papel importante la gravedad de la patología.
- Se debe evitar realizar actividades que requieran sobre esfuerzo físico entre ellas tenemos alzar pesas, toser, estornudar, en consecuencia, puede provocar el movimiento de la vejiga u otro órgano pélvico a través del introito vaginal.
- Mejorar la calidad de la alimentación implementando una dieta rica en fibra, ingesta adecuada de agua debido a que en edades avanzadas suele ser un problema mucho más frecuente la presencia de estreñimiento.
- Promoción de los métodos de planificación familiar para de esta manera disminuir la incidencia de embarazos no deseados y así reducir la cantidad de gestas las cuales tienen como consecuencia la distensión de las estructuras del piso pélvico debido al agrandamiento fisiológico uterino posterior a la gestación.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Arias P, Tenezaca D. Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el año 2012. [Tesis de grado] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
2. Avalo M. Factores de riesgo que intervienen en Cistocele grado III en mujeres que acuden al Hospital Materno Matilde hidalgo de Procel en el año 2013-2014. [Tesis de Grado] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018.
3. Barnadas. Guía Itinerario Formativo. Departamento de Docencia. España. *Oncología Médica*; 2018.
4. Benites M. Factores de Riesgo asociados a Prolapso Genital Total en Pacientes atendidas en el Hospital Abel Gilbert Pontón entre Enero del 2012 a Marzo 2014. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. Guayaquil – Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2014.
5. Carrión X, Cango J. Determinación de los factores predisponentes de cistocele en mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Isidro Ayora en el año 2014. [Tesis de Grado] Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2015.
6. Carmona J. Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. Hospital Central de San Cristóbal. Venezuela: Estado Táchira; 2013.
7. Colegio Americano de Cirujanos. Curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Chicago, Illinois: Colegio Americano de Cirujanos 1994; 2005.
8. Courtney M, Townsend J, Beauchamp D, et al. The biological basis of modern surgical practice. 19th edition. Canadá: Elsevier Inc; 2012 p 31.
9. Dionicio R. Factores de riesgo de distopia genital. [Tesis de especialidad] Lima: Universidad San Martín de Porres, Sección de Posgrado - Facultad de Medicina Humana; 2014.

10. Cohen S. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. Rev. Med. Clin. Condes; 2013; 24 (2): 202 – 209.
11. Franklin J. De la Hoz E. Factores de riesgo asociado con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Urol Colomb. 2015; 24(5):12-8.
12. Rogers G. Pelvic organ prolapse in women: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management. Official Topic from uptodate; 2017.
13. García. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados. A propósito de 300 casos. [Tesis de grado presentada para optar al título de Doctor en Ciencias Médicas] Camagüey, Cuba: Hospital General Universitario "Martín Chang Puga"; 2013.
14. Hernández. Cistocele en mujeres mayores de 40 años, causas y consecuencias. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019
15. Hernández R. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill: México; 2014.
16. López. Evaluación de la calidad de la asistencia Oncológica en España; 2013.
17. Medina D, Munguía R. Factores de riesgo para Prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados en el servicio de Ginecología del Hospital HEODRA en el periodo Mayo 2010-Mayo 2011. [Tesis Doctoral] Nicaragua; Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
18. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas: Anuario de Mortalidad 2013, 2014 y 2015. Dirección General de Vigilancia Epidemiológica. Dirección de Información Social. Ecuador; 2018.
19. Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en:
<https://translate.google.co.ve/translate?hl=es&sl=en&u=http://www>
20. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. 2018.

