



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Demostrar beneficios del tratamiento conservador de cistocele para
evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopausias
multíparas con cistocele en el hospital básico de duran en el periodo
enero del 2017 hasta septiembre del 2020**

AUTOR (ES):

Carolina Elizabeth Loja Cueva

Paula Paola Cely Mendoza

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MEDICO**

TUTOR:

Dr. Fernando Arroba

Guayaquil, Ecuador

01 DE MAYO, 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Carolina Elizabeth Loja Cueva y Paula Paola Cely Mendoza**, como requerimiento para la obtención del título de **MEDICO**.

TUTOR (A)

f. _____

Dr. Luis Fernando Arroba Raymondi

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, 01 de Mayo del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **CAROLINA ELIZABETH LOJA CUEVA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Demostrar beneficios del tratamiento conservador de cistocele para evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopausias multíparas con cistocele en el hospital básico de duran en el periodo enero del 2017 hasta septiembre del 2020**, previo a la obtención del título de **MEDICO**, 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 mi total autoría.

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

Guayaquil, 01 de Mayo del año 2021

EL AUTOR (A)

f.

Loja Cueva Carolina Elizabeth



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **PAULA PAOLA CELY MENDOZA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Demostrar beneficios del tratamiento conservador de cistocele para evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopausias multíparas con cistocele en el hospital básico de duran en el periodo enero del 2017 hasta septiembre del 2020**, previo a la obtención del título de **MEDICO**, 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 mi total autoría.

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

Guayaquil, 01 de Mayo del año 2021

EL AUTOR (A)

f.

Cely Mendoza Paula Paola



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **CAROLINA ELIZABETH LOJA CUEVA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Demostrar beneficios del tratamiento conservador de cistocele para evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopausias multíparas con cistocele en el hospital básico de duran en el periodo enero del 2017 hasta septiembre del 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de Mayo del 2021

EL (LA) AUTOR(A):

f.

Loja Cueva Carolina Elizabeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **PAULA PAOLA CELY MENDOZA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Demostrar beneficios del tratamiento conservador de cistocele para evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopausias multíparas con cistocele en el hospital básico de duran en el periodo enero del 2017 hasta septiembre del 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de Mayo del 2021

EL (LA) AUTOR(A):

f.

Cely Mendoza Paula Paola

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: P66Tesis Cely-Loja.doc (D102052248)
Submitted: 4/18/2021 8:31:00 PM
Submitted By: carito_eli16@hotmail.es
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<https://es.wikipedia.org/wiki/Cistocele>
<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-prolapso-genital-actualizado-junio-2013--S030450131400274X>
[https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cystocele/symptoms-causes/syc-2036945219.](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cystocele/symptoms-causes/syc-2036945219)

Instances where selected sources appear:

4



Dr. Fernando Arroba R.
MEDICO TRATANTE
REG. SAN. 9331 - LIBRO 2 FOLIO 1 NO. 2

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por siempre dirigirme por el sendero correcto y permitir llegar hasta el final. A mis padres que han sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, quienes me han forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros de los debo a ustedes entre los que se incluye este.

A mis maestros quienes se tomaron el arduo trabajo de transmitir sus diversos conocimientos y experiencias.

A mis amigos y seres queridos que he encontrado a lo largo de esta carrera con quienes he podido compartir experiencias enriquecedoras.

Paula Paola Cely Mendoza

AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra plagada de retos, la universidad me dio la bienvenida al mundo como tal, las enseñanzas son incomparables. Agradezco a quien ha sido mi mano derecha durante tantos años en mi vida, por ser esa ayuda desinteresada, por levantarme cuando lo necesite, y permitirme seguir adelante cuando mas derrumbada estaba. Agradezco a Dios, a mi Luz y a mis padres.

Agradezco mucho por la ayuda de mis maestros, y a la universidad en general por todo lo anterior en conjunto con todos los copiosos conocimientos que me ha otorgado

Carolina Elizabeth Loja Cueva

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mis padres, Jorge Cely y Gladys Mendoza que han sabido formarme con valores y principios, lo que me ha ayudado a seguir adelante en momentos difíciles y quienes siempre estuvieron a mi lado brindándome palabras de aliento cada vez que lo necesitaba.

A mis hermanos Andrés e Izzhia por siempre estar conmigo y ser un apoyo constante en este trayecto de mi vida.

A mi novio Francisco quien siempre me apoyó y alentó a continuar cuando parecía que me iba rendir.

Paula Paola Cely Mendoza

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, me formaron con reglas y principios y hoy valoro. Dedico este trabajo a Dios, a mis padres, a mis hermanas y a mis sobrinas, por ustedes siento ganas de trabajar fuertemente y seguir con el objetivo de alcanzar mis metas. Me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos. Si no los tuviera, mi vida seria un desastre.

Para ti mi luz, tu eres mi limite, esto y todo lo que se venga será por ti, algún día llegar a abrazarte con mi alma....

Carolina Elizabeth Loja Cueva



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Andres Mauricio Ayong Genkuong
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

<i>RESUMEN</i>	<i>XVI</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>XVII</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>2</i>
<i>JUSTIFICACION</i>	<i>3</i>
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	<i>3</i>
<i>OBJETIVOS ESPECIFICOS</i>	<i>4</i>
<i>HIPOTESIS</i>	<i>4</i>
<i>CAPITULO I. MARCO TEORICO</i>	<i>5</i>
1. DEFINICION DE CISTOCELE	<i>5</i>
2. FACTORES DE RIESGO:.....	<i>5</i>
3. CLASIFICACION:.....	<i>5</i>
4. MANIFESTACIONES CLINICAS	<i>6</i>
5. DIAGNOSTICO:	<i>6</i>
6. TRATAMIENTO:	<i>7</i>
<i>CAPITULO II. MATERIALES Y METODOLOGIA</i>	<i>20</i>
1. TIPO DE ESTUDIO:.....	<i>20</i>
2. AREA DE ESTUDIO:.....	<i>20</i>
3. UNIVERSO Y MUESTRA:.....	<i>20</i>
4. CRITERIOS DE INCLUSION:	<i>20</i>
5. CRITERIOS DE EXCLUSION:	<i>20</i>
6. CRITERIOS ETICOS:	<i>20</i>
7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION:.....	<i>21</i>
8. TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	<i>21</i>

<i>CAPITULO III. RESULTADOS</i>	22
<i>DISCUSION</i>	29
<i>CONCLUSION</i>	31
<i>RECOMENDACIONES</i>	32
<i>REFERENCIAS</i>	33

INDICE DE TABLAS

<i>TABLA 1. Pacientes con diagnóstico CIE10 N811 CISTOCELE</i>	<i>22</i>
<i>TABLA 2. Tratamiento conservador más utilizado en estadios tempranos versus cirugía de cistocele.....</i>	<i>23</i>
<i>TABLA 3. Complicaciones asociadas a la falta de instauración oportuna de tratamientos conservadores en pacientes con cistocele.....</i>	<i>24</i>
<i>TABLA 4. Estadios de cistocele al momento del diagnóstico</i>	<i>25</i>
<i>TABLA 5. Relación de pacientes que se realizaron cirugía vs pacientes que no se realizaron cirugía.....</i>	<i>26</i>
<i>TABLA 6. Hábito de tabaquismo relacionado como factor de riesgo de cistocele.....</i>	<i>27</i>
<i>TABLA 7. PERIODO INTERGENESICO</i>	<i>28</i>

INDICE DE GRAFICOS

<i>GRAFICO 1. Pacientes con diagnostico CIE 10 N811 CISTOCELE</i>	<i>22</i>
<i>GRAFICO 2. Tratamiento conservador mas utilizado en estadios tempranos versus cirugia de cistocele.....</i>	<i>23</i>
<i>GRAFICO 3. Complicaciones asociadas a la falta de instauracion oportuna de tratamientos conservadores en pacientes con cistocele.....</i>	<i>24</i>
<i>GRAFICO 4. Estadios de cistocele al momento del diagnostico.....</i>	<i>25</i>
<i>GRAFICO 5. Relacion de pacientes que se realizaron cirugia vs pacientes que no se realizaron cirugia.....</i>	<i>26</i>
<i>GRAFICO 6. Habito de tabaquismo relacionado como factor de riesgo de cistocele.....</i>	<i>27</i>
<i>GRAFICO 7. PERIODO INTERGENESICO</i>	<i>28</i>

RESUMEN

El cistocele o hernia de vejiga se manifiesta como un defecto de la pared pélvica anterior por fallo de las estructuras de soporte, que puede generar una patología multisistémica con enfoque multidisciplinar. Esta patología se asocia con mayor frecuencia a mujeres multíparas, aunque también se ha observado como consecuencia del climaterio y el envejecimiento. La investigación se realiza para demostrar los beneficios de un adecuado tratamiento conservador en estadios tempranos de cistocele para evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopáusicas multíparas con cistocele en el hospital básico de Durán en el periodo enero del 2017 hasta septiembre del 2020. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con una muestra de 86 historias clínicas con dicha patología que cumplían los criterios de inclusión de la investigación. La recolección de datos se efectuó en formulario de Excel 2020 y paquete estadístico spss versión 24. Obteniéndose los siguientes resultados: el mayor número de pacientes diagnosticadas con los diagnósticos establecidos fueron en el año 2017 con 37 pacientes (43%), seguido con 26 pacientes en el año 2018 (29%), en el año 2019 se registraron 17 pacientes (21%) y en el 2020 hasta el mes de septiembre únicamente se registraron 6 casos (7%). Según la revisión individualizada los estadios de cistocele fue estadio 2 en el 61%, estadio 3 en el 18% y en estadio 4 en el 7%, y el total de la muestra estudiada en pacientes que se realizaron cirugías fue de un 73% vs pacientes que no se realizaron cirugía en un 27%. El porcentaje de tratamiento conservador más utilizado en estadios tempranos versus cirugía de cistocele fue, la práctica de los ejercicios de Kagel 19%, evitar ejercicios que aumentan presión abdominal 8%, cirugía 73% en el total de la población.

