

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

“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 previa a la
obtención del título de
Médico General

AUTOR:

José Eduardo Cango Chamba.

DIRECTORA:

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova. GO.

Loja – Ecuador

2015

No busquen los
mejores puestos, sino
preparados,
aunque no sean genios.

CERTIFICACIÓN

Loja, Noviembre de 2015.

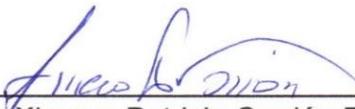
Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que luego de haber revisado el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención del título de Médico General, con el tema titulado: "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", de autoría del señor José Eduardo Cango Chamba, puedo manifestar que el mismo ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi dirección, cumpliendo con los requisitos académicos y reglamentarios exigidos por la Universidad Nacional de Loja para su aprobación. Por lo tanto autorizo su presentación, disertación y defensa.

Atentamente:



Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, José Eduardo Cango Chamba, declaro ser autor del presente trabajo de tesis, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual



Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Cédula: 1104682776.

Fecha: 25 de Noviembre del 2015

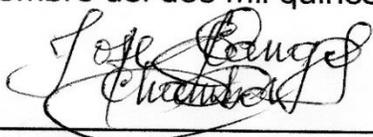
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, José Eduardo Cango Chamaba, declaro ser autor de la tesis titulada: "DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES PREDISPONENTES DE CISTOCELE EN MUJERES ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2014", como requisito para optar por el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 27 días del mes de Noviembre del dos mil quince, firma el autor



Autor: José Eduardo Cango Chamaba.

Cédula: 1104682776.

Dirección: Urb. Isacc Ordoñez, Arenillas y Marcabelí., El Valle, Loja

Correo electrónico: jose_benjamins@hotmail.es

Celular: 0982685327.

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova

Tribunal de Grado:

Presidente: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia. GO.

Vocal 1: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, GO.

Vocal 2: Dra. Alba Guerrero Iñiguez, GO.

DEDICATORIA

A DIOS, por haberme permitido llegar a este momento tan grande y especial en mi vida, que me ha brindado fortaleza para continuar en las victorias y en los momentos difíciles de mi vida.

A mis padres, por su amor trabajo y sacrificio que han sido el pilar fundamental en mi vida, que han sabido guiarme y brindarme su apoyo incondicional siempre.

A mi hermano Marco por su buen ejemplo, amor, cariño y dedicación hacia mí.

A mi familia en general y amigos por su constante apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Expreso mis más sinceros agradecimientos ante todo a Dios y a mis padres por todo su amor, apoyo y esfuerzo.

De igual manera agradezco a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana en especial a la Carrera de Medicina Humana, por haberme permitido mi formación académica.

A mis docentes de Medicina, por su tiempo, paciencia y dedicación, por haberme orientado académicamente durante todos estos de Carrera.

A mis amigos y compañeros, por haber compartido conmigo este largo camino, con el mismo objetivo.

a. TÍTULO

“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”.

b. RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar los factores predisponentes de cistocele en mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Isidro Ayora en el año 2014. Determinar en qué grupo etario se presenta con mayor frecuencia el cistocele. Determinar el grado de cistocele más frecuente en las pacientes atendidas en el servicio de consulta externa del Hospital Regional Isidro Ayora. Establecer el factor predisponente más frecuente en las mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Regional Isidro Ayora. Para ello se recolectó información de las historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de Ginecología con diagnóstico de Cistocele en el Hospital Isidro Ayora, de la ciudad de Loja (Ecuador), que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, en el periodo Enero a Junio 2014. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, se incluyeron 66 pacientes, entre las edades de 20 años hasta los 65 años. Los datos fueron procesados en una base de datos elaborada en el programa Excel, representados en tablas para su análisis. Se analizaron los factores predisponentes y el grado de cistocele. Entre los principales hallazgos obtenidos, la frecuencia de los factores predisponentes dentro de la población estudiada fue: parto vía vaginal 91%; actividad física moderada 73%; obesidad 47%; multiparidad 47%; edad entre 51 – 65 años 41%; Menopausia 38% antecedente familiar 24%; antecedente quirúrgico 17%; estreñimiento 14%; tos crónica 5% y el grado II de cistocele 52%.

PALABRAS CLAVE: Ginecología, Cistocele, factores predisponentes.

ABSTRACT

The main objectives of this research are: to determine the predisposing factors of cystocele in women who were medically treated at Isidro Ayora Regional Hospital in 2014. To assess which age group is more predisposed to cystocele. To determine what degree of cystocele is more frequent in patients treated at the outpatient department of the Isidro Ayora Regional Hospital. To establish the most frequent predisposing factor in women who are treated at the outpatient department of the Isidro Ayora Regional Hospital. The data of the clinical records of patients who were diagnosed with Cystocele at the outpatient department of gynecology of the aforementioned Hospital in the city of Loja (Ecuador), and who met the inclusion and exclusion criteria, were collected during the period January to June 2014. The study was descriptive, retrospective and cross-sectional, which included 66 patients aged between 20 to 65 years. Data was processed in a database created in Excel, using tables for the analysis. Predisposing factors and the degree of cystocele were analyzed. One of the main discoveries was that the frequency of predisposing factors among the studied population presented the following: vaginal delivery 91%; moderate physical activity 73%; obesity 47%; multiparous mothers 47%; patients aged between 51 to 65 years 41%; menopause 38%, family history 24%; surgical history 17%; constipation 14%; chronic cough 5% and grade II cystocele 52%.

KEYWORDS: gynecology, Cystocele, predisposing factors.

c. INTRODUCCIÓN

El cistocele está representado por un defecto de la pared vaginal o de sus soportes, hacia el cual se hernia. Se puede encontrar alrededor del mismo diversa sintomatología entre la principal tenemos sensación de presión pélvica, dolor inguinal, molestias abdominales, dispareunia, síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria y en las etapas tardías de la enfermedad protrusión de la vejiga hacia el introito o el exterior (Romo Rodríguez, 2006).

No se conoce con exactitud, la frecuencia de cistocele, se reportan cifras disímiles dependiendo de la población estudiada, así como de los criterios utilizados para su diagnóstico, pues no se conoce con exactitud la frecuencia, se estima que el riesgo de ir a cirugía por incontinencia urinaria o prolapso en Estados Unidos durante la vida (hasta los 80 años) es de 11,1% (COHEN S., 2013); En Europa se estima que el 24% de las mujeres tiene algún grado de prolapso genital.

Mientras que en un estudio realizado en España por Universidad Complutense de Madrid donde se estudiaron 119 pacientes de sexo femenino con el tema "ALTERACIONES DE LA FASE DE LLENADO VESICAL Y CISTOCELE" se demostró que el grado de cistocele fue 0 en el 31,1%, grado I en el 25,2%, grado II en el 26,1%, y el grado III en el 17,6%, siendo la edad media de las mismas de 55,8 años (rango 15-87) (Adot Zurbano, y otros, 2005).

En un estudio realizado en el Servicio de Urología del Hospital Militar de Rabat (Marruecos), donde fueron intervenidas desde abril de 2004 hasta julio de 2007, en 31 pacientes, se pudo observar que los factores predisponentes como la edad media de las pacientes era de 58 años, la paridad promedio del grupo fue 5,8 (límites 1 y 13 hijos), el peso medio de 75 kg (límites: 60-82 kg) y todas las pacientes eran postmenopáusicas en cuanto al estado del piso pelviano preoperatorio 41,9%, tenían prolapso de grado II preoperatorio, 54,8% prolapso de grado II y el 3,3% prolapso de grado IV de la pared anterior (El Harrech, y otros, 2009).