21. Ramírez T. Cómo hacer un Proyecto de Investigación. Editorial Panapo de Venezuela; 2010.
22. Revista de Ginecología y Obstetricia en Venezuela. Caracas, Venezuela; Marzo 2016. Disponible en: <http://www.es&sl=en&u=>
23. Reunión de Especialistas del Mercosur en el ámbito del Congreso Internacional del control del cáncer y afecciones de la mujer. Altamira, Caracas, Venezuela. OPS/OMS; 2016.
24. Fernández N. El Parto como factor de riesgo en las Disfunciones del Suelo Pélvico. [Tesis para optar el Grado en Enfermería]. Cajamarca – Perú: Universidad de Jaén; 2016.
25. Palella S, Martins F. Metodología de la investigación cuantitativa. Fedupel, Caracas; 2006.
26. Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk factors for genital prolapse in non hysterectomized women around menopause: Results from a large crosssectional study in menopausal clinics in Italy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2000; 93: 135-140.
27. Dionicio R. Factores de riesgo de distopia genital. [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima – Perú: Sección de Posgrado Universidad San Martín de Porres; 2014.
28. Romero Torres Tratado de Cirugía. Editorial Medicina Moderna E.I.R.L. 3° edición. Lima – Perú. 2000.
29. Murad-Regadas S, Regadas F, Veras L, et al. Influence of age, mode of delivery and parity on the prevalence of posterior pelvic floor dysfunctions. Arq. Gastroenterol. Vol.48 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2011.
30. Sangeeta T, Mahajan M. Pelvic organ prolapse in women: Surgical repair of anterior vaginal wall prolapse; 2016.
31. Tafur. Paridad, Obesidad y edad avanzada como factores de riesgo asociados a Prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el Hospital central F.A.P. durante el periodo a julio 2016 a Junio 2017. 2018.

32. Cedillo A, Cedillo C, Coronel D. Factores de riesgo relacionados con distopias del piso pélvico en mujeres atendidas en los Hospitales Vicente Corral y Jose Carrasco en Cuenca – Ecuador 2008. [Tesis de Grado] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2008. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19742/4/TESIS.doc.pdf>
33. Obregón Y, Saunero O. Disfunción del piso pélvico: Epidemiología. 2009. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300005
34. Pibaque K. Cistocele en mujeres mayores de 40 años, causas y consecuencias. [Tesis de Grado] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019. Disponible en: <Http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/41791/1/cd%20591-%20pibaque%20hernandez%20keyla%20carolina.pdf>
35. Avalo M. Factores de riesgo que intervienen en cistocele grado III en mujeres que acuden al hospital materno “matilde hidalgo de procel en el año 2013 – 2014. [Tesis de Grado] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018. Disponible en: <Http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30472/1/cd%202180-%20avalo%20becerra%2c%20mariuxi%20tatiana.pdf.txt.pdf>

Gráficos:

1. Promedio de edad:

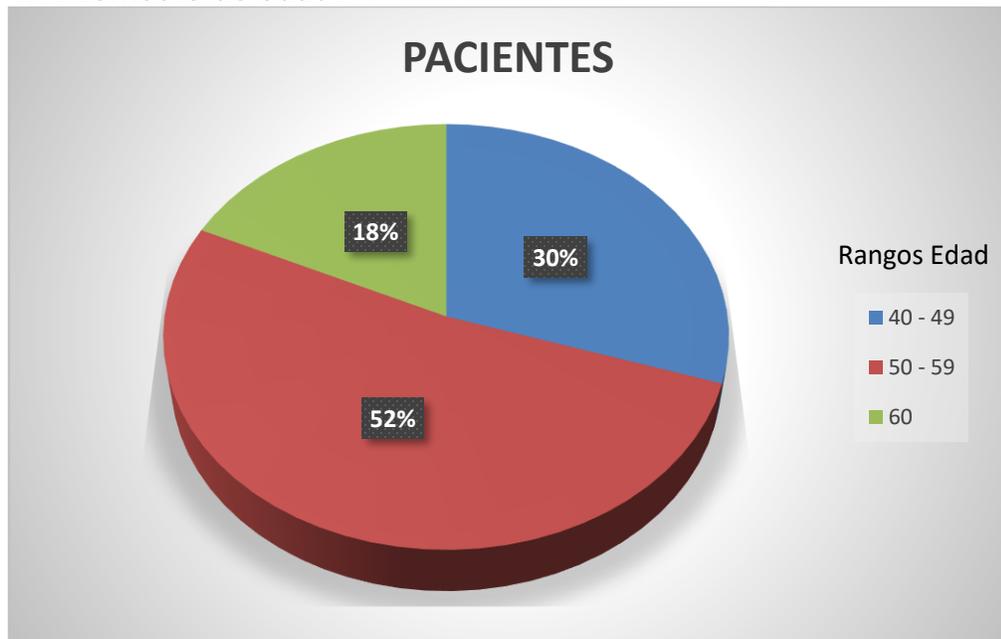


Gráfico 1 Promedio de edad de pacientes con Cistocele

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. Elaborado: Vintimilla Ilanos M, Iturralde Vizueta X