Palabras Claves: (cistocele, multíparas, menopausia, tratamiento, ejercicios, estimulación)

ABSTRACT

The cystocele or bladder hernia manifests as a defect of the anterior pelvic wall due to failure of the supporting structures, which can generate a multisystemic pathology with a multidisciplinary approach. This pathology is more frequently associated with multiparous women, although it has also been observed as a consequence of climacteric and aging. The research is carried out to demonstrate the benefits of an appropriate conservative treatment in early cistocele stages to avoid urinary incontinence and surgery in multiparous menopausal women with cistocele in the basic hospital of Durán in the period of January 2017 until September 2020. Descriptive and retrospective study with a sample of 86 medical records with this pathology that met the inclusion criteria of the research. Data collection was carried out using an Excel 2020 form and SPSS version 24 statistical package. The following results were obtained: the highest number of diagnosed patients was in 2017 with 37 patients (43%), followed by 26 patients in 2018 (29%), in 2019 17 patients were registered (21%) and in 2020 until September only 6 cases were registered (7%). According to the individualized review, the cistocele stages were stage 2 in 61%, stage 3 in 18% and stage 4 in 7%, and the total sample studied in patients who underwent surgeries was 73% vs patients who did not undergo surgery in 27%. The percentage of conservative treatment most used in early stages versus cistocele surgery was the practice of Kegel exercises 19%, avoiding exercises that increase abdominal pressure 8%, surgery 73% in the total population.

Keywords: (cistocele, multiparous, menopause, treatment, exercises, stimulation)

INTRODUCCIÓN

El Cistocele o hernia de vejiga se manifiesta ante una prominencia de la vejiga a nivel de vaginal lo que es conocido como un defecto de la pared pélvica anterior o colpocele anterior.(1) Este desplazamiento se produce como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y pueden alcanzar diferentes grados. La sintomatología principal se describe la sensación de presión a nivel pélvico, dolor inguinal, molestias abdominales, dispareunia, síntomas urinarios entre los que se mencionan disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria, y en casos más avanzados protrusión de la vejiga a nivel del introito vaginal. (2)

El INEC del 2015 y 2016 informaron un total de 4781 y 4675 egresos respectivamente, por prolapso genital femenino, entre ellos cistocele, de los cuales 5 egresos fallecieron en el censo del 2015 y 6 egresos en el 2016, resultando una tasa de mortalidad de 0.10% y 0.13%.(3,4)

En la ciudad de Guayaquil, un estudio realizado por el Dr. Edinson Lainez, reporto 110 casos clínicos sobre prolapso en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2015, dentro de estos casos, el 28% de las pacientes se encontraban en la edad entre los 60-69 años y 27% entre los 49-59 años; de los cuales cistocele correspondía al 44% de casos por prolapso de órganos pélvicos, ante un 25% de prolapsos genitales completos, 13 % de prolapsos útero-vaginal y 8% de enterocele.(5)

En múltiples estudios se ha logrado demostrar la asociación de varios factores predisponentes de Cistocele que influyen en la aparición de la misma. En la exploración ginecológica tiene mucha importancia debido a que permite enumerar los trastornos asociados al Cistocele, hecho imprescindible para cualquier decisión terapéutica. Los estudios complementarios, radiológicos, urodinámicos y cistoscopios facilitan la exploración de estas alteraciones de la estática pélvica y la adopción del tratamiento óptimo del Cistocele y de los trastornos asociados entre los más mencionados incontinencia urinaria. La

única corrección definitiva del Cistocele se basa en la cirugía. No obstante, se debe respetar 3 principios generales: NO agravar la estática pélvica, corregir los prolapsos sintomáticos y tratar las lesiones asociadas. (1,2)

Por lo anterior mencionado consideramos conveniente demostrar los BENEFICIOS DE UN ADECUADO TRATAMIENTO CONSERVADOR EN ESTADIOS TEMPRANOS DE CISTOCELE PARA EVITAR INCONTINENCIA URINARIA Y CIRUGÍA EN MUJERES MENOPAUSICAS MULTÍPARAS CON CISTOCELE lo cual aumenta la morbilidad de la población.

JUSTIFICACION

Se lleva a cabo el estudio de cistocele en pacientes menopaúsicas multíparas sobre los beneficios del tratamiento conservador en etapas tempranas de la patología para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para mejorar la calidad de vida de la paciente, ya que se ha observado un gran porcentaje de pacientes que acuden a la consulta del área de ginecología en busca de tratamiento.

Si bien se ha demostrado que en etapas tempranas de la enfermedad no se requiere de tratamiento, se han empleado medidas terapéuticas no quirúrgicas como métodos preventivos para evitar y disminuir la interferencia en las actividades diarias que la paciente pueda presentar afectando su calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

Demostrar los beneficios de un adecuado tratamiento conservador en estadios tempranos de cistocele.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Mencionar las complicaciones asociadas a la falta de instauración oportuna de tratamientos conservadores.
- 2 Describir el tratamiento conservador para cistocele en estadios tempranos.
- 3 Proponer técnicas terapéuticas que ayuden a mejorar la incontinencia urinaria en mujeres que presentan cistocele

HIPOTESIS

El tratamiento conservador en estadios tempranos de cistocele evita realizar la cirugía correctiva por cistocele

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1. DEFINICION DE CISTOCELE

Cistocele es el prolapso de la pared pélvica anterior que se acompaña de protrusión de la vejiga, como consecuencia de una hipotonía vaginal, asociado a factores de riesgo. (6,7)

2. FACTORES DE RIESGO:

Es importante entender que la disfunción del piso pélvico depende de diferentes condiciones que podrían llegar a aumentar el riesgo de presentar prolapso anterior. (7,8)

- PARTO: las mujeres que han tenido más de un parto por vía vaginal
- ENVEJECIMIENTO: Existe mayor riesgo a mayor edad especialmente después de la menopausia, cuando hay una disminución en la producción de estrógenos.
- HISTERECTOMIA
- GENETICA: Las variaciones genéticas hace que ciertas mujeres nazcan con tejido conjuntivos más débiles, volviéndolas susceptibles al desarrollo de prolapso anterior
- OBESIDAD
- ESFUERZO FISICO: levantar objetos pesados debilita el suelo pélvico
- ASOCIADO A: TOS CRONICA O ESTREÑIMIENTO (7,8)

3. CLASIFICACION:

La clasificación tiene en cuenta tanto el órgano prolapsado como el grado que alcanza.

3.1. CLASIFICACIÓN DE BADEN

Es una de las clasificaciones más utilizadas en la práctica clínica habitual, la mayor parte de los ginecólogos están familiarizados. Utiliza la nomenclatura clásica para definir el órgano que se encuentra prolapsado en cada caso:

Cistocele, uretrocele, rectocele, etc. Esta clasificación divide el prolapso en 4 grados y tomo como punto de referencia el himen y están determinados por la combinación de defectos anatómicos del suelo pélvico. (2)

- GRADO 1: el compartimiento prolapsado está en la mitad de camino al himen
- GRADO 2: el compartimiento prolapsado está a la altura del himen
- GRADO 3: el compartimiento prolapsado sobrepasa el himen
- GRADO 4: prolapso total del compartimento. (2)

4. MANIFESTACIONES CLINICAS

SINTOMAS GENITALES: sensación de masa en genitales externos y/o de cuerpo extraño en el introito vaginal.

SINTOMAS URINARIOS: aumento de la frecuencia miccional, urgencia miccional, sensación del vaciado incompleto, polaquiuria y nicturia. En etapas avanzadas puede presentarse incontinencia de urgencia por inestabilidad del musculo detrusor.

RETENCION URINARIA: Cuando hay micción incompleta, los pacientes son más propensos a infecciones de vías urinarias, hiperactividad del musculo detrusor y disminución de la elasticidad de la vejiga, todos estos cambios conllevan a mayor riesgo de reflujo uretral y daño renal.