Citando un estudio realizado en Chile en la Unidad de Ginecología del Hospital Base Valdivia, siendo intervenidas desde el 19 julio de 2005 hasta el 29 de mayo 2006, 35 pacientes en el cual se investigó durante el preoperatorio el grado de cistocele y

factores predisponentes encontrándose que el 31,4% de las pacientes presentó cistocele grado II, 48,6% cistocele grado III y 20% cistocele grado IV, además la edad promedio fue de 61,4 años (rango: 39 a 83 años), el origen de las pacientes fue 63% rural y 47% urbano, la paridad promedio del grupo fue 4,3 (rango: 0 y 13 hijos) y la postmenopausia en el 85,7% de las pacientes (Hott A., y otros, 2007).

El Cistocele es un problema que va en aumento y frecuencia en nuestro país, según el INEC en el año 2010 reporto 4,416 casos de prolapso genital femenino de los 726,739 casos de egresos hospitalarios femeninos. En la Provincia de Loja se reportaron 231, de los 22,876 casos de egresos hospitalarios, de los cuales 215 pertenecían al cantón de Loja.

Se ha demostrado en varias investigaciones sobre asociación a diversos factores predisponentes de cistocele que influyen en la aparición de esta patología. En estudios realizados en países de América Latina sobre la asociación de estos factores predisponentes se ha evidenciado que el cistocele está íntimamente asociado a: edad de sobre todo mayores de 80 años es de un 11,1%, multíparas 40% (Gutiérrez, Solórzano, Trujillo, & Plata, 2012), cuya prevalencia general en la población puede ascender hasta el 41,1% y se encuentra asociada a factores tales como la edad, el número de partos y el índice de masa corporal. Según estos resultados podemos observar la estrecha relación existente entre los factores predisponentes de cistocele, lo que nos lleva a analizar la importancia de identificar a estos factores tempranamente. Es importante dar a conocer que el cistocele al no ser abordada y tratada adecuadamente esta patología, se puede desencadenar múltiples complicaciones en las pacientes como una intervención quirúrgica del piso pélvico, útero o sus anexos lo cual aumenta la morbilidad de la población.

Es por ello que se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo “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”

d. REVISIÓN LITERARIA

1.1. CISTOCELE

1.1.1. Definición

El cistocele está representado por un defecto de la pared vaginal anterior o de sus soportes, hacia en el cual se hernia la vejiga. Se puede encontrar alrededor del mismo diversa sintomatología; entre la principal tenemos sensación de presión pélvica, dolor inguinal, molestias abdominales, dispareunia, síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria, y por último en las etapas tardías de la enfermedad protrusión de la vejiga hacia el introito o al exterior (Romo Rodríguez, 2006)

1.1.2. Relación del factor predisponente con el daño producido

Se calcula que una mujer, a lo largo de su vida, tiene 11% de riesgo de necesitar cirugía de corrección de prolapso de los órganos pélvicos o por incontinencia urinaria. Los prolapsos pueden ser de la pared anterior de la vagina (cistocele) en la mayoría de los casos, de la cúpula vaginal, del útero (histerocele) o de su pared posterior (rectocele o enterocele). De acuerdo al estado general de la paciente y al trofismo de sus tejidos, se puede optar por cirugías obliterativas o reconstructivas, respectivamente. Teniendo en cuenta que para las cirugías reconstructivas se debe realizar, un adecuado diagnóstico, con el fin de poder corregir el defecto, ya sea en su pared anterior, posterior o cúpula, utilizando puntos de sutura, mallas biológicas o sintéticas. (Palma, Ricetto, Henández, & Olivares, 2008)

El cistocele por debilidad de la pared que la separa de la vagina suele ser debida a alteraciones que se producen durante el parto o tras él, especialmente cuando se trata de partos prolongados, complicados y que requieren instrumentación, en casos de bebés muy grandes o por la existencia de múltiples partos. El trabajo de parto y la tensión masiva a la que se somete a la musculatura pélvica hace que ésta se debilite, asimismo los estrógenos, hormonas sexuales femeninas, se encargan entre muchas otras funciones de mantener un tono muscular adecuado en la musculatura de la pelvis, para sostener las diferentes estructuras en su posición

anatómica correcta y hacer que se esté preparado para un eventual parto. Al llegar a la menopausia se produce una disminución de la secreción de estrógenos, con lo que sin ellos las estructuras musculares pélvicas tienden a debilitarse (Cañada Bustos, 2008).

Otros factores que pueden llevar a que estos grupos musculares se debiliten y faciliten la aparición de un cistocele son la carga continuada de pesos que aumenten la presión sobre la zona pélvica, el estreñimiento severo y prolongado o la tos crónica, maniobras que aumentan la presión abdominal y, consecuentemente, la que se ejerce sobre esta musculatura pélvica, pudiendo llegar a debilitarla. En ocasiones el cistocele puede estar producido por alteraciones congénitas, como la espina bífida o malformaciones de la vejiga, la vagina o el recto, aunque son casos poco frecuentes (Cañada Bustos, 2008).

1.1.3. Causas del cistocele

Edad: El envejecimiento puede causar que los músculos lleguen a debilitarse. Después de la menopausia, el cuerpo de la mujer produce mucho menos estrógenos. Menor cantidad de estrógenos hace que sus músculos pélvicos se debiliten (Parra, 2011).

La influencia de la edad avanzada en el aumento de los casos de prolapso de órganos pélvicos (cistocele) es obvia. Aunque el prolapso puede producirse en mujeres jóvenes y cualquier edad poco después de dar a luz, el número de mujeres tratadas por prolapso de órganos pélvicos aumenta en relación con la edad. Como la información disponible procede de recuentos de las intervenciones quirúrgicas realizadas hay menos datos de las mujeres en edad avanzada, tal vez porque es menos probable que se intervenga a estas pacientes por el riesgo inherente de la intervención (Gibbs, Karlan, Haney, & Nygaard, 2009, pág. 845).

Parto Vaginal: El embarazo y el trauma durante el trabajo de parto y el nacimiento de un bebé, pueden causar que los músculos alrededor de la vagina o el recto se debiliten. Esto puede suceder por el uso de fórceps para ayudar al nacimiento o a

los desgarros en el recto durante el nacimiento. Dar la luz a un bebé grande o embarazos múltiples pueden aumentar su riesgo (Parra, 2011)

Paridad existe una relación directa entre la paridad y el riesgo de prolapso. Durante el parto la presión de la cabeza del feto a la salida de la pelvis combinada con las fuerzas de expulsión maternas puede estirar y comprimir los nervios pudendos y perineales, y ejercer un efecto perjudicial directo sobre los músculos del suelo pélvico y los tejidos conectivos. Estos efectos pueden verse agravados por lesiones y laceraciones en el periné o en el esfínter anal interno o externo (Duarte Maldonado & Carmona, 2014).

1.1.4. Grados del cistocele

En condiciones normales, la base vesical se debe encontrar por encima de la rama inferior de la sínfisis del pubis. Nos encontramos ante un cistocele si en reposo o en condiciones en las que aumenta la presión abdominal se produce un descenso de la base de la vesical de 1 a 2 centímetros (Coya Núñez, 2006).

A cada componente del prolapso de órganos pélvicos se le atribuye una etapa o grado que va de 0 a 4, en tanto la paciente puja. Los componentes a que hace referencia la puntuación son: uretrocele, cistocele, histerocele, prolapso de cúpula, enterocele y rectocele.

- **GRADO 0**

No se demuestra prolapso de órganos pélvicos.

- **GRADO I**

La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por arriba del nivel del himen.

- **GRADO II**

La porción más distal del prolapso está entre -1 cm y +1 cm medidos desde el nivel del himen.

- **GRADO III**

La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por abajo del plano del himen pero no más de 2 cm.

- **GRADO IV**

La porción distal del prolapso está a más de 2 cm sobre el plano del himen.