2. Razas

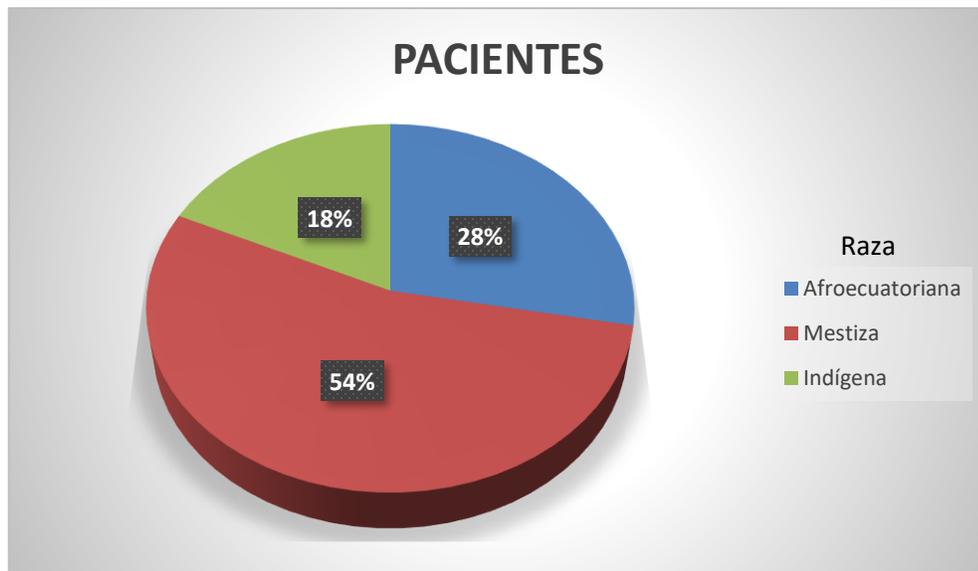


Gráfico 2 Porcentaje de razas de pacientes con Cistocele

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. Elaborado: Vintimilla Ilanos M, Iturralde Vizueta X

3. Factores de riesgo

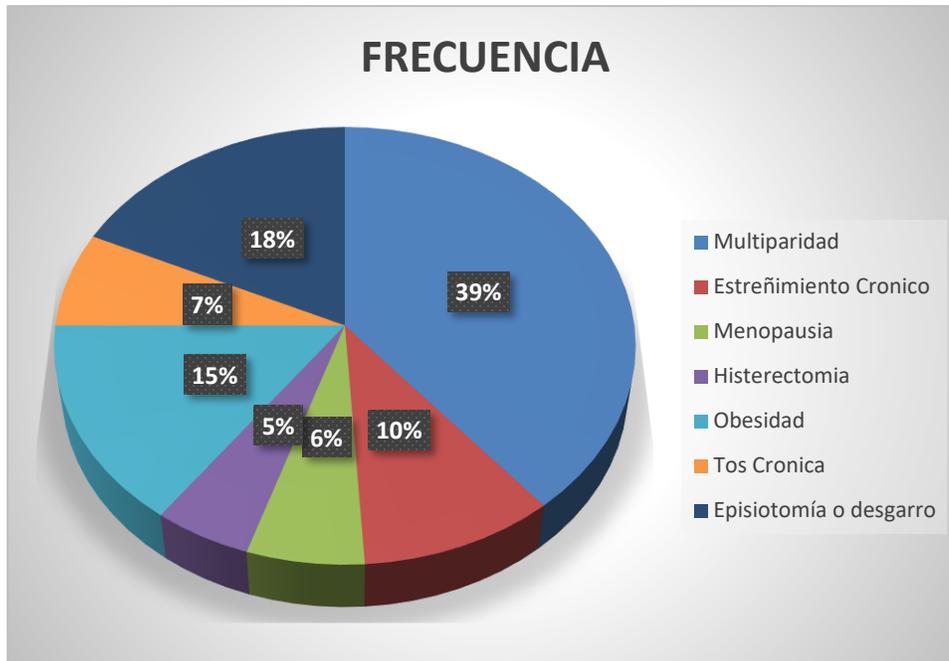


Gráfico 3 Porcentaje de Factores de Riesgo

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. Elaborado: Vintimilla Ilanos M, Iturralde Vizueta X