SINTOMAS SEXUALES: Dispareunia y dificultad coital

DISFUNCION SEXUAL: son frecuentes los trastornos de la función sexual en mujeres con prolapso pélvico anterior. (9)

5. DIAGNOSTICO:

Se debe realizar una correcta evaluación del prolapso de los órganos pélvicos con una anamnesis detallada y con la exploración física completa. Aunque el diagnóstico es clínico, en algunas ocasiones se puede precisar de pruebas complementarias como: uroanálisis, urocultivo, valoración del residuo posmiccional, ecografía y urodinamia. (2)

6. TRATAMIENTO:

El tratamiento de prolapso de órganos pélvicos puede ser conservador o quirúrgico. La identificación del tratamiento definitivo que se ajuste a una determinada paciente dependerá de varios aspectos: estadios de prolapso, tipos del prolapso, estilo de vida y cirugías previas.(2) (10)

6.1. TRATAMIENTO CONSERVADOR

Los tratamientos de fisioterapia se sustentan en el conocimiento de la fisiopatología en base a la cual se intenta conseguir: (10)

RESTABLECIMIENTO de la mejor función en medida de lo posible de la musculatura del suelo pélvico, en cuanto a fuerza, tono, resistencia, velocidad de contracción y automatismo perianal a la contracción abdominal. Las técnicas más empleadas son:

a. EJERCICIO DE LOS MUSCULOS DEL SUELO PELVICO (EMSP):

El musculo del suelo pélvico o musculo pubococcigeo, está formado por 3 anillos que se encargan de mantener en suspensión y en posición correcta el útero, vejiga y recto, desafiando la fuerza de la gravedad. Después del parto, es habitual que este musculo se debilite, las consecuencias tienen un impacto negativo en la calidad de vida de la mujer entre ellos el Cistocele, incontinencia urinaria de esfuerzo y disfunción sexual femenina. Por esta razón fortalecer el suelo pélvico debe de ser el primer objetivo de recuperación física tras el parto. Aunque el deseo de volver a tener un vientre plano pueda hacernos caer en la tentación de empezar de forma inmediata una tabla de abdominales, este tipo de ejercicios no es aconsejable hasta que el musculo pubococcigeo este de nuevo en forma, que incrementa la separación de los músculos del abdomen que se produce durante el embarazo debido al crecimiento del útero, lo que se conoce como diastesis de los rectos abdominales. Del mismo modo, tampoco se recomienda alzar peso antes de que hayan transcurrido 3 meses desde el parto. (11)

Hay una serie de ejercicios dirigidos a reforzar el suelo pélvico. Para realizarlos correctamente el primer paso es identificar los 3 músculos que lo forman:

Anillo que rodea el ano: se lo reconoce al introducir el punto de un dedo en el ano y apretar con fuerza.

Anillo que rodea la vagina: se ejercita al introducir la punta de un dedo en la vagina y contraer con fuerza.

Anillo que rodea la uretra: sentarse en el inodoro, orinar y retener por algunos segundos el flujo.(11)

Ejercicio Básico de entrenamiento:

Para realizar el ejercicio, los músculos abdominales deben estar relajados. Mientras se expulsa el aire por la boca poco a poco, hay que apretar con fuerza, como si se intentase controlar una defecación o una diarrea. Según el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Público San Carlos de Madrid este ejercicio debe realizarse 45 veces cada día, puede distribuirse en 3 sesiones a lo largo del día de la siguiente manera:

- 15 repeticiones por la mañana (acostada)
- 15 repeticiones por la tarde (de pie)
- 15 repeticiones por la noche (sentada)

En todos los casos, la duración de las contracciones tiene que ser 10 segundos aproximadamente. Entre cada una de ellas, es necesario un periodo de relajación muscular de otros 10 segundos. (11)

Ejercicios de Kegel:

Estos ejercicios implican contracción y relajación de los músculos que controlan la orina. Para empezar a practicarlos, puede aprovechar el momento de ir al baño, dejando salir la orina e interrumpir el flujo por algunos segundos. Los músculos de la vagina, vejiga y ano se pondrán firmes y se desplazarán hacia arriba. Se recomienda practicar este ejercicio una vez al día. En la mayoría de mujeres que practican estos ejercicios de manera regular consiguen erradicar o minimizar los problemas relacionados con incontinencia urinaria tras el parto después de 1 año. Se trata de una serie de ejercicio

sencillos inventados por el sexólogo Arnold Kegel en 1940 que continúan siendo la pauta de referencia para la recuperación física posparto.

- **Ejercicio 1: lento:** consiste en tensionar el grupo de músculos del suelo pélvico y mantenerlos contraídos durante 5 segundos. Después, se relaja durante otros 5 segundos.
- **Ejercicio 2: Rápido:** se trata de realizar las mismas contracciones que en el ejercicio anterior, pero sin pausa, y con la mayor rapidez posible.
- **Ejercicio 3: El ascensor:** este ejercicio refuerza el suelo pélvico a base de contraer y luego relajar los 3 músculos simultáneamente en tiempos.
- **Ejercicio 4: la Onda:** se trata de apretar y distender los músculos describiendo una onda, primero el anillo que rodea la uretra, luego el que rodea la vagina y por último el que rodea el ano.

Recomendaciones:

- Se debe llevar a cabo los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico en lugares en los que no haya ruido, para fortalecer la contracción, y en los que puede preservarse la intimidad. Se puede aprovechar las situaciones cotidianas como ver televisión para efectuarlos.
- Es conveniente realizar ejercicios cada vez que se haga un esfuerzo físico importante o se suban escaleras, ya que estos movimientos pueden provocar pérdidas de orina.
- No se debe contraer músculos abdominales, glúteos y muslo para ejercitar correctamente la zona
- El tiempo mínimo durante el cual se deben realizar los ejercicios es de 4 semanas. Los beneficios comenzaran a notarse al cabo de unos meses.
- No se debe aumentar el número de repeticiones al día debido al exceso puede ocasionar distensión muscular al orinar o defecar. (11)

b. BIOFEEDBACK PERINEAL:

Es un aparato en el que los ejercicios musculares del suelo pélvico se realizan, asistidos por un equipo que traduce la contracción muscular en unas señales gráfica, acústica o ambas, para que el paciente y el fisioterapeuta perciban el trabajo realizado.

Dentro de las técnicas de rehabilitación perineal ha mejorado la calidad de vida de las pacientes, es considerado en la actualidad la técnica más eficaz en la recuperación perineal. Es una técnica de autocontrol que se fundamenta en dar al paciente información constante y precisa sobre la respuesta fisiológica sobre la que se está trabajando, de tal manera cuando se está trabajando el cerebro reciba información constante y consciente dicha respuesta aprende a modular y controlar esas respuestas.

Técnica: cada 5 sesiones se realizará una exploración y valoración al paciente para ver la progresión de la terapia. Cada persona y patología necesita diferente tratamiento y diferente número de sesiones. Sin embargo, se estima que un mínimo de 10 es lo más aconsejable para la gran mayoría de los casos en citas a lo largo de 2 meses y medio más o menos dependiendo del caso y la frecuencia de tiempo entre sesiones.

Los aparatos de biofeedback pueden registrar la contracción del suelo pélvico de diferente manera:

- **Sondas de presión:** se colocan en el interior de la vagina o del ano y captan la presión que generan los músculos al contraerse
- **Sondas intracavitarias:** se registran la actividad eléctrica del musculo. Existen electrodos vaginales para problemas de suelo pélvico anterior y electrodos rectales para problemas de suelo pélvico posterior.

Objetivos: captar y registrar la actividad de los músculos del suelo pélvico y esfínteres, adquirir conciencia de esos músculos e intentar su contracción y actividad hasta que el ejercicio se realice correctamente. Adaptar el entrenamiento activado esos músculos hasta recuperar la fuerza y tono deseado.

Ventajas: facilita el aprendizaje y entrenamiento porque ayuda a reconocer los músculos del suelo pélvico y aislarlos para su correcta contracción y ejercicio. Genera una fuerte motivación en quienes lo utilizan ya que pueden comprobar los resultados de manera visible.

Ayuda a personalizar el tratamiento y entrenamiento acorde a la situación en las que se encuentra en cada momento

Contraindicación: incapacidad neurológica que permita contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico, que no es lo mismo que tenerlos muy debilitados y no sentir cuando realizamos una contracción. Falta de colaboración del paciente, por lo que las personas con demencia o alteraciones cognitivas no van a ser susceptibles de recibir esta terapia. (12)

c. ELECTROESTIMULACION MUSCULAR:

Se han demostrado que la estimulación eléctrica de las fibras nerviosas aferentes /eferentes del nervio pudiendo dar lugar a una contracción de los músculos del suelo pélvico y a una inhibición de un detrusor hiperactivo.