CUADRO 24-3. Sistema de media distancia de Baden-Walker para la valoración del prolapso de órgano pélvico en la exploración física^a	
Grado	
Grado 0	Posición normal de cada sitio respectivo.
Grado 1	Descenso a la mitad de la distancia al himen.
Grado 2	Descenso hasta el himen.
Grado 3	Descenso a la mitad de la distancia después del himen.
Grado 4	Máximo descenso posible de cada sitio.

^a El descenso de la pared vaginal anterior, pared vaginal posterior o prolapso apical pueden graduarse con este sistema. Tomado con autorización de Baden, 1992.

(John O. Schorge, 2009)

1.2. FACTORES PREDISPONENTES DEL CISTOCELE

1.2.1. Determinación de los factores predisponentes de cistocele

Los factores predisponentes para el prolapso de órganos pélvicos. Los investigadores concuerdan en que el prolapso de órganos pélvicos (POP) tiene múltiples causas y se desarrolla en forma gradual durante varios años. Sin embargo, se desconoce la importancia relativa de cada factor.

La etiología del cistocele es compleja y multifactorial. Los factores de riesgo posibles incluyen:

- ✓ Parto
- ✓ Multiparidad
- ✓ Edad avanzada
- ✓ Antecedente quirúrgico
- ✓ Histerectomía
- ✓ Antecedente familiar
- ✓ Menopausia

- ✓ Actividad física
- ✓ Presión intraabdominal crónica elevada
- ✓ Obesidad
- ✓ Tos crónica
- ✓ Estreñimiento

1.2.2. Multiparidad

El parto vaginal es el factor de riesgo citado con más frecuencia. No existe acuerdo sobre si es el embarazo o el parto mismo el que predispone a la disfunción del piso pélvico. No obstante, muchos estudios han mostrado con claridad que el parto aumenta la propensión de una mujer al desarrollo de POP. Por ejemplo, en el Pelvic Organ Support Study (POSST), el aumento en la paridad se vinculó con el avance del prolapso (Swift, 2005). Además, el riesgo de POP aumentó 1.2 veces con cada parto vaginal. El estudio de cohorte sobre planificación familiar de Oxford con 17 000 mujeres mostró que comparadas con las nulíparas, las mujeres con dos partos tenían un aumento de ocho veces en la hospitalización por POP (Mant, 1997).

Aunque el parto vaginal está implicado en el riesgo de POP en algún momento de la vida de una mujer, los factores obstétricos de riesgo específicos aún son tema de controversia. Éstos incluyen macrosomía, segunda etapa del trabajo de parto prolongada, episiotomía, laceración del esfínter anal, analgesia epidural, uso de fórceps y estimulación del trabajo de parto con oxitocina. Cada uno es un factor de riesgo propuesto, aunque no hay demostración definitiva. Mientras se esperan más estudios, puede anticiparse que aunque es factible que cada uno tenga un impacto importante, es la suma de todos los fenómenos que ocurren durante el paso del feto por el canal del parto lo que predispone al prolapso de órganos pélvicos.

1.2.3. Partos

Numerosos estudios proponen una asociación entre parto vaginal y denervación parcial del diafragma pélvico con su consecuente debilitamiento. Sin embargo, también se ha observado una total recuperación de la funcionalidad del diafragma pélvico en los meses que siguen al parto. Se ha planteado también que la cesárea

podría disminuir en parte el riesgo de desarrollar posteriormente prolapso genital. Se observó que las pacientes con cesárea por prueba de trabajo de parto fracasada tenían lesión pudenda en una proporción similar a las con parto vaginal; esto hace suponer que los trabajos de parto prolongados podrían causar daño neurológico por compresión o distensión. Finalmente, estudios recientes han demostrado que la episiotomía rutinaria aumenta la ocurrencia de desgarros severos con aumento del hiato genital y debilitamiento del piso pelviano (Braun B., Rojas T., González T., Fernández N., & Andrés Ortiz C., 2004).

Hoy en día no se sugieren dos intervenciones obstétricas: parto programado con fórceps para acortar la segunda etapa del trabajo de parto y episiotomía programada, por la falta de evidencia de beneficio y el daño potencial, materno y fetal. Primero, el parto con fórceps tiene una relación directa con la lesión del piso pélvico por su relación conocida con la laceración del esfínter anal. Segundo, no hay evidencia de beneficios para el piso pélvico con el acortamiento de la segunda etapa del trabajo de parto. Por estas razones, no se recomienda el parto programado con fórceps. De igual manera, al menos seis estudios controlados con asignación al azar que comparan la episiotomía programada y selectiva no muestran beneficios, sino una relación con la laceración del esfínter anal, incontinencia anal posparto y dolor posparto (Carroli, 2000).

1.2.4. Cesárea Programada

Existe controversia sobre el tema de la cesárea programada para prevenir la disfunción del piso pélvico. En teoría, si todas las pacientes se sometieran a operación cesárea, habría menos mujeres con disfunción del piso pélvico, incluida incontinencia urinaria y POP. Si se tiene en cuenta que la mayoría de las mujeres no desarrolla disfunción del piso pélvico, la cesárea sometería a muchas mujeres a una intervención potencialmente peligrosa que de otra manera no desarrollarían el problema. En particular, dado el riesgo de 11% en toda la vida de someterse a una operación por incontinencia o prolapso, por cada mujer en la que se evitaría la intervención quirúrgica del piso pélvico a lo largo de su vida al someterse a cesárea programada, nueve mujeres no obtendrían beneficio alguno, pero asumirían los

riesgos potenciales de la cesárea. La mayor parte de los investigadores concuerda en que para hacer recomendaciones definitivas se requieren más estudios clínicos a fin de definir los riesgos y beneficios potenciales de la cesárea programada como prevención primaria de la disfunción del piso pélvico (Patel, 2006). En este momento deben individualizarse las recomendaciones para la cesárea programada que tiene como objetivo prevenir la disfunción del piso pélvico.

El parto provoca traumatismo del suelo de la pelvis, con pérdida de soporte tisular de los órganos pélvicos femeninos. El parto vaginal, en particular la multiparidad, puede alterar la fascia y debilitar los ligamentos. Un parto prolongado (sobre todo de la segunda fase), el nacimiento de un hijo grande y el traumatismo perineal se han sugerido como causas de daño directo de la fascia y el tejido neuromuscular del suelo pélvico (Drife & Magowan, 2005)

1.2.5. Edad

La edad avanzada también está implicada en el desarrollo del prolapso de órganos pélvicos (cistocele). En el estudio POSST hubo un aumento de 100% en el riesgo de prolapso por cada decenio de vida. En las mujeres de 20 a 59 años, la incidencia de POP casi se duplica con cada decenio. Al igual que con otros factores de riesgo para POP, el envejecimiento es un proceso complejo. El aumento de incidencia podría derivar del envejecimiento fisiológico y procesos degenerativos, así como del hipoestrogenismo. Es problemático separar los efectos de la falta de estrógenos de aquellos del proceso de envejecimiento (John O. Schorge, 2009, pág. 533)

1.2.6. Menopausia

Las modificaciones fisiológicas del aparato genitourinario después de la menopausia son histológicas, morfológicas y funcionales. En estas modificaciones intervienen:

- ✓ La reducción del índice de colágeno.
- ✓ La involución de fascias y ligamentos.
- ✓ La involución de los músculos estriados pélvicos

- ✓ La pérdida del tono y la disminución de la longitud de la vagina, por efecto de la carencia estrogénica.

En la mujer joven, la resultante de las fuerzas de presión abdominal se dirige hacia el perineo posterior, en el sentido de la traslación de las vísceras durante el esfuerzo. En la menopausia y en la mujer obesa, la relajación de los músculos extensores de la columna vertebral y de los músculos de la pared abdominal provoca una acentuación de la cifosis torácica y de la lordosis lumbar. La pelvis se coloca en anteversión y la cincha abdominal pierde tono. A causa de la anteversión de la pelvis, la resultante de las fuerzas se dirige hacia la hendidura vulvar, lo que predispone al prolapso. Por otra parte, la ausencia de un tratamiento hormonal de sustitución no influye en la frecuencia de aparición de prolapsos genitales en las mujeres menopáusicas (Cosson, y otros, 2003, págs. 4-5).