4. Ocupación de las pacientes

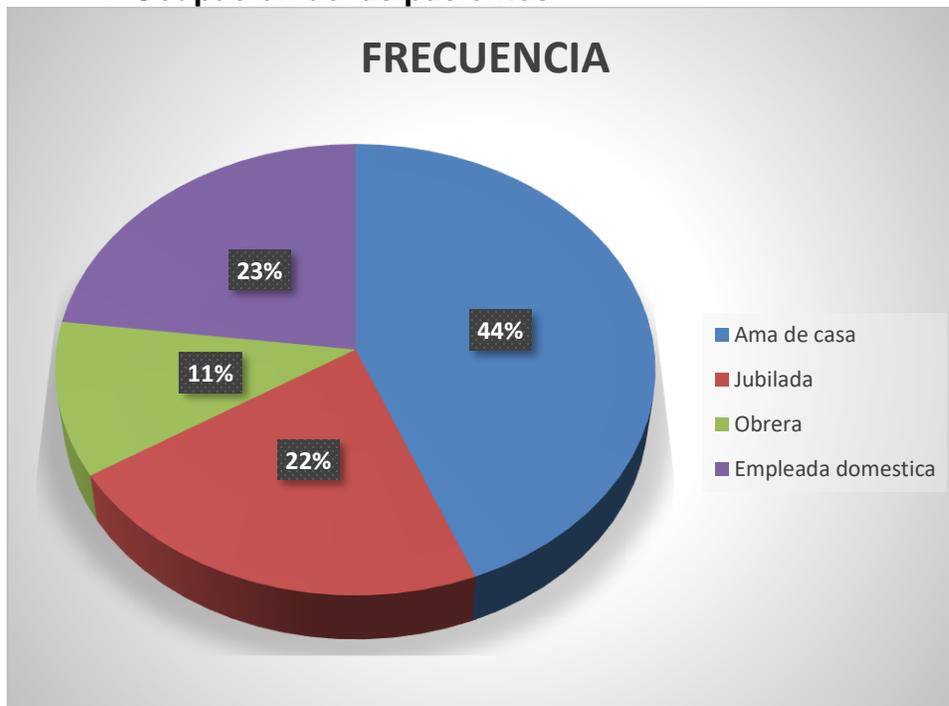


Gráfico 4 Ocupación de las pacientes

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. Elaborado: Vintimilla Ilanos M, Iturralde Vizueta X