- i. Electroestimulación de fibras musculares tipo 1 de los músculos del suelo pélvicos y esfínter uretral:
- ii. Electroestimulación de fibras simpáticas y parasimpáticas. (10)

d. GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA:

Se basa en ejercicios que permiten no aumentar o disminuir la presión de la cavidad abdominal. Engloba múltiples posturas y movimientos y por medio de una contracción del diafragma en espiración (apnea espiratoria) se consigue hacer un efecto de succión de las vísceras abdominales, provoca reacción tónica refleja de la musculatura del suelo pélvico y abdominal. (13)

- i. **Ejercicio 1 postura de Venus:** En posición de pie, intentar mantener la columna lo más estirada posible y las palmas de la mano mirando adelante.
- ii. **Ejercicio 2 posición en decúbito supino:** en posición supino dorsal con las rodillas flexionadas y los tobillos en flexión dorsal, brazos separados del cuerpo con las palmas de la mano tocando el suelo e intentar hundir la barbilla.
- iii. **Ejercicio 3 posición de rodillas en el suelo:** con las rodillas en el suelo y sentado sobre los talones, con las manos en los muslos. Intentar curvar la espalda ligeramente adelante.

- iv. **Ejercicio 4 posición con flexión de tronco:** coloca las manos por encima de las rodillas y estas semi-flexionadas manteniendo una flexión de tronco. Intenta curvar la espalda ligeramente hacia delante.
- v. **Ejercicio 5 posición contra la pared:** frente a la pared, coloca una pierna más delante de la otra y apoya las dos manos en la pared mirándose entre sí para abrir escapulas. Se debe hacer presión con las manos contra la pared.
- vi. **Ejercicio 6 posición Demeter:** en posición decúbito supino y con las manos en la pared mirándose entre ellas. Los brazos deben quedar estirados con los codos ligeramente flexionado. Realizar el ejercicio haciendo presión con las manos contra la pared. (14)

Beneficios:

- Mejora la estética del abdomen
- Previene incontinencia urinaria
- Mejora la vida sexual
- Alivia el dolor de espalda
- Mejora la función respiratoria
- Recuperación en la etapa de post-parto
- Mejora calidad de vida en periodo menopaúsico (13)

Contraindicaciones:

- Embarazo
- Primeras 5 semanas post-parto
- Hipertensión arterial (13)

e. METODO ABDOMINAL MG 3

Es un método de rehabilitación funcional y tonificación del suelo pélvico que combina la respiración regulada por una boquilla (winnerflow) y la estimulación abdominal provocada por la propia respiración. Su objetivo a corto, mediano y largo plazo es integrar buenos reflejos espiratorios abdominales. (15)

TONIFICACION de la pared abdominal no se recomienda los ejercicios abdominales convencionales o aquellos que no utilicen sistemas validados

para comprobar sus efectos sobre la estática pelviana. Entre los que se menciona:

- **Aspiración diafragmática**

Es la técnica más básica y fundamental. Movilización de las cúpulas diafragmáticas sobre las vísceras pelvianas disminuyendo la presión intraabdominal e intratorácica por la relajación tónica del diafragma torácico y apertura de la parrilla costal, este movimiento consigue fortalecer la musculatura del piso pélvico, diafragma y abdominales. (16)

- **Gimnasia abdominal hipopresiva**

Método de tratamiento que consiste en el aprendizaje de un tipo de gimnasia específico que combina técnicas respiratorias de aspiración diafragmática y posturas corporales globales. Esta técnica tiene como objetivo tonificación de la pared abdominal y del suelo pélvico en situación de hipopresión abdominal, tracción de las vísceras pélvicas en sentido craneal, relajación del diafragma torácico y reequilibrio del tono muscular corporal, ya que generan presión negativa y activan el reflejo de contracción involuntaria de la musculatura perineal y abdominal. (16,17)

- **Método ABDO-MG**

El método ABDO-MG se usa para reeducar la musculatura abdominal y pelviana, fortaleciendo sus músculos, y brindando una mejora en pacientes con un suelo pélvico débil.

RELAJACION del diafragma torácico con la finalidad de reducir los aumentos de presión intraabdominal. Entre las más utilizadas están los estiramientos locales, técnicas miofasciales, técnicas de inhibición recíproca, utilización de vías neuróticas secundarias, etc (10)

ENTRENAMIENTO en técnicas paliativas o compensatorias se entrena a la paciente para que aprenda a utilizar de forma voluntaria y correcta su pared abdominal y sus músculos del suelo pélvico en situaciones comunes como toser, estornudar, alzar peso, dichas actividades ocasionan aumento de presión intraabdominal. De esta manera se consigue reducir o eliminar el daño sobre la estática pelviana y con el tiempo. (10)

REDUCCION DE FACTORES DE RIESGO: adecuada información de los mecanismo que dañan su estática pelviana y la concienciación de la misma para reducir o controlar los mismos es fundamental. Exceso de actividad deportiva sin protección, tabaquismo, estreñimiento terminal, tipo de calzado habitual, etc (10)

INTERVENCIONES SOBRE EL ESTILO DE VIDA de la paciente con el objetivo de eliminar o minimizar los factores de riesgo. Incluye pérdida de peso, reducción de ejercicio físico extremo o violento, tratamiento del estreñimiento y disminuir consumo de tabaquismo.

TRATAMIENTO HORMONAL se recomienda especialmente en mujeres posmenopáusicas, ya que el estrógeno ayudara a mantener fuerte los músculos del suelo pélvico.

PESARIOS se considera la forma más antigua de tratamiento conservador para el Cistocele, ventajas en bajo costo, facilidad de uso y bajo riesgo de complicaciones. Esta indicado en pacientes con prolapso sintomático que no aceptan cirugía, con situaciones quirúrgicos o médicos y en caso de existir necesidad temporal para conseguir embarazo. Ante su uso, se aconseja utilizar estrógenos tópicos y antisépticos vaginales, así como vigilancia periódica.(2,9,18)

“Se revisó un estudio retrospectivo que evaluó 60 mujeres con POP en tratamiento con pesarios durante periodo abril 2018- marzo 2019. El pesario más utilizado fue el RING (75%) promedio de edad 78 años (+/- 8), dentro de las complicaciones más reportadas fueron: vulvovaginitis, erosión, infección del tracto urinario. Sin embargo, un 80% de las mujeres dentro del estudio presentaron excelente mejoría en su condición de salud. En conclusión, para la calidad de vida asociada al POP y el uso de pesario fue buena.” (19)

Con lo anterior mencionado y la adecuada técnica en función del tipo de prolapso y su graduación los tratamientos de fisioterapia pueden conseguir:

restablecer la estática pelviana (prolapso vaginal anterior grado I), frenar su evolución (prolapso grado II) o completar una intervención quirúrgica (prolapso grado III y IV). (10)

La rehabilitación pelviperineal podría ser una alternativa en estadios iniciales de prolapso genital anterior y como terapia coadyuvante en estadios más avanzados también se aplica. Se debe considerar tratamiento conservador en pacientes con grados leves de prolapso de la pared vaginal anterior (Cistocele), para evitar tratamiento quirúrgico. (19) Ha quedado demostrado que las lesiones provocadas durante el parto son el factor etiológico más importante en la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo y prolapsos genitales por lo que es fundamental que todas las mujeres que han tenido parto por vía vaginal se sometan a una valoración funcional de fisioterapia tras 12 semanas del mismo. (10)

6.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía es indicada en pacientes con prolapso de órgano pélvico sintomático y que afecta la calidad de vida, como es el caso de pacientes que refieren sensación de bulto en genitales externos y refieren molestias con este síntoma. El prolapso de órganos pélvicos suele corresponder a un estadio II o superior. (2,18)

El propósito del tratamiento quirúrgico consiste en:

- Alcanzar buen resultado anatómico permitiendo que el síntoma principal se resuelva desde el punto de vista de la paciente.
- Procurar mejoría de las disfunciones que se identifican en el preoperatorio y que pueden corregirse quirúrgicamente.
- Aplicar medidas que prevengan la recurrencia de síntomas de prolapso y aparición de nuevas disfunciones. (2)

Las técnicas quirúrgicas pueden ser:

- Obliterativas: Con esta técnica se cierra el hiato genital para contener el prolapso, se suele emplear en pacientes de edad avanzada con importante

grado de prolapso o recidivas en las que se sospecha de un riesgo quirúrgico para cirugía reconstructiva, y en pacientes que reconocen la incapacidad para mantener relaciones sexuales. El procedimiento quirúrgico es vía vaginal.