Los cambios que acontecen durante la menopausia; debido a la disminución o anulación de la función trófica del ovario, éste deja de proporcionar estrógenos y progesterona, requisitos fundamentales para mantener los medios de sostén. De ahí, que los prolapsos genitales aparezcan generalmente a partir de los 40 años de edad, y tienen su máxima aparición en la menopausia (Granda Castañeda, 2011, pág. 18)

1.2.7. Aumento crónico de la presión intraabdominal

Los soportes estructurales de los órganos pélvicos están sujetos a la fuerzas de la gravedad y a los aumentos de la presión abdominal. Existen pruebas de que los aumentos crónicos o importantes de la presión abdominal pueden estar relacionados con una g incidencia de prolapso. Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos es más probable que se refieran tensión al defecar cuando son adultas jóvenes que las mujeres sin prolapso, y se sabe que las pacientes con prolapso de órganos pélvicos de grado II o superior también tienen un mayor riesgo de estreñimiento que las mujeres sin este problema. Debido a que los problemas para defecar pueden ser un síntoma de prolapso, es bastante difícil demostrar cual es el factor causal. Además, las mujeres con trabajos con mayor demanda física

tienen una odds ratio tres veces superior de desarrollar prolapso que las mujeres profesionales o con cargos ejecutivos (Gibbs, Karlan, Haney, & Nygaard, 2009, pág. 822)

1.2.8. Factores Genéticos

El prolapso urogenital se produce principalmente en pacientes multíparas, pero también en mujeres nulíparas. Algunos autores lo atribuyen a una movilidad articular exagerada que puede asociarse con una anomalía del tejido conjuntivo (anomalías del colágeno, disminución de la actividad fibroblástica). Esta anomalía se observa sobre todo en pacientes con enfermedad de Marfan o con síndrome de Ehler-Danlos, en quienes la incidencia de prolapso es superior a la observada en la población exenta de estas enfermedades. Otros autores relacionan el prolapso con una profundidad anormal del fondo de saco rectouterino (fondo de saco de Douglas). Este fondo de saco anormalmente profundo que suele encontrarse en pacientes nulíparas jóvenes podría explicar su predisposición al cistocele. Esto implica que las consecuencias de los traumatismos obstétricos (estiramiento de ligamentos, desgarros musculares, denervación muscular, estiramiento y denervación de los esfínteres) no son los únicos elementos responsables de los prolapsos. Así, la asociación de un traumatismo obstétrico, incluso menor, puede agravar una anomalía de la estática pélvica y explicar la aparición de un prolapso genital en la mujer joven. También se ha observado que una anomalía de la curvatura de la columna vertebral, en articular una pérdida de la lordosis lumbar, conlleva una mayor frecuencia de prolapso. En el 91 % de los casos con esta anomalía se observa un prolapso genital. Estas pacientes presentan un riesgo 3,2 veces más elevado que la población general (Cosson, y otros, 2003, pág. 5)

El prolapso también parece ser más frecuente en unas familias que en otras. Las mujeres que indican que su madre sufrió prolapso de los órganos pélvicos tienen una odds ratio de 3,0 de prolapso en comparación con aquellas sin antecedentes familiares, y aquellas con una hermana con prolapso tienen una odds ratio de 2,4. Probablemente esto está relacionado con cambios hereditarios en los tejidos del suelo pélvico. Existen datos de mujeres con prolapso con concentraciones bajas de

colágeno de tipo 1 y altas con colágeno de tipo 3 en comparación con mujeres sin prolapso. Además hay evidencias circunstanciales que sugieren que las pacientes con síndrome de Marfan o síndrome de Ehlers-Danlos tienen un mayor riesgo de prolapso. No obstante, el número global de mujeres con estos síndromes y prolapso representa una minúscula fracción de las mujeres con prolapso. En la actualidad está apareciendo más evidencia sobre los factores genéticos en investigaciones realizadas sobre la homeostasis de la elastina en ratones con genes inactivados (Gibbs, Karlan, Haney, & Nygaard, 2009, pág. 822).

1.2.9. Trastornos del tejido conjuntivo

Cuando no hay otros factores de riesgo que predispongan a estos trastornos, se cree que el prolapso o la incontinencia son producto de defectos de tejidos conectivos endopélvicos. Rara vez se encuentra prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo genuina en nulíparas jóvenes. Pruebas cada vez más numerosas sugieren que las mujeres con prolapso de órganos pélvicos y con incontinencia urinaria de esfuerzo tienen deficiencias de la colágena que le da fortaleza al tejido conectivo pélvico. Puede haber deterioro progresivo en cantidad y calidad de la colágena por deficiencia de estrógenos lo cual contribuye al prolapso de órganos pélvicos y a la incontinencia urinaria de esfuerzo (García López, 2002)

1.2.10. Histerectomía

No se ha observado una asociación clara entre histerectomía y prolapso de cúpula aunque sí se ha visto mayor incidencia según la vía quirúrgica, siendo mayor en la cirugía vaginal, aunque esto parece relacionarse más con el hecho de que las pacientes con prolapso previo tienen mayor probabilidad de recidiva y probablemente sea en estas pacientes en las que se había recurrido a la vía vaginal. Tampoco se ha demostrado que la histerectomía subtotal influya en la tasa posterior de prolapso, aunque no se han hecho estudios a largo plazo (Duarte Maldonado & Carmona, 2014)

1.3. TRATAMIENTO

Para las mujeres asintomáticas o con síntomas leves es adecuado el tratamiento expectante. Sin embargo, para aquellas con prolapso significativo o con síntomas molestos puede elegirse un tratamiento quirúrgico o no quirúrgico. La decisión con respecto al tratamiento depende del tipo y gravedad de los síntomas, la edad y enfermedades concomitantes, el deseo de actividad sexual o embarazo a futuro y los riesgos de recurrencia. El tratamiento debe buscar el alivio sintomático, pero los beneficios terapéuticos siempre deben rebasar los riesgos. A menudo puede elegirse una combinación de estrategias quirúrgica y no quirúrgica. Los síntomas deben ordenarse según su intensidad y molestia, y deben revisarse las opciones para cada uno. Hay que incluir una apreciación basada en la evidencia del índice de éxito de cada alternativa. En el más sencillo de los casos, a una paciente con prolapso del vértice vaginal más allá del himen, cuyo único síntoma es el abultamiento o sensación de presión pélvica, se le puede ofrecer un pesario o tratamiento quirúrgico. En un caso más complicado, es probable que una paciente con prolapso más allá del anillo del himen perciba un abultamiento, estreñimiento, incontinencia de urgencia y dolor pélvico. Los síntomas se ordenan según su intensidad y la importancia de resolución. Para corregir todas las molestias, el tratamiento incluiría un pesario o intervención quirúrgica para el abultamiento, además de tratamiento no quirúrgico para el estreñimiento, incontinencia de urgencia y dolor pélvico (John O. Schorge, 2009, págs. 544 - 545).

1.3.1. Tratamiento no quirúrgico

1.3.1.1. Uso de pesario en el prolapso de órganos pélvicos

Los pesarios son el tratamiento no quirúrgico estándar para POP. A lo largo de la historia se han descrito varios dispositivos y materiales vaginales para el prolapso que incluyen tela, madera, cera, metal, marfil, hueso, esponja y corcho. Los pesarios actuales casi siempre están hechos de silicona o plástico, son seguros y sencillos de manejar. A pesar de una historia prolongada de uso, la bibliografía que describe las indicaciones, selección y manejo a menudo es contradictoria o anecdótica (John O. Schorge, 2009, pág. 455).