5. Síntomas asociados a la presencia de cistocele

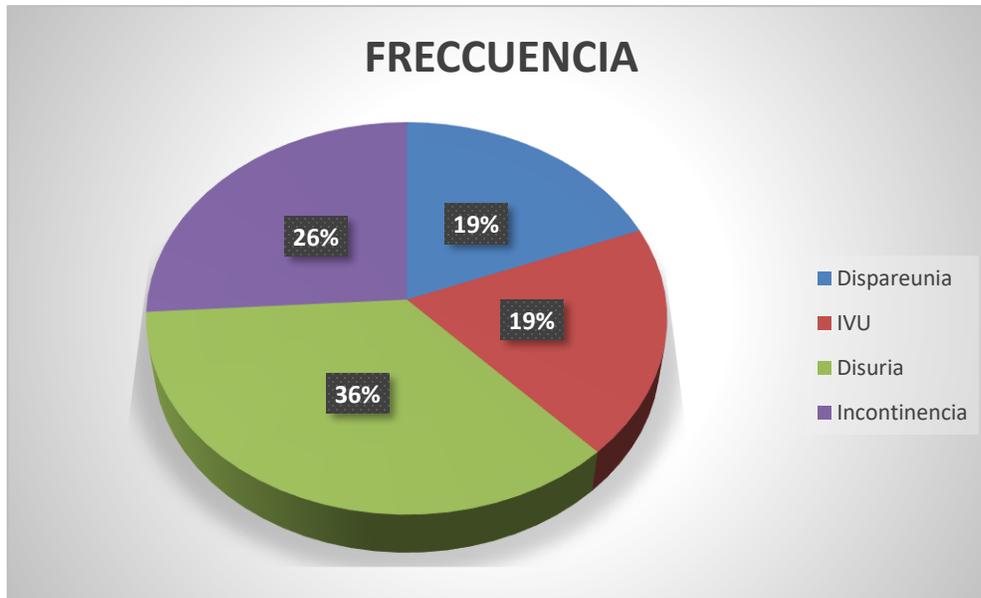


Gráfico 5 Síntomas asociados a la presencia de Cistocele

Fuente: Hospital Alfredo G. Paulson. Elaborado: Vintimilla Ilanos M, Iturralde Vizueta X