- Reconstructivas: esta técnica se usa para conseguir un buen resultado anatómico y funcional. El procedimiento puede ser por vía vaginal, abdominal abierta o laparoscópica.(2)

- ***Técnicas quirúrgicas reconstructivas en el compartimento anterior***

La colpoplastia anterior es la cirugía clásica, y los pasos para realizar el procedimiento son:

1. Colpotomía: se extirpa la menor cantidad posible de vagina para conservar el eje y la estática vaginal.
2. Se disecciona la fascia para lograr separarla de la mucosa vaginal.
3. Se restaura la fascia con suturas de reabsorción ultralenta. Una primera capa con puntos entrecortados sin que haya tensión en la muscularis vaginal y una segunda capa en sutura continúa enterrando la primera.
4. Se sutura la vagina con puntos entrecortados o continuos con material de absorción lenta.(2)

Cirugía con mallas en el compartimento anterior:

- Esta técnica no se emplea en la actualidad como profiláctico, por la morbilidad concomitante.
- Las indicaciones para el uso de mallas en el compartimento anterior no están bien establecidas, sin embargo, algunos autores recomiendan en casos de recidiva o estadio avanzado. (2)

Cirugía del defecto paravaginal:

- Cuando existe defectos paravaginales, se recomienda el empleo de técnicas distintas, para tratar de reparar dicho defecto, ya sea con puntos sueltos por vía vaginal, laparoscopia o con malla por vía vaginal, aunque el abordaje adecuado está en discusión por la dificultad en la definición y diagnóstico del defecto paravaginal.(2)

Técnicas quirúrgicas reconstructivas en el compartimento apical

La histerectomía vaginal es la cirugía conservadora para el prolapso uterino y el procedimiento consta de los siguientes pasos:

1. Exeresis del útero.
2. Adherencia de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros y parametrios.
3. Corrección del enterocele y saco herniario en caso de que se presenten.

HISTEROPEXIA:

Cirugía con conservación uterina, la cual está indicada para pacientes que desean conservarlo o como medida de preservación de la fertilidad. La técnica quirúrgica puede ser por vía vaginal o abdominal y requerirá material protésico para la fijación del útero.(2,18)

CERVICOPEXIA:

Cirugía con conservación del cérvix uterino. En pacientes con defectos apicales con útero, que no desean mantener el útero, se realiza una histerectomía subtotal conjunto a la cervicopexia para que no haya contacto de la malla con la vagina. (2,18)

EXTIRPACIÓN DEL CÉRVIX O INTERVENCIÓN DE MANCHESTER:

Técnica quirúrgica que se realiza frente a los prolapsos de cérvix. Está indicada en casos de elongación cervical, así como para conservar la fertilidad.(2,18)

COLPOSACROPEXIA:

Técnica quirúrgica que aborda el prolapso de cúpula vaginal, la cual se realiza por vía abdominal. Esta técnica utiliza mallas para fijar la vagina al promontorio sacro. Actualmente, estudios han demostrado mejores resultados a corto y a largo plazo.(2)

TÉCNICA DE RITCHER:

Fijación uni o bilateral de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso con puntos irreabsorbibles, la cual se realiza por vía vaginal.(2)

Técnicas quirúrgicas reconstructivas en el compartimento posterior

La cirugía clásica es la colpoplastia anterior, para realizar esta técnica se debe seguir los siguientes pasos:

1. Colpotomía y disección del tabique recto-vaginal.
2. Restauración del tabique recto-vaginal por medio de fruncido central.
3. Perineorrafia optativa para la restauración de desgarros de relevancia.(2,9)

RECOMENDACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS

PREOPERATORIAS:

- Valorar la sintomatología, afectación en la calidad de vida y el riesgo quirúrgico
- Tratar la atrofia vaginal con estrógenos locales

POSTOPERATORIAS:

- Retirar sonda vesical precozmente.
- Cuidados locales
- Para evitar el estreñimiento se recomienda fomentar dieta rica en fibra
- Se recomienda no realizar esfuerzos físicos(2)

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

- Infección urinaria
- Retención urinaria
- Infección de herida quirúrgica
- Sangrado
- Hematomas
- Lesiones urinarias, intestinales y neurológicas
- Exposición de la malla hacia órganos próximos o hacia la vagina
- Infección por uso de material protésico (malla)
- Retracción y encapsulamiento de la malla

- Dolor, dispaurenia, secreción vaginal, infecciones urinarias a repetición y sangrado vaginal, síntomas que pueden precisar una nueva cirugía para tratar de extirpar la malla.(2)

RECIDIVAS TRAS LA CIRUGÍA DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

Hay pacientes que presentan una recurrencia y requerirán de una nueva intervención. Los estudios muestran tasas de re intervención que varían entre el 0,07% y 5,4%. Entre los factores de riesgo de recidiva, se han establecido diferentes, como la edad (mujeres jóvenes), prolapso preoperatorio avanzado, obesidad, lesión del elevador o historia familiar de prolapso.(2)

CAPITULO II. MATERIALES Y METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, retrospectivo, transversal

2. AREA DE ESTUDIO:

Hospital Básico Duran, ubicado en las calles Gonzalo Aparicio y Guillermo Davis.

3. UNIVERSO Y MUESTRA:

Universo: Todas las pacientes que acudieron al servicio de emergencia y consulta externa de las especialidades de ginecología, urología, cirugía general y medicina general del Hospital Básico Duran, desde Enero del 2017 hasta Septiembre del 2020

Muestra: 86 pacientes con diagnóstico: N811 Cistocele, que acudieron al servicio de emergencia y consulta externa de las especialidades de ginecología, urología, cirugía general y medicina general del Hospital Básico Duran, desde Enero del 2017 hasta Septiembre del 2020

4. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todas las pacientes con diagnóstico de cistocele
- Pacientes en edad menopáusica o climaterio
- Pacientes con edad mayor a 41 años
- Pacientes multíparas

5. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Mujeres diagnosticadas con cualquier otra patología ginecológica o urológicas
- Mujeres con edad menor a 41 años
- Mujeres nulíparas

6. CRITERIOS ETICOS:

El presente trabajo de investigación se compromete a mantener en el anonimato la información personal del grupo de estudio.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION:

Se realiza la recolección de datos con la ayuda de un formulario, donde se receptara la información utilizando los datos proporcionados de las historias clínicas de cada paciente incluido en el estudio, los mismos que cumplan los criterios de inclusión del trabajo. Los cuales consten en los registros del sistema AS400 del área de emergencia y consulta externa del Hospital Básico Duran.

8. TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El análisis estadístico se lo realizara mediante estadística descriptiva con tablas de frecuencia y graficas. Los programas de software utilizados para este procedimiento fueron Hoja de calculo de Excel 2020 y paquete estadístico SPSS versión 24.

Variables: Defina cada una de las variables y describa como van a ser medidas

Nombre Variables	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
Sexo		Cualitativa	
Factores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none">- Edad avanzada- Déficit de estrógenos- Multíparas	Cualitativa	
Grados de cistocele	<ul style="list-style-type: none">- Primer grado- Segundo grado- Tercer grado	Cuantitativa	
Síntomas	<ul style="list-style-type: none">- Sensación de pesadez pélvica- Vaciado incompleto de la vejiga- Incontinencia urinaria- Infecciones urinarias	Cualitativa	
Tipos de tratamiento conservador	<ul style="list-style-type: none">- Ejercicios de Kegel- Terapia hormonal- Terapia de Retroalimentación- Estimulación eléctrica	Cualitativa	
Hábitos	<ul style="list-style-type: none">- Modificar estilo de vida- Abandonar tabaquismo- Evitar ejercicios que aumentan presión intraabdominal	Cualitativa	

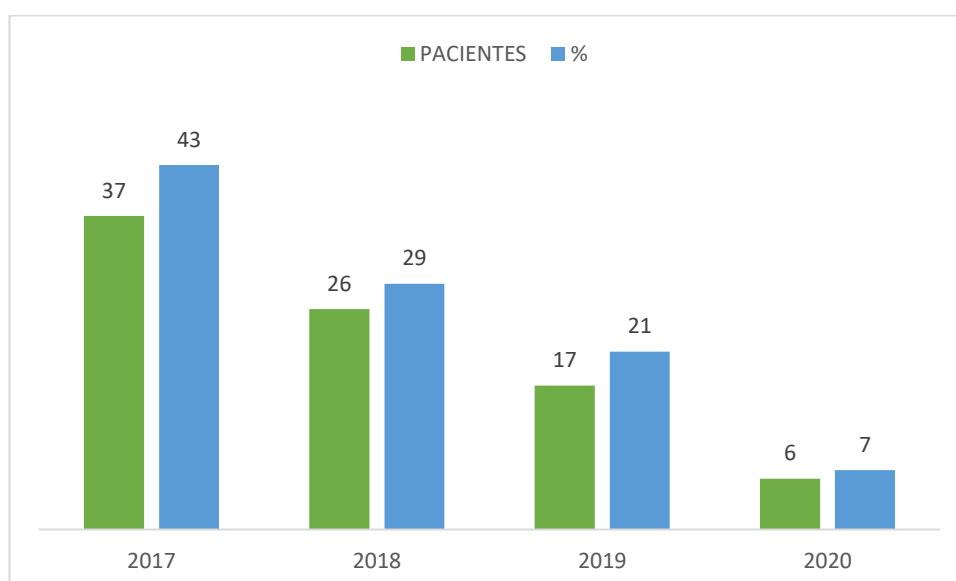
CAPITULO III. RESULTADOS

Un total de 86 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Las características de los mismos se muestran en la tabla 1. El mayor numero de pacientes diagnosticadas con Cistocele fueron en el año 2017 con 37 pacientes (43%), seguido con 26 pacientes en el año 2018 (29%), en el año 2019 se registraron 17 pacientes (21%) y en el 2020 hasta el mes de septiembre únicamente se registraron 6 casos (7%)