1.3.1.2. Indicaciones de uso

El prolapso de órgano pélvico es la indicación más frecuente para el pesario vaginal. Por lo general, los pesarios se reservan para mujeres que no son elegibles para intervención quirúrgica o no desean someterse a ésta. Una encuesta realizada en miembros de la *American Urogynecologic Society* confirmó esta idea entre los ginecólogos con más de 20 años de práctica (Cundiff , 2000). Sin embargo, la misma encuesta mostró que los ginecólogos más jóvenes, en especial aquellos que se describen a sí mismos como uroginecólogos, usaron pesarios como tratamiento de primera línea antes de recomendar la intervención quirúrgica. Las mujeres que se han sometido al menos a un intento previo de tratamiento quirúrgico sin alivio a menudo eligen un pesario en lugar de una nueva operación (John O. Schorge, 2009, pág. 455).

Los pesarios pueden usarse como método diagnóstico. Como se explicó antes, es probable que los síntomas no se relacionen con el tipo o gravedad del prolapso. El uso del pesario a corto plazo puede ser útil en este proceso. Incluso si la paciente declina el uso del pesario a largo plazo, tal vez podría aceptar una prueba corta para determinar si la molestia principal mejora o se resuelve. También puede colocarse un pesario como prueba terapéutica para identificar cuáles mujeres tienen riesgo de incontinencia urinaria después de la operación para corregir el prolapso (Chaikin, 2000; Liang, 2004).

Un estudio multicéntrico transversal con asignación al azar comparó dos tipos de pesarios para el alivio de los síntomas del prolapso y molestias urinarias. Este estudio demostró que los pesarios brindan una mejoría leve de los síntomas urinarios como obstrucción, irritación y de incontinencia de esfuerzo (Schaffer, 2006)

Tipos de pesarios: Existen dos categorías amplias de pesarios: los pesarios de soporte y los que llenan espacio. Los pesarios de soporte, como el pesario anular, utilizan un mecanismo de resorte que descansa en el fondo de saco posterior y contra la cara posterior de la sínfisis del pubis. El soporte vaginal se obtiene con la elevación de la parte superior de la vagina con el resorte, el cual se apoya en la

símfisis púbica. Los pesarios anulares pueden construirse como un simple anillo circular o como un anillo con soporte que parece un diafragma anticonceptivo grande. Son eficaces en mujeres con prolapso de primer y segundo grados, y el diafragma del anillo de soporte es muy útil en pacientes con prolapso coexistente de la pared vaginal anterior. Cuando se ajusta en forma correcta, el dispositivo debe descansar detrás de la símfisis púbica por delante y detrás del cuello uterino en la parte posterior (John O. Schorge, 2009, pág. 546).

Por el contrario, los pesarios que llenan espacio mantienen su posición al producir succión entre el pesario y las paredes vaginales (cubo), al crear un diámetro mayor que el del hiato genital (dona) o por ambos mecanismos. El pesario de Gellhorn se usa a menudo para prolapso moderado o grave, así como para la procidencia completa. Tiene un disco cóncavo que se ajusta contra el cuello uterino y cúpula vaginal y tiene una rama que se coloca justo por arriba del introito. El disco cóncavo sostiene el vértice vaginal mediante succión y la rama es útil para retirar el dispositivo. De todos los pesarios, los dos más usuales y mejor estudiados son el pesario anular y el de Gellhorn (John O. Schorge, 2009, pág. 546).

Valoración de la paciente y colocación del pesario:

La paciente debe participar en forma activa en la decisión terapéutica para usar un pesario. El éxito depende de su capacidad para cuidar el pesario, ya sea sola o con la ayuda de la persona que la cuida, así como de su disposición y capacidad para acudir a las valoraciones subsiguientes. La atrofia vaginal debe tratarse antes o al mismo tiempo del inicio del pesario. El tipo de dispositivo que se elija depende de factores de la paciente, como estado hormonal, actividad sexual, histerectomía previa, etapa y sitio del POP (John O. Schorge, 2009, pág. 546).

Después de elegir un pesario, la mujer debe usar el tamaño más grande que pueda emplear en forma cómoda. Si un pesario está bien ajustado, la paciente no percibe su presencia. Es probable que se requieran otros tamaños conforme la paciente envejece y gana o pierde peso. Por lo general, se ajusta el pesario con la paciente en posición de litotomía después que vació su vejiga y recto. Se realiza un tacto

vaginal para valorar la longitud y anchura de la vagina, y se hace una estimación inicial del tamaño del pesario. Para introducir un pesario anular, el médico sostiene el dispositivo doblado con la mano dominante. Se coloca lubricante en el introito vaginal o en el borde de avance del pesario. Mientras se separan los labios, se inserta el pesario con presión en dirección inferior y cefálica contra la pared vaginal posterior. A continuación se dirige el dedo índice hacia el fondo de saco vaginal posterior para asegurar que el cuello uterino descansa por arriba del pesario. El dedo del médico apenas debe caber para deslizarse entre los bordes laterales del pesario anular y la pared lateral de la vagina (John O. Schorge, 2009, pág. 547).

Después de la colocación del pesario, se pide a la mujer que realice la maniobra de Valsalva, la cual podría desalojar un pesario mal ajustado. Debe ser capaz de ponerse de pie, caminar, toser y orinar sin dificultad ni molestia. Luego se dan las instrucciones para el retiro y la colocación. Para retirar un pesario anular, se introduce un dedo índice en la vagina para enganchar el borde más próximo del anillo. Se ejerce tracción en el sentido del eje vaginal para atraer el anillo hacia el introito. Una vez ahí puede sujetarse con los dedos índice y pulgar para retirarlo. Lo ideal es que el pesario se retire cada noche o cada semana; se lave con agua y jabón, y se coloque de nuevo a la mañana siguiente. Luego de la sesión de ajuste inicial se envía a las pacientes a casa con instrucciones que describen el manejo de los problemas frecuentes (cuadro 24-7). Después de la colocación inicial, se programa una nueva visita para una o dos semanas más tarde. Para las pacientes que se sienten cómodas con el manejo del pesario, las visitas subsiguientes pueden ser semestrales. Para aquellas que no pueden o no desean retirar y colocar de nuevo el dispositivo por sí mismas, puede retirarse el pesario y hacerse una inspección vaginal en el consultorio médico cada tres meses (John O. Schorge, 2009, pág. 547).

Complicaciones por el uso del pesario: Las complicaciones graves, como erosiones hacia los órganos adyacentes, son raras con el uso apropiado y casi siempre aparecen sólo después de años de descuido. En cada visita subsiguiente, se retira el pesario y se inspecciona la vagina en busca de erosiones, abrasiones,

ulceraciones o tejido de granulación. La hemorragia vaginal casi siempre es un signo temprano y no debe ignorarse. Las úlceras por pesario y las abrasiones se tratan con cambio del tamaño o tipo del pesario a fin de aliviar los puntos de presión, o con el retiro completo del dispositivo hasta que curen las lesiones. Las úlceras del prolapso tienen la misma apariencia que las úlceras por pesario, pero se deben al frotamiento del tejido prolapsado con la ropa. Éstas se tratan con la colocación de un pesario. A menudo es necesario el tratamiento de la atrofia vaginal con estrógenos locales o sistémicos. Una alternativa es aplicar lubricantes hidrosolubles al pesario para prevenir estas complicaciones (John O. Schorge, 2009, pág. 547).

El dolor pélvico con el uso del pesario no es normal. Por lo general, esto indica que el dispositivo es demasiado grande y es indicación para cambiarlo por uno más pequeño. Todos los pesarios tienden a atrapar secreciones vaginales y obstruir el drenaje normal en cierta medida. El olor resultante puede manejarse con el retiro más frecuente durante las noches, lavado del dispositivo y reinserción al día siguiente. Una alternativa es el uso de gel con oxiquinolona una o dos veces a la semana, o una ducha vaginal con agua tibia. El gel con oxiquinolona ayuda a restaurar y mantener la acidez vaginal normal, y ayuda a disminuir las bacterias causantes del olor (John O. Schorge, 2009, pág. 547).