Ilustraciones

1. Visión piso pélvico

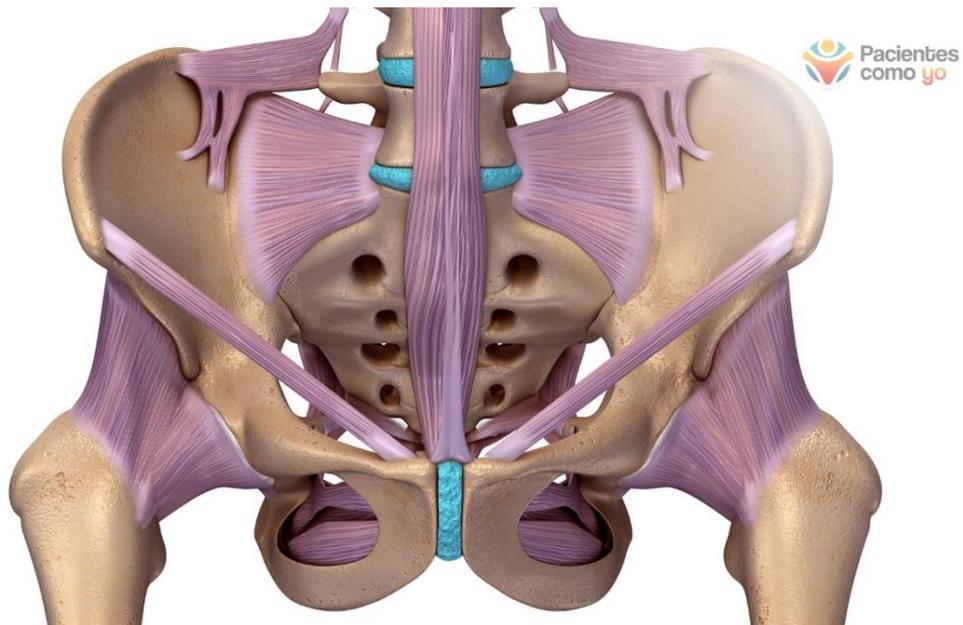


Ilustración 1 Visión del piso pélvico

2. Músculos del plano Superficial del Suelo Pélvico

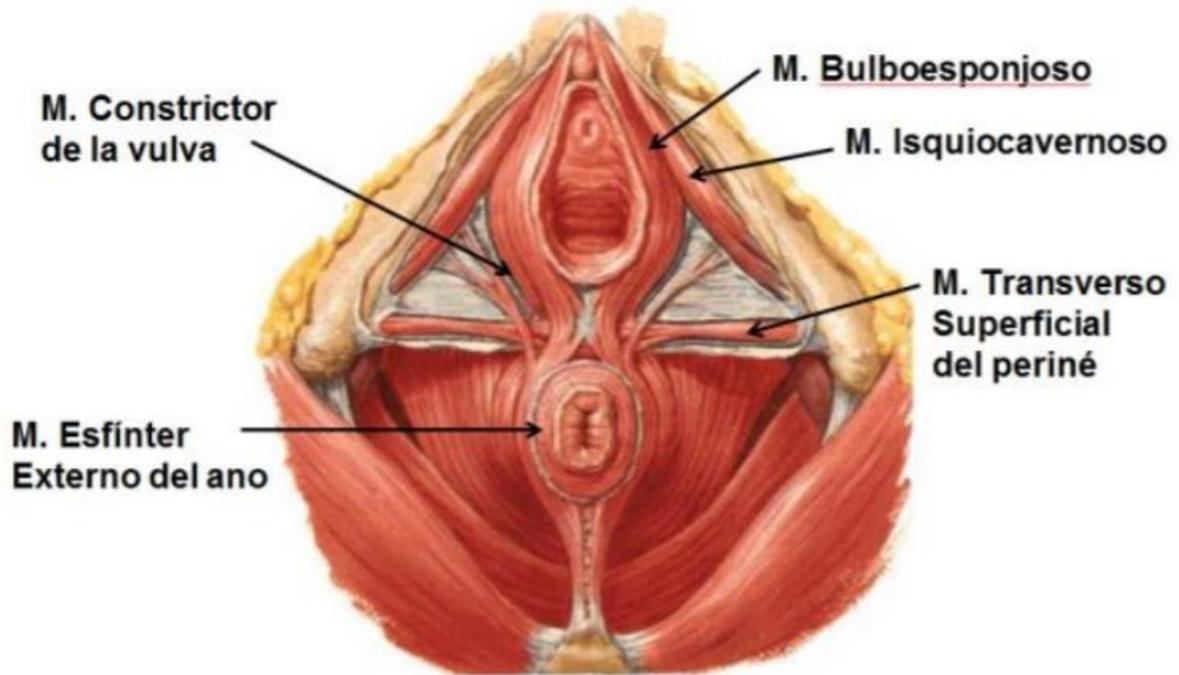


Ilustración 2 Músculos del plano superficial del suelo pélvico

3. Músculos del plano medio del suelo pélvico:

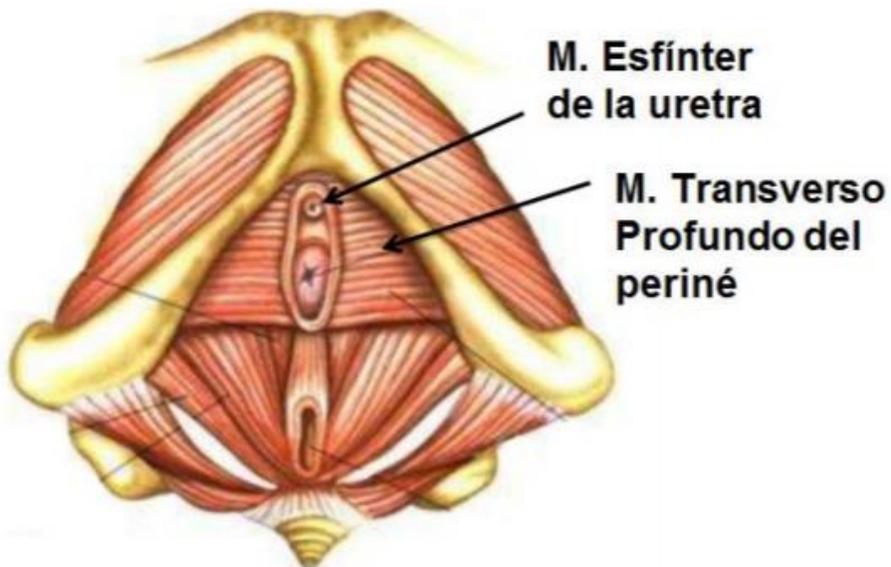


Ilustración 3 Músculos del plano medio del suelo pélvico

4. Músculos del plano profundo del Suelo Pélvico:

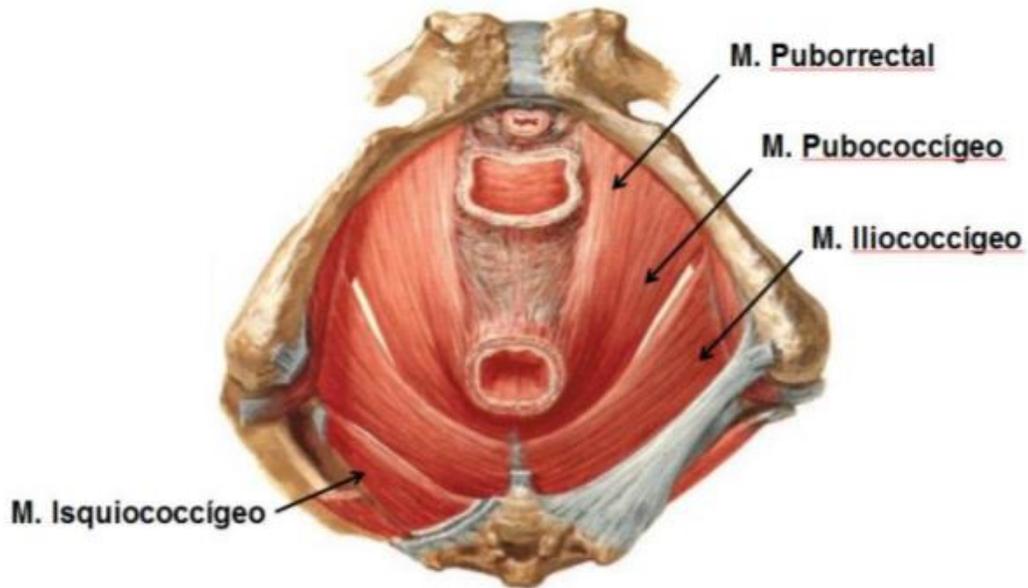


Ilustración 4 Músculos del plano profundo del suelo pélvico

5. Clasificaciones del Prolapso urogenital en diferentes años

Prolapso de Órgano Pélvico Clasificación

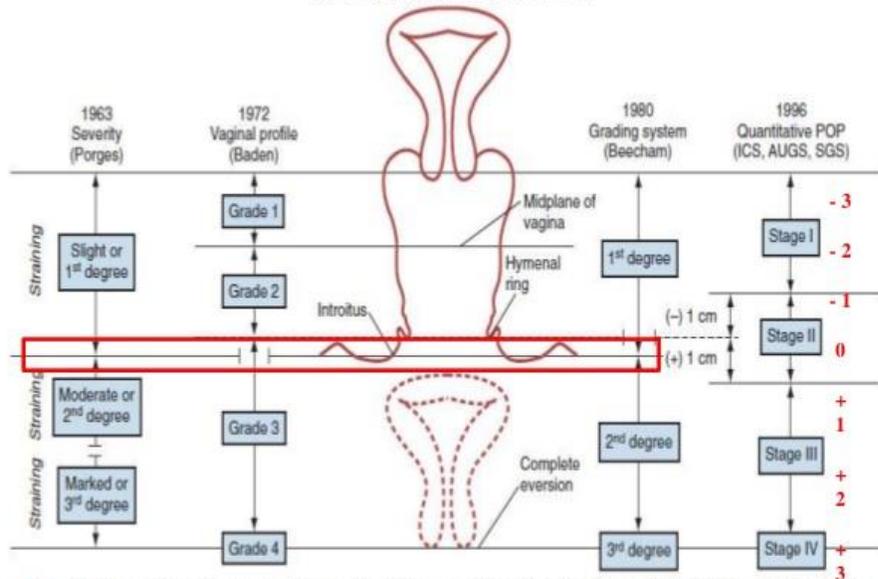


Figure 64-1. Visual comparison of systems used to quantify pelvic organ prolapse (From Theofrastous JP, Swift SE. The clinical evaluation of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25:783-804.)