TABLA 1. PACIENTES CON DIAGNOSTICO CIE10 N811 CISTOCELE

AÑO	PACIENTES	%
2017	37	43
2018	26	29
2019	17	21
2020	6	7

GRAFICO 1. PACIENTES CON DIAGNOSTICO CIE 10 N811 CISTOCELE

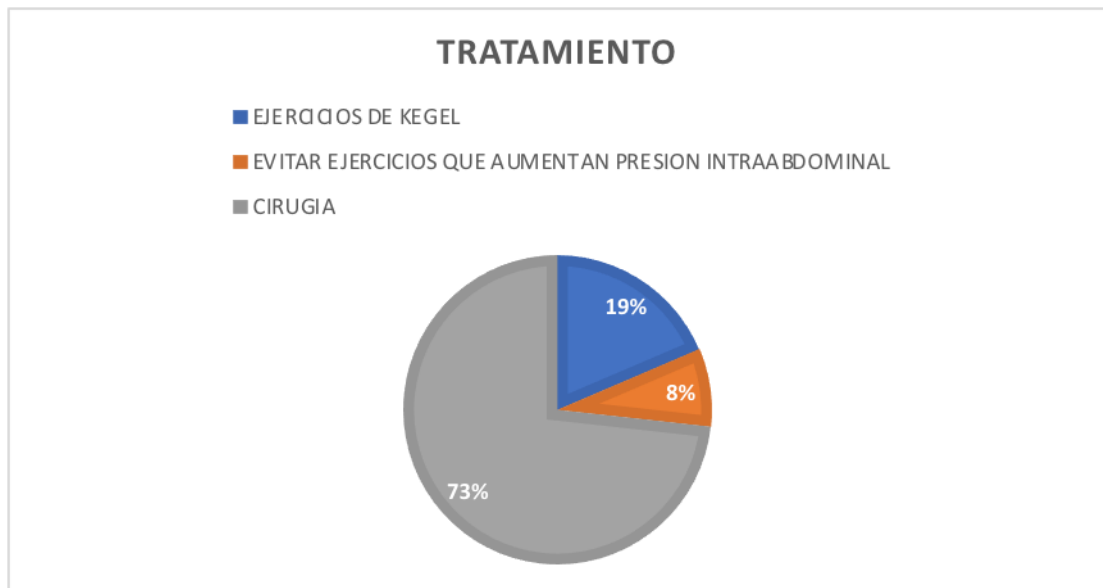


**TRATAMIENTO CONSERVADOR MAS UTILIZADO EN ESTADIOS
TEMPRANOS VERSUS CIRUGÍA DE CISTOCELE**

TABLA 2. TRATAMIENTO CONSERVADOR MAS UTILIZADO EN ESTADIOS
TEMPRANOS VERUS CIRUGIA DE CISTOCELE

	TRATAMIENTO		
	EJERCICIOS DE KEGEL	EVITAR EJERCICIOS QUE AUMENTAN PRESION INTRAABDOMINAL	CIRUGIA
CIE 10 N811	16	7	63

GRAFICO 2. TRATAMIENTO CONSERVADOR MAS UTILIZADO EN ESTADIOS
TEMPRANOS VERSUS CIRUGIA DE CISTOCELE



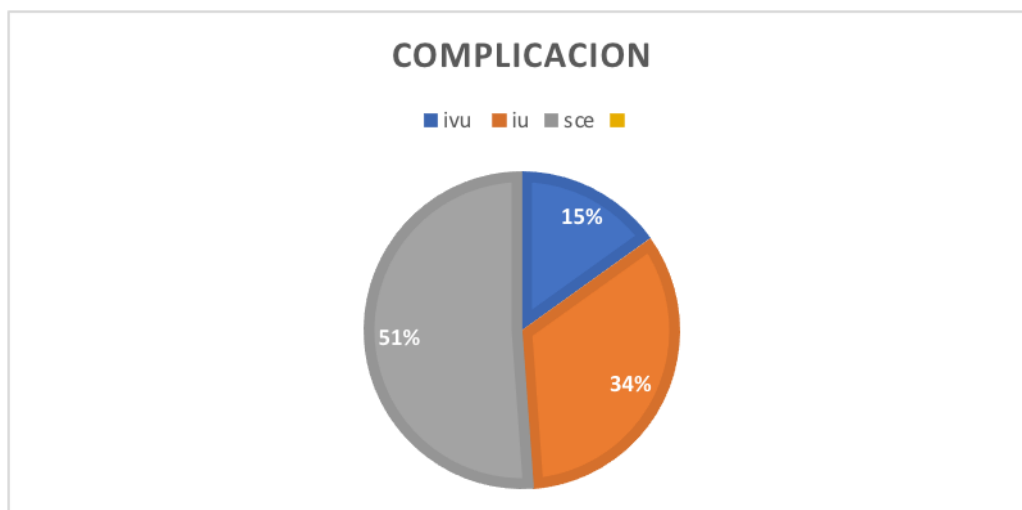
Análisis: Según la revisión individualizada de las 86 historias clínicas correspondientes al total de la muestra estudiada el porcentaje de tratamiento conservador mas utilizado en estadios tempranos versus cirugía de cistocele fue, la practica de los ejercicios de Kegel 19%, evitar ejercicios que aumentan presión abdominal 8%, cirugía 73% en el total de la población.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA FALTA DE INSTAURACIÓN
OPORTUNA DE TRATAMIENTOS CONSERVADORES EN PACIENTES
CON CISTOCELE**

TABLA 3. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA FALTA DE INSTAURACION
OPORTUNA DE TRATAMIENTOS CONSERVADORES EN PACIENTES CON
CISTOCELE

		COMPLICACION		
		INFECCION VIAS URINARIAS	INCONTINENCIA URINARIA	SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO
CIE 10	N811	15	29	44

GRAFICO 3. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA FALTA DE INSTAURACION
OPORTUNA DE TRATAMIENTOS CONSERVADORES EN PACIENTES CON
CISTOCELE



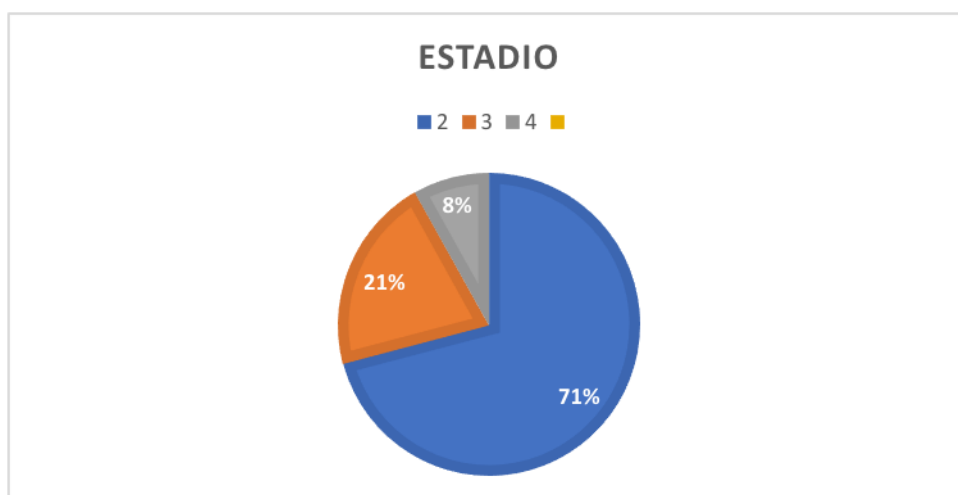
Análisis: Según la revisión individualizada de las 86 historias clínicas correspondientes al total de la muestra estudiada, las complicaciones asociadas a la falta de instauración oportuna de tratamientos conservadores fue infección de vías urinarias 15%, incontinencia urinaria 34%, sensación de cuerpo extraño 51% en el total de la población.