1.3.1.3. Entrenamiento muscular del piso pélvico

En las mujeres que tienen síntomas leves a moderados de incontinencia urinaria, el entrenamiento muscular del piso pélvico (PFMT) brinda mejoría, si no curación. También conocido como ejercicios de Kegel, el PFMT implica la contracción voluntaria de los músculos elevadores del ano. Como en cualquier condicionamiento muscular, deben realizarse series de ejercicios muchas veces durante el día, algunos refieren hasta 50 a 60 veces al día (John O. Schorge, 2009, pág. 525)

Ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico Este tipo de ejercicio es el tratamiento de elección en la incontinencia de esfuerzo. Su objetivo principal es potenciar la musculatura del suelo pélvico, formada básicamente por el músculo elevador del

ano. Este músculo es de suma importancia por su posición, ya que ocupa todo el suelo de la cavidad pélvica limitándola en su parte inferior. La rehabilitación del suelo pélvico incluye una serie de ejercicios, de los cuales los más conocidos son los de Kegel, que deben realizarse de forma regular, diariamente, para ejercitar y tonificar los músculos del suelo pélvico y mejorar la incontinencia. En ocasiones es recomendable apoyo mecánico a estos ejercicios, mediante la utilización de conos vaginales de distinto peso (20 a 100 g); la contracción sostenida de los músculos de la pelvis para mantener el cono en el interior de la vagina fortalece la musculatura del suelo pélvico. Los ejercicios de Kegel, ayudados o no, por el empleo de conos vaginales, mejoran el tono muscular, con lo que se consigue la resolución total o parcial de la incontinencia de esfuerzo.

1.3.1.4. Ejercicios de Kegel

El primer paso para realizar estos ejercicios es encontrar la musculatura adecuada, lo cual puede conseguirse de tres formas:

- ✓ **Interrupción del chorro de orina:** cuando se está orinando, tratar de detener la salida de la orina. Si se puede hacer, quiere decir que se están usando los músculos adecuados. Se hace en posición sentada, con el tronco ligeramente inclinado hacia delante y las piernas separadas.
- ✓ Como si se tratase de evitar la salida de aire del intestino o de controlar un episodio de diarrea, contraer los músculos que utilizaríamos para hacerlo. Si se tiene la sensación de contracción, significa que se están utilizando los músculos que se tienen que ejercitar.
- ✓ Tacto vaginal: en posición acostada, introducir un dedo en la vagina. Se aprieta como si se tratase de detener la salida de orina. Si se siente que se aprieta el dedo, se están utilizando los músculos correctos.

Es muy importante que se apriete sólo este grupo muscular y no otros músculos al mismo tiempo, ya que, al hacerlo, se puede ejercer más presión sobre los músculos que controlan la vejiga y obtener un efecto contrario al deseado.

La ejecución de los ejercicios propiamente dichos incluye las siguientes fases:

- a) Comenzar vaciando la vejiga.
- b) Contraer los músculos del suelo pélvico y contar hasta 10.
- c) Relajar los músculos completamente y contar hasta 10.
- d) Ejecutar 10 ejercicios, 3 veces al día (mañana, tarde y noche), durante unos 5 minutos.

Conviene comenzar con una pauta progresiva: los primeros días se cuenta hasta 4 y se va subiendo poco a poco hasta 10, recordando que hay que relajar siempre los músculos durante el mismo tiempo que se han tenido en contracción. Puede resultar positivo llevar a cabo los ejercicios en tres posiciones (acostada, sentada y de pie). Si se realizan sentada, la silla debe ser sólida y se deben apoyar las plantas de los pies sobre el suelo, manteniendo las rodillas ligeramente hacia fuera. Cuando se decide practicar los ejercicios de Kegel es preciso tener paciencia y no cejar en el intento, ya que es posible que la mejoría tarde varias semanas. Los ejercicios pueden realizarse en cualquier momento y lugar, pero es importante que la mujer esté concentrada en ellos cuando los realice. Por eso es mejor buscar un lugar tranquilo, sobre todo al principio. Otra precaución importante a tener en cuenta: este ejercicio realizado en exceso puede más bien causar fatiga muscular y aunque algunas personas creen que pueden acelerar el proceso aumentando el número de repeticiones y la frecuencia del ejercicio, esto no siempre es positivo. También es conveniente que se realicen los ejercicios cada vez que vaya a llevar a cabo un esfuerzo que pueda producir pérdidas de orina (toser, subir una escalera, coger peso, etc.). Una vez que se haya logrado la meta (consensuada con un profesional sanitario), se pueden hacer los ejercicios tres veces por semana. Mantener a largo plazo los logros conseguidos, dependerá de que se siga dedicando algún tiempo a ejercitar el periné durante el resto de la vida (GÓMEZ AYALA, 2008).

1.3.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

1.3.2.1. Procedimientos oclusivos

Las dos estrategias quirúrgicas para el prolapso son la oclusiva y la reconstructiva. Las opciones oclusivas incluyen la colpocleisis de Lefort y la colpocleisis completa.

Estos procedimientos implican la eliminación amplia del epitelio vaginal, unión de las paredes vaginales anterior y posterior con material de sutura, cierre de la cúpula vaginal y cierre de la vagina. Los procedimientos oclusivos sólo son apropiados para pacientes ancianas o con enfermedades concomitantes y que ya no desean la actividad sexual. Los procedimientos oclusivos son más fáciles, requieren menos tiempo quirúrgico y ofrecen mayores índices de éxito que los reconstructivos. Los índices de éxito para la colpocleisis varían entre 91 y 100%, aunque la calidad de los estudios basados en evidencia que respaldan estas cifras es mala (FitzGerald, 2006). Menos de 10% de las pacientes expresa arrepentimiento por la colpocleisis, a menudo por pérdida de la capacidad para el coito (FitzGerald, 2006; Wheeler, 2005). La incontinencia urinaria de esfuerzo latente puede desenmascarse con la colpocleisis debido a la tracción descendente de la uretra (John O. Schorge, 2009, pág. 549).

1.3.2.2. Procedimientos reconstructivos

Estas operaciones pretenden restaurar la anatomía pélvica normal y se practican más a menudo para el POP que los procedimientos oclusivos. Pueden usarse accesos vaginal, abdominal y laparoscópico, la selección es individualizada. Sin embargo, en Estados Unidos se prefiere el acceso vaginal para la mayoría de las reparaciones de prolapso (John O. Schorge, 2009, pág. 549)

La decisión de proceder con una técnica vaginal o abdominal depende de muchos factores, que incluyen las características únicas de la paciente y la experiencia del cirujano. En ciertos casos parece que hay ventajas claras para el acceso abdominal (Benson, 1996; Maher, 2004a, 2004b). Estas circunstancias incluyen a las mujeres con falla previa de una técnica vaginal, vagina corta y aquellas que se consideran con mayor riesgo de recurrencia, como las mujeres jóvenes con prolapso grave. Por el contrario, el acceso vaginal casi siempre ofrece menor tiempo quirúrgico y regreso más rápido a las actividades cotidianas (John O. Schorge, 2009, pág. 550).

1.3.2.3. Laparoscopia

En la actualidad, los cirujanos laparoscopistas experimentados emplean un acceso laparoscópico para el prolapso. Los procedimientos incluyen sacrocolpopexia, suspensión de la cúpula vaginal con el ligamento uterosacro, reparación paravaginal, reparación de enterocele y reparación de rectocele. Además, la sacrocolpopexia laparoscópica robótica se practica en centros que cuentan con robot quirúrgico, el cual disminuye el tiempo quirúrgico (John O. Schorge, 2009, pág. 550).