Ilustración 5 Clasificaciones del prolapso vesical

6. Episiotomía: 7. Mallas usadas en Tratamiento Quirúrgico del Cistocele

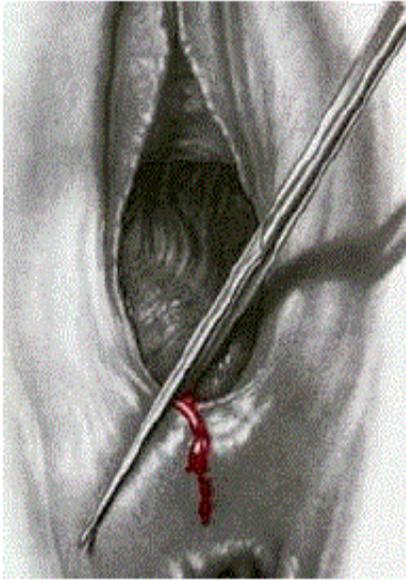


Ilustración 7 Episiotomía

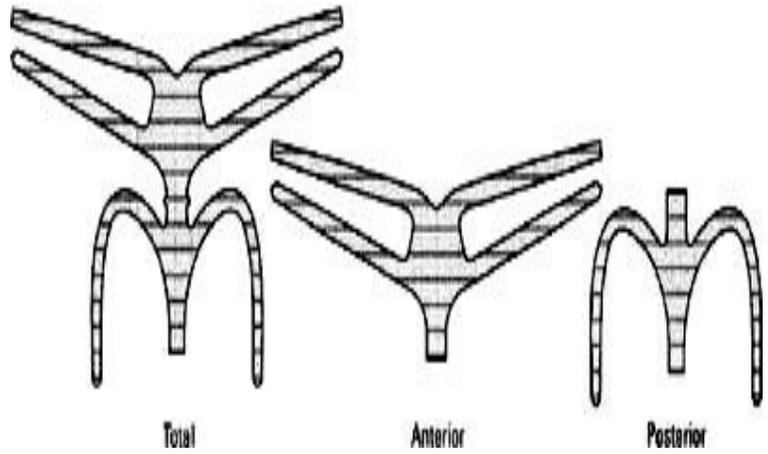


Ilustración 6 Mallas utilizadas en el tratamiento quirúrgico

8. Tratamiento conservador del Cistocele

EJERCICIOS DE *kegel*

¡A por ello!

CÓMO HACER

1 aprieta los músculos del suelo pélvico durante 5 segundos

2 relaja los músculos durante 10 segundos y repite el ejercicio

BENEFICIOS

<p>relaciones SEXUALES más placenteras</p>	<p>previene el riesgo de PROLAPSO</p>	<p>evita las pérdidas de ORINA</p>
<p>recuperación POSPARTO más rápida</p>	<p>fortalece el suelo PÉLVICO</p>	<p>facilita el PARTO</p>

Ilustración 8 Tratamiento conservador del Cistocele

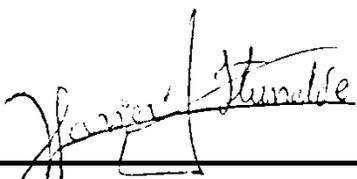
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Iturralde Vizueta Xavier Andrés**, con C.C: # 0930491857, autor del trabajo de titulación: “ **Factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2017-2019.** ”, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 septiembre del 2020.

f. 

Iturralde Vizueta Xavier Andrés
C.C: 0930491857



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vintimilla Llanos María José**, con C.C: # **092464361-2**, autor del trabajo de titulación: "**factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2017-2019.**", previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 septiembre del 2020.

f. _____

Vintimilla Llanos, María José

C.C: 092464361-2

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el hospital de la mujer Alfredo g. Paulson en el periodo octubre 2017-2019.		
AUTOR(ES)	Iturralde Vizueta Xavier Andrés, Vintimilla Llanos María Jose.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Iván Altamirano barcia		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 septiembre del 2020	No. De páginas:	41
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, cirugía, atención primaria de salud		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Pacientes, atención, cistocele, factores de riesgo.		
<p>El prolapso genital femenino es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en ginecología; por ello los investigadores se proponen realizar el presente estudio con el objetivo de analizar los Factores de riesgo asociados al Cistocele en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo Octubre 2017-2019. El paradigma a utilizar es el positivista con un enfoque cuantitativo; de un estudio descriptivo, de cohorte transversal. La población en estudio consta de 100 pacientes que fueron atendidas en el hospital objeto de estudio, en el periodo Octubre 2017-2019 y la muestra se trabajará utilizando muestreo censal por lo que se tomará el 100% de la población. Los datos obtenidos se analizarán bajo estadística descriptiva, expresándolos en tablas y gráficos para su mayor comprensión. Se concluye que los principales factores de riesgo que se relacionaron con la aparición de Cistocele en la mujer de 40 a 60 años en orden de frecuencia son la Multiparidad, episiotomía o desgarro, Obesidad y estreñimiento crónico. Se recomienda trabajar en labores de prevención y promoción de salud en edades tempranas y pacientes con riesgos para evitar dicho fenómeno; y la detección oportuna y eficaz para la resolución quirúrgica cuando corresponda.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593980794530 +593960599717	E-mail: majo.llanos1@gmail.com iturralde.xavier@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			