ESTADIOS DE CISTOCELE AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

TABLA 4. ESTADIOS DE CISTOCELE AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

		ESTADIO		
		2	3	4
CIE 10	N811	61	18	7

GRAFICO 4. ESTADIOS DE CISTOCELE AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO



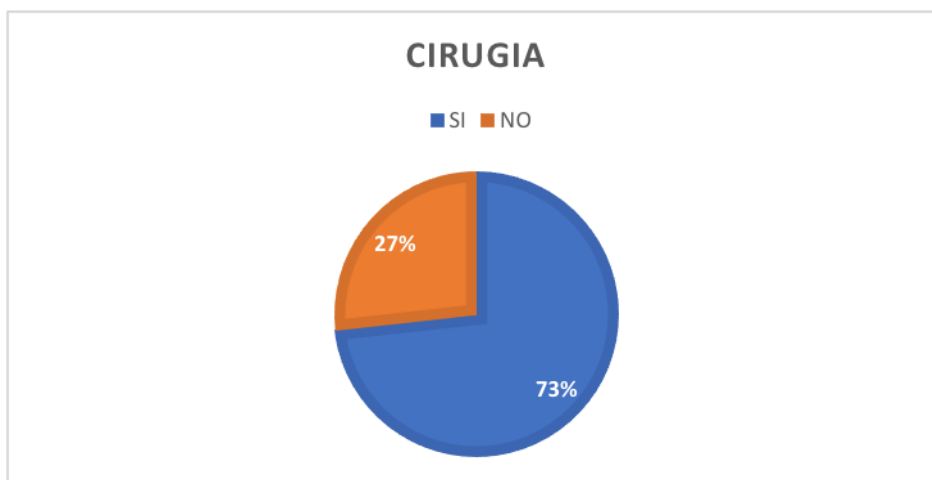
Análisis: Según la revisión individualizada de las 86 historias clínicas correspondientes al total de la muestra estudiada, los estadios de cistocele fue estadio 2 en el 61%, estadio 3 en el 18% y en estadio 4 en el 7%

**RELACIÓN DE PACIENTES QUE SE REALIZARON CIRUGÍA VS
PACIENTES QUE NO SE REALIZARON CIRUGÍA**

TABLA 5. RELACION DE PACIENTES QUE SE REALIZARON CIRUGIA VS
PACIENTES QUE NO SE REALIZARON CIRUGIA

		CIRUGIA	
		SI	NO
CIE 10	N811	63	23

GRAFICO 5. RELACION DE PACIENTES QUE SE REALIZARON CIRUGIA VS
PACIENTES QUE NO SE REALIZARON CIRUGIA



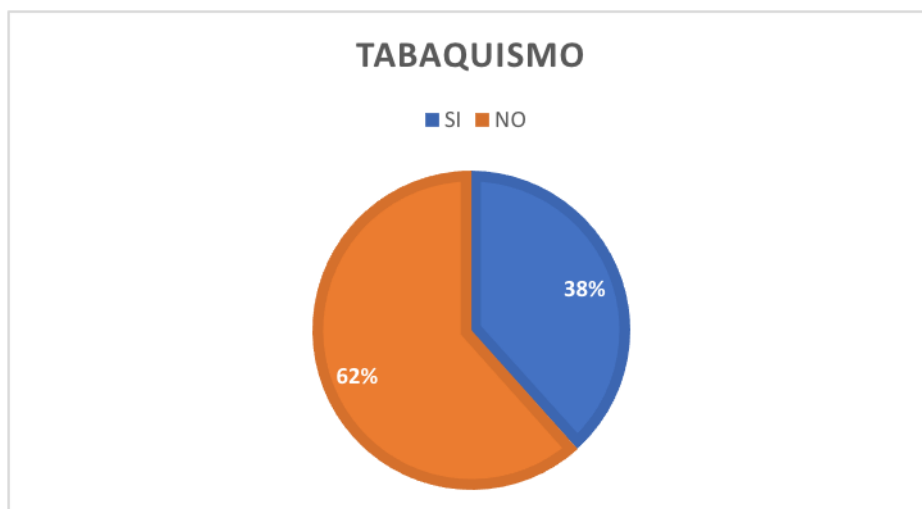
Análisis: Según la revisión individualizada de las 86 historias clínicas correspondientes al total de la muestra estudiada en pacientes que se realizaron pacientes en un 73% vs pacientes que no se realizaron cirugía en un 27%.

HABITO DE TABAQUISMO RELACIONADO COMO FACTOR DE RIESGO DE CISTOCELE

TABLA 6. HABITO DE TABAQUISMO RELACIONADO COMO FACTOR DE RIESGO DE RIESGO DE CISTOCELE

		TABAQUISMO	
		SI	NO
CIE 10	N811	33	53

GRAFICO 6. HABITO DE TABAQUISMO RELACIONADO COMO FACTOR DE RIESGO DE CISTOCELE



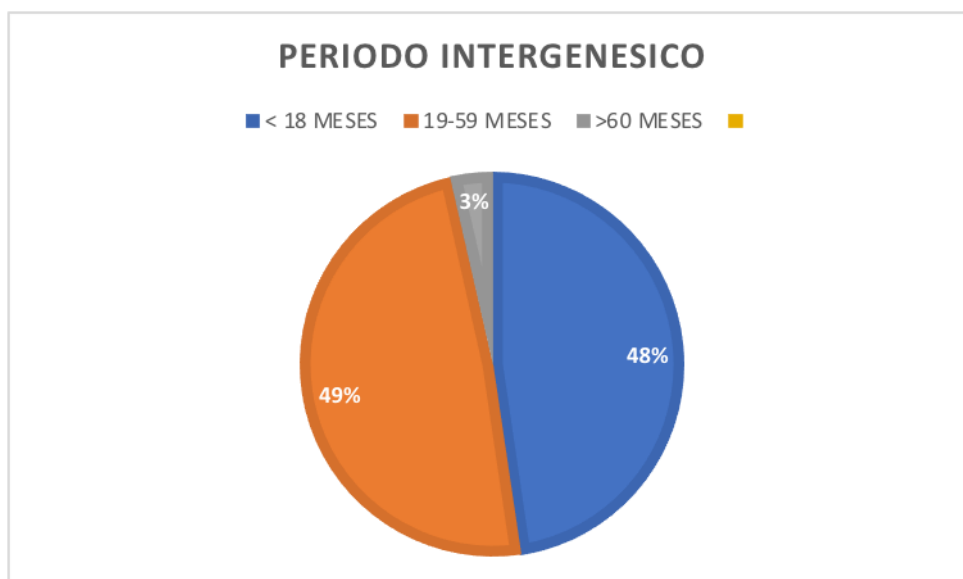
Análisis: Según la revisión individualizada de las 86 historias clínicas correspondientes al total de la muestra estudiada el 62 % no tienen hábito tabáquico y el 38% restante se reportan hábito de tabaquismo.

PERIODO INTERGENESICO

TABLA 7. PERIODO INTERGENESICO

		PERIODO INTERGENESICO		
		< 18 MESES	19-59 ESES	>60 MESES
CIE 10	N811	41	42	3

GRAFICO 7. PERIODO INTERGENESICO



Analisis: Según la revisión individualizada de las 86 historias clínicas correspondientes al total de la muestra estudiada el periodo intergenesico fue: menos de 18 meses 48%, de 19 a 59 meses fue de 49% y mayor de 60 meses 3%.

DISCUSION

Comprendiendo la relevancia y afectación que tiene el cistocele en el ámbito laboral y sexual por ende la repercusión directa sobre la calidad de vida de la paciente se entiende la necesidad de revisar **LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE CISTOCELE CON LA FINALIDAD DE EVITAR INCONTINENCIA URINARIA Y CIRUGIA EN MUJERES MENOPAUSIAS MULTÍPARAS CON CISTOCELE.**

Los profesionales de la salud de establecimientos que otorguen atención de primer nivel son los responsables del correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento de las pacientes con cistocele, por ello se plantea la necesidad de mantenerse actualizados con el tema para brindar un adecuado manejo y aumentar considerablemente la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las usuarias. Ante la causa de cistocele de tipo multifuncional, dentro de las cuales se menciona el envejecimiento, parto por vía vaginal, menopausia, obesidad, esfuerzo intenso durante las defecaciones, levantar objetos pesados, histerectomía. En este estudio la multiparidad, y la edad mayor de 40 años fueron los dos criterios considerados en las pacientes incluidas en la investigación.

Con la finalidad de reducir costo-económico y mejorar la calidad de vida de las pacientes, planteamos ante la presencia de sus manifestaciones guiar oportunamente a la consulta con el especialista y proporcionar la información adecuada dependiendo del estadio de severidad del cistocele. *“En aquellos casos considerados como leves o en estadios tempranos se recomienda tratamiento conservador el cual este basado en ejercicios específicos que estén encaminados al fortalecimiento de los músculos situados en el suelo pélvico, además se vera significaba importancia al momento de mejorar la incontinencia urinaria, la principal complicación que se menciona. También se utilizan otras terapias como la biorretroalimentacion (biofeedback) y la estimulación eléctrica”*

De igual manera, es recomendable modificar el estilo de vida las pacientes, entre lo que se menciona abandonar hábitos como tabaquismo, reducir el exceso peso en caso de ser necesario y evitar ejercicios intensos que aumenten la presión intraabdominal. Finalmente se mencionad que aquellos casos de cistocele avanzado, o cuando fracasan los tratamientos conservadores planteados el tratamiento recomendable es la cirugía.