Sin embargo, los estudios de pronósticos de la reconstrucción pélvica laparoscópica se limitan casi a series de casos (Higgs, 2005). Es difícil comparar las técnicas laparoscópicas y las abiertas sin estudios con asignación al azar. No obstante, los cirujanos con gran habilidad laparoscópica que pueden realizar la misma operación por vía laparoscópica deben tener resultados equivalentes (John O. Schorge, 2009, pág. 550).

1.3.2.4. Compartimiento anterior (Cistocle)

Se han descrito muchos procedimientos para reparar el prolapso de la pared vaginal anterior. Hasta ahora, la colpografía anterior ha sido la operación más frecuente, pero los índices de éxito a largo plazo son bajos. En un estudio con asignación al azar de tres técnicas de colpografía anterior (plegamiento medial tradicional, reparación unilateral y plegamiento tradicional más reforzamiento lateral con malla sintética), encontraron un bajo índice de éxito anatómico. Sólo se obtuvieron resultados anatómicos satisfactorios en 30% de los casos en el grupo sometido al método tradicional, 46% del grupo ultralateral y 42% en las pacientes a las que se les ofreció el método tradicional con aplicación de malla. Estas diferencias no tuvieron significancia estadística. Aunque aún se realiza a menudo, los bajos índices de éxito anatómico con la colpografía anterior tradicional condujeron a la revaloración de los conceptos para la reparación y al desarrollo de otros procedimientos (John O. Schorge, 2009, pág. 550).

A pesar de estas limitaciones, si se sospecha un defecto central medial, puede realizarse la colporrafia anterior. También puede usarse malla o material biológico, ya sean solos o junto con la colporrafia anterior. La malla se usa para reforzar la pared vaginal y se fija con material de sutura a los lados. Sin embargo, aún no están bien estudiados el uso de malla y los equipos de malla para el prolapso de la pared vaginal anterior y deben considerarse experimentales (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007).

En muchos casos, el prolapso de la pared vaginal anterior se debe a defectos fibromusculares en el segmento apical anterior o al desprendimiento transversal entre dicho segmento y el vértice vaginal. En estas situaciones, un procedimiento de suspensión apical, como la sacrocolpopexia abdominal o la suspensión de cúpula vaginal con el ligamento uterosacro, suspende la pared vaginal anterior al vértice y reduce el prolapso de la pared anterior. También se restablece la continuidad entre las capas fibromusculares vaginales anterior y posterior para prevenir la formación de un enterocele. Si se sospecha un defecto lateral, una buena alternativa es la reparación paravaginal por vía vaginal, abdominal o laparoscópica. La reparación paravaginal se realiza con la reinserción de la capa fibromuscular de la pared vaginal al arco tendinoso de la fascia pélvica (John O. Schorge, 2009, pág. 550).

e. MATERIALES Y METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo, transversal.

ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, ubicado en la Av. Manuel Agustín Aguirre, entre las calles Manuel Monteros y Juan José Samaniego.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: todas las pacientes que acudieron al servicio de consulta externa ginecología del Hospital Regional Isidro Ayora, desde Enero a Junio del 2014.

Muestra: todas las pacientes con diagnóstico de cistocele, que acudan al servicio de consulta externa de ginecología del Hospital Regional Isidro Ayora, desde Enero a Junio del 2014.

Criterios de inclusión

- ✓ Todas las pacientes con diagnóstico de cistocele y con comorbilidades
- ✓ Pacientes con edad comprendida desde 20 años hasta 65 años.
- ✓ Pacientes con antecedentes quirúrgicos ginecológicos.

Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres diagnosticadas con cualquier otra patología ginecológica que se relacione con signos y síntomas de cistocele.
- ✓ Mujeres con edad menor a 20 años o mayor a 80 años.

CRITERIOS ÉTICOS

La presente investigación no revelara datos personales del grupo de estudio, toda la información recogida se mantendrá en el anonimato, con el fin de proteger la identidad de las pacientes.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO

Se elaborara un formulario para recolección de datos.

Se recolectara la información en el formulario y se utilizaran datos de las historias clínicas de las pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

El análisis estadístico se lo realizará mediante estadística descriptiva con tablas de frecuencia y gráficos, mediante el programa Microsoft Office Excel 2010.

f. RESULTADOS

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN LOS FACTORES PREDISPONENTES DE CISTOCELE EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

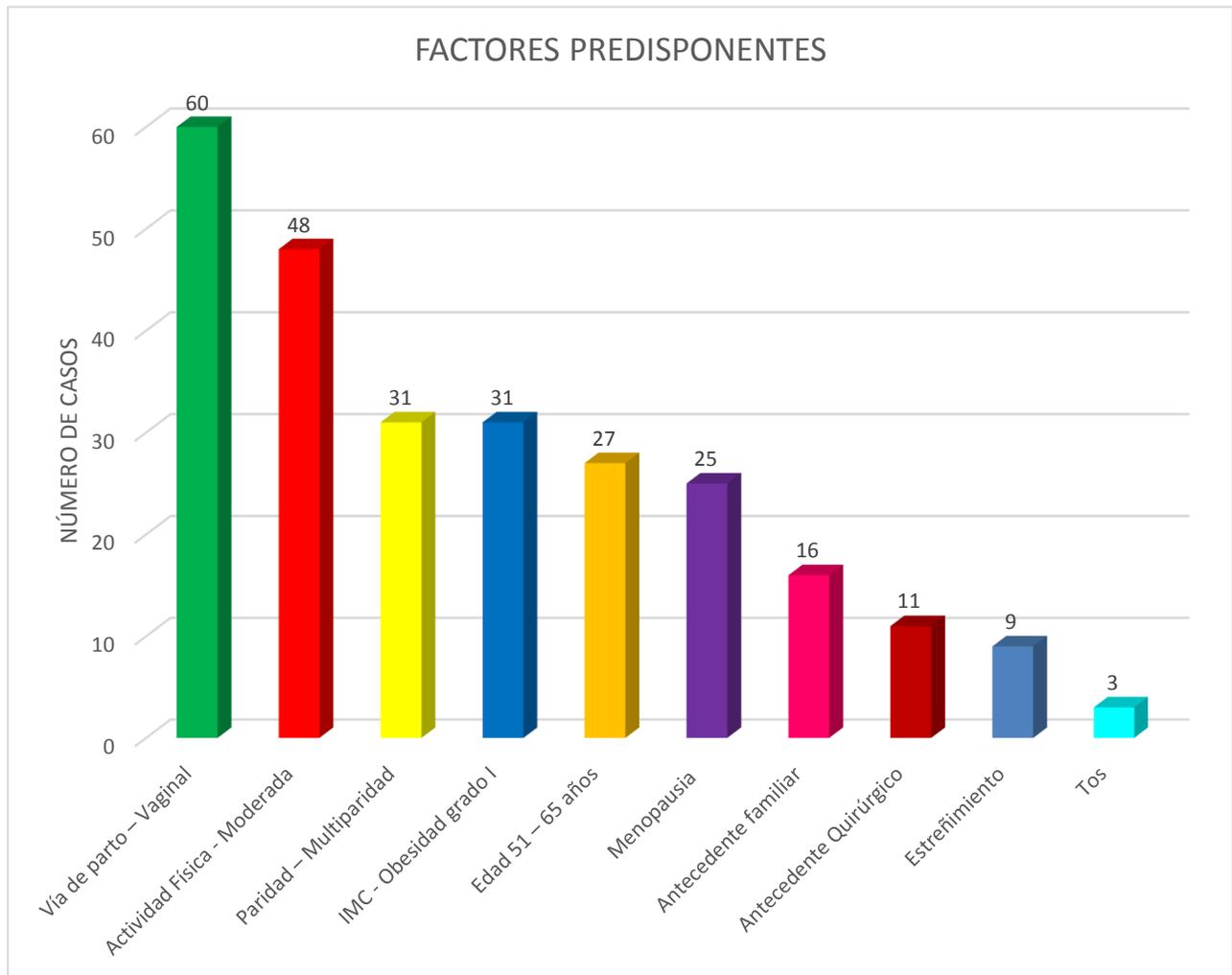
Cuadro N° 1

FACTOR PREDISPONENTE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Vía de parto – Vaginal	60	91%
Actividad Física – Moderada	48	73%
Paridad – Multiparidad	31	47%
IMC - Obesidad grado I	31	47%
Edad 51 – 65 años	27	41%
Menopausia	25	38%
Antecedente familiar	16	24%
Antecedente Quirúrgico	11	17%
Estreñimiento	9	14%
Tos	3	5%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico 1