CONCLUSION

Los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo, relacionados con los objetivos planteados al inicio del mismo, se concluye que:

1. En base al presente estudio se logro determinar que la practica de los ejercicios de Kegel en 16 casos favorecen para evitar cirugia en pacientes multíparas y menopaúsicas, evitar ejercicios que aumentan presión abdominal en 7 casos, y las 63 pacientes restantes recurren a la cirugia del total de la población.
2. Dentro de las complicaciones asociadas a la falta de instauración oportuna de tratamientos conservadores fue infección de vías urinarias en 13 casos, incontinencia urinaria en 29 casos, y sensación de cuerpo extraño en 44 casos del total de la población.
3. Se define el estadio del cistoce en la poblacion estudiada, siendo el estadio 2, el que se encontro que se diagnostica con mayor frecuencia en un total de 61 casos del total de la poblacion.
4. Dos factores de riesgo potencialmente predisponentes de Cistocele que se encontraron con mayor frecuencia dentro del estudio, fue que el 62 % no tienen habito tabáquico y el 38% restante se reportan habito de tabaquismo.
5. Del total de la población estudia se concluyo que 63 casos terminaron en cirugia y el 23 restantes no tuvo resolución quirúrgica.

RECOMENDACIONES

Según los últimos estudios se recomienda que desde una etapa temprana se fortalezcan las paredes del suelo pélvico para evitar las complicaciones del cistocele que pueden llegar a afectar la calidad de vida de las pacientes y así mismo evitar llegar a una cirugía para reconstrucción del suelo pélvico.

Recomendamos como medidas terapéuticas el uso de nuevos métodos que ayudan a fortalecer los músculos pélvicos ya sea por estimulación eléctrica o a través de ejercicios de gimnasia pasiva con el fin de mejorar el tono muscular del área ya mencionada.

1. Electro estimulación neuromuscular, su efecto inmediato consiste en la contracción muscular, lo que provoca a largo plazo la tonificación e hipertrofia muscular del suelo pélvico. El objetivo principal del tratamiento es mejorar la funcionalidad del grupo muscular en la incontinencia urinaria de esfuerzo e inhibir la hiperactividad detrusoriana en la incontinencia de urgencia.
2. SillaEmsella BTL, el mecanismo de acción es una tecnología electromagnética enfocada de alta intensidad que desencadena intensas contracciones de los músculos del piso pélvico al atacar el tejido neuromuscular e inducir corrientes eléctricas. Según un estudio de la Universidad de Michigan, quienes recibieron el tratamiento, refirieron disminución en la cantidad de fugas y mejora con la interferencia en su vida cotidiana.
3. Bolas de Kegel son artículos de gimnasia pasiva que ayudan a mejorar el tono muscular del suelo pélvico, porque inconscientemente provoca contracciones musculares para evitar que estas se caigan. es necesario que para que este articulo cumpla su función quien realice el ejercicio debe estar en movimiento porque dentro de este articulo traen unas bolas más pequeñas que ayudan a mejorar la lubricación y el tono muscular en general.

REFERENCIAS

1. Mauroy B, Fantoni JC, Lapray JF. Cistoceles. EMC - Urología. 1 de enero de 2002;34(1):1-15.
2. Prolapso de los organos pelvicos. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2020;54-9.
3. INEC. anuario de estadisticas de salud [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2015/>
4. INEC. Anuario de Estadísticas de Salud [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2016/>
5. Lainez Lara EP. Prolapso genital femenino: factores de riesgo y manejo clínico quirúrgico en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil, en el año 2015 [Internet]. [Guayaquil]: Repositorio Universidad de Guayaquil; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/23519>
6. Cistocele. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/cistocele>
7. Descouvieres C. Piso Pelvico Femenino. Revista Chilena de Urologia [Internet]. 2015;80(2). Disponible en: https://www.revistachilenadeurologia.cl/urolchi/wp-content/uploads/2015/06/Ed_02_2015-03_Piso_Pelvico_Femenino.pdf
8. Cystocele - Health Encyclopedia - University of Rochester Medical Center [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=85&contentid=P04571>
9. Abreu Perez Y, del Carmen martinez J, Rodriguez Adams E. Prolapso de organos pelvicos en la mujer. Revision bibliografica. Revista Cubana de Medicina Fisica y rehabilitacion. 2016;8:99-110.

10. Sánchez AM, Gutiérrez JH. Fisioterapia en la incontinencia y prolapsos urogenitales. :22.
11. <https://plus.google.com/u/0/102211596309232880927/posts>. Ejercicios para fortalecer el suelo pélvico [Internet]. CuidatePlus. 2016 [citado 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/2016/03/02/ejercicios-fortalecer-suelo-pelvico-109978.html>
12. ¿Que es el biofeedback para suelo pélvico? - Artículos de Osteopatía y Fisioterapia [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.clinicasilviamolins.com/que-es-el-biofeedback-para-suelo-pelvico/>
13. Gimnasia Abdominal Hipopresiva: el entrenamiento de moda para los abdominales | Fisi Naciones [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.fisionaciones.com/gimnasia-abdominal-hipopresiva-beneficios/>
14. 6 ejercicios de abdominales hipopresivos - El bloc del DiR [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.dir.cat/blog/es/6-ejercicios-abdominales-hipopresivos/>
15. MÉTODO ABDO-MG archivos [Internet]. DPM Promociones Médicas - Suelo Pélvico. [citado 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://reeduacionsuelopelvico.com/suelo-pelvico/equipos/metodo-abdo-mg/>
16. Porras CH, González FS. La gimnasia abdominal hipopresiva, ¿logra la activación de la musculatura del suelo pélvico? ¿hay diferencia si existe disfunción? :23.
17. López M, Villalobos V. Ejercicios hipopresivos: prescripción, técnicas y efectividad. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD. 9 de agosto de 2018;8.
18. Prolapso anterior (cistocele) - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cystocele/symptoms-causes/syc-20369452>

19. Gurovich M, Aros S, Sepúlveda J, Rey R, Wainstein A, Sacomori C. Calidad de vida, complicaciones asociadas y satisfacción con el uso de pesarios para tratamiento conservador del prolapso de órganos pélvicos. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [Internet]. 7 de mayo de 2020 [citado 12 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X20300307>
20. Cango Chamba. 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. Loja. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13813/1/TESIS%20CISTOCELE%20-%20FINAL%20biblioteca.pdf>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Carolina Elizabeth Loja Cueva**, con C.C: # 0705335644 y **Paula Paola Mendoza Cely** con C.C: # 0705860872 autoras del trabajo de titulación: **Demostrar beneficios del tratamiento conservador de cistocele para evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopausias multíparas con cistocele en el hospital básico de duran en el periodo enero del 2017 hasta septiembre del 2020**, previo a la obtención del título de **MEDICO** 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, 01 de mayo del 2021

f. _____
Nombre: **Loja Cueva Carolina**
C.C: **0705335644**

f. _____
Nombre: **Cely Mendoza Paula Paola**
C.C: **0705860872**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Demostrar beneficios del tratamiento conservador de cistocele para evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopausias múltiples con cistocele en el hospital básico de duran en el periodo enero del 2017 hasta septiembre del 2020		
AUTOR(ES)	Loja Cueva Carolina Elizabeth, Cely Mendoza Paula Paola		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Arroba Raymondi Luis Fernando		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS:	35 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Urología, Atención Primaria de Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cistocele, Menopausia, Múltiparas, tratamiento, ejercicios, estimulación		
RESUMEN/ABSTRACT :	<p>El cistocele o hernia de vejiga se manifiesta como un defecto de la pared pélvica anterior por fallo de las estructuras de soporte, que puede generar una patología multisistémica con enfoque multidisciplinar. Esta patología se asocia con mayor frecuencia a mujeres múltiples, aunque también se ha observado como consecuencia del climaterio y el envejecimiento. La investigación se realiza para demostrar los beneficios de un adecuado tratamiento conservador en estadios tempranos de cistocele para evitar incontinencia urinaria y cirugía en mujeres menopáusicas múltiples con cistocele en el hospital básico de duran en el periodo enero del 2017 hasta septiembre del 2020. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con una muestra de 86 historias clínicas con dicha patología que cumplían los criterios de inclusión de la investigación. Obteniéndose los siguientes resultados: el mayor número de pacientes diagnosticadas con los diagnósticos establecidos fueron en el año 2017 con 37 pacientes (43%), seguido con 26 pacientes en el año 2018 (29%), en el año 2019 se registraron 17 pacientes (21%) y en el 2020 hasta el mes de septiembre únicamente se registraron 6 casos (7%). Según la revisión individualizada los estadios de cistocele fue estadio 2 en el 61%, estadio 3 en el 18% y en estadio 4 en el 7%, y el total de la muestra estudiada en pacientes que se realizaron cirugías fue de en un 73% vs pacientes que no se realizaron cirugía en un 27%.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593939517227 +593985506465	E-mail: ppcm95@gmail.com Carito_eli16@hotmail.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayón 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):			