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora
Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Análisis: La mayoría, el 91% ($n=60$) presentó parto por vía vaginal; el 73% ($n=48$) realiza una actividad física moderada; el 47% ($n=31$) fueron multíparas; obesidad grado I, el 47% ($n=31$); 41% ($n=27$) una edad comprendida entre 51- 65 años de edad; el 38% ($n=25$) presentaron menopausia; el antecedente familiar se encontró en 24% ($n=16$) de los casos; el antecedente quirúrgico correspondió al 17% de los casos ($n=11$); el 14% ($n=9$); el 14% ($n=9$) presentó estreñimiento; mientras que el 5% ($n=3$) presentó tos crónica.

PORCENTAJE DE FACTORES PREDISPONENTES SEGÚN LOS EL NÚMERO DE CASOS EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

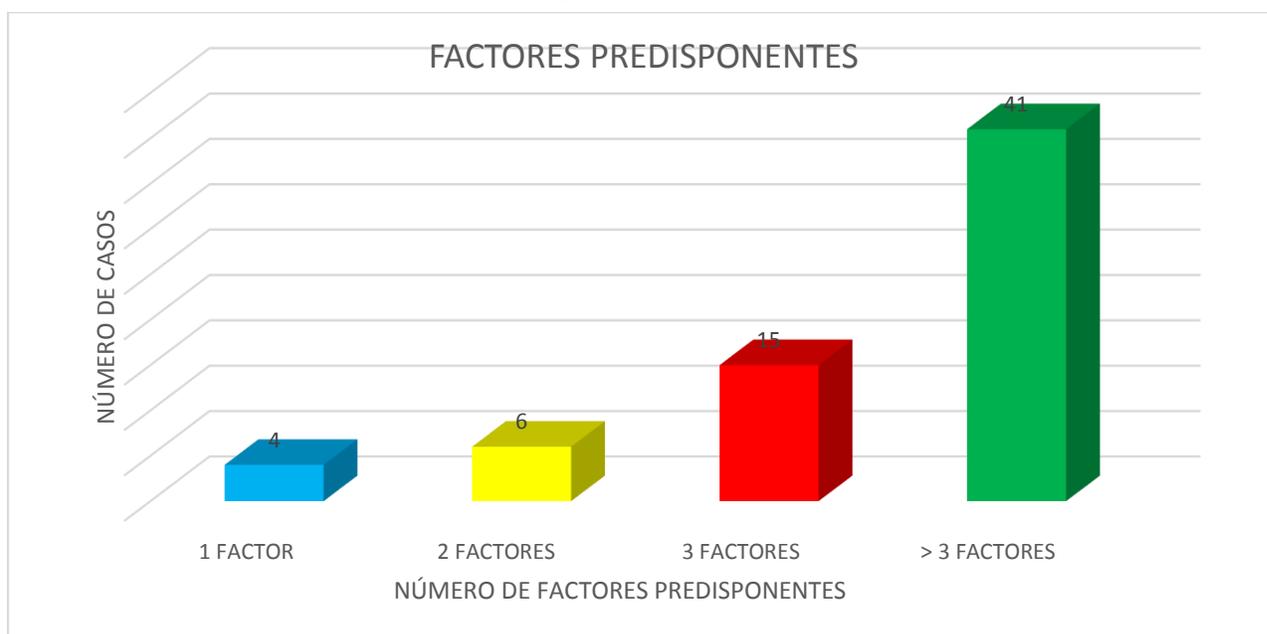
Cuadro N° 2

FACTOR PREDISPONENTE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1 FACTOR	4	6%
2 FACTORES	6	9%
3 FACTORES	15	23%
> 3 FACTORES	41	62%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 2



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora.

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Análisis: En cuanto al número de factores predisponentes la mayoría 62% (n=41) presento >3 factores predisponentes; el 23% (n=15) 3 factores predisponentes; el 9% (n=6) presento 2 factores predisponentes y mientras que el 6% (n=4) presento 1 factor predisponente.

PORCENTAJE DE CISTOCELE DE SEGÚN EL GRUPO ETÁREO

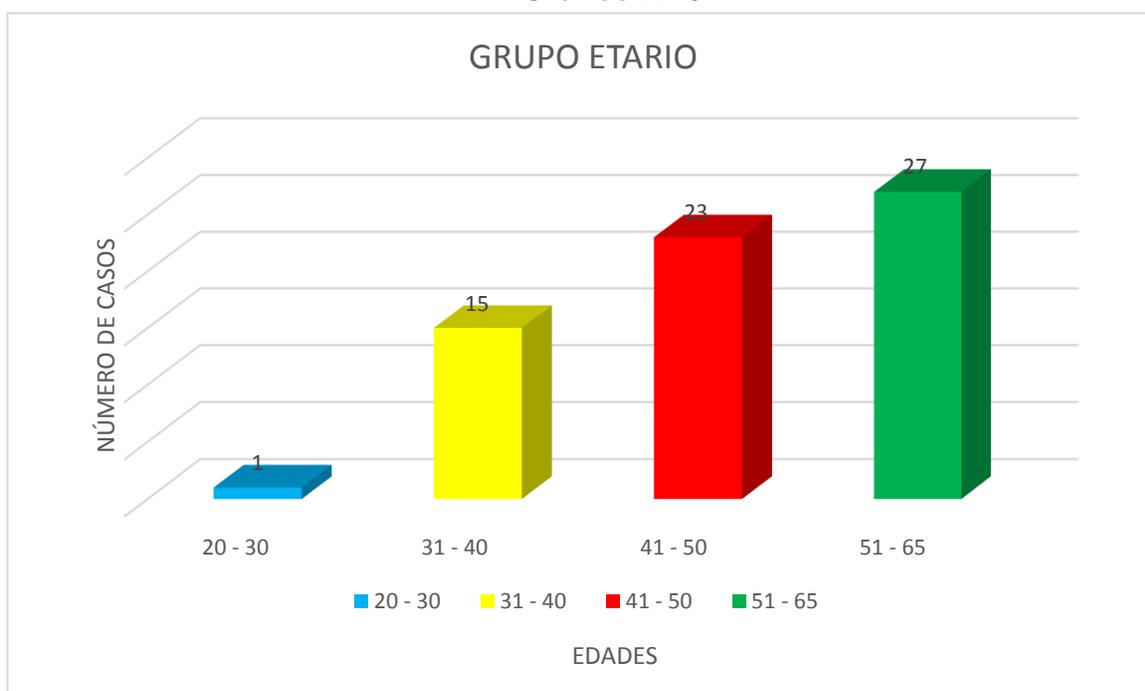
Cuadro N° 3

GRUPO ETAREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
20 – 30	1	2%
31 – 40	15	23%
41 – 50	23	35%
51 – 65	27	41%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 3



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba

Análisis: La mayoría de las pacientes 41% ($n= 27$) presentaron una edad comprendida entre 51 - 65 años de edad, el 35% ($n= 23$) la edad entre 41 - 50 años; mientras que el 2% ($n=1$) la edad entre 20 – 30 años.

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN LA PARIDAD EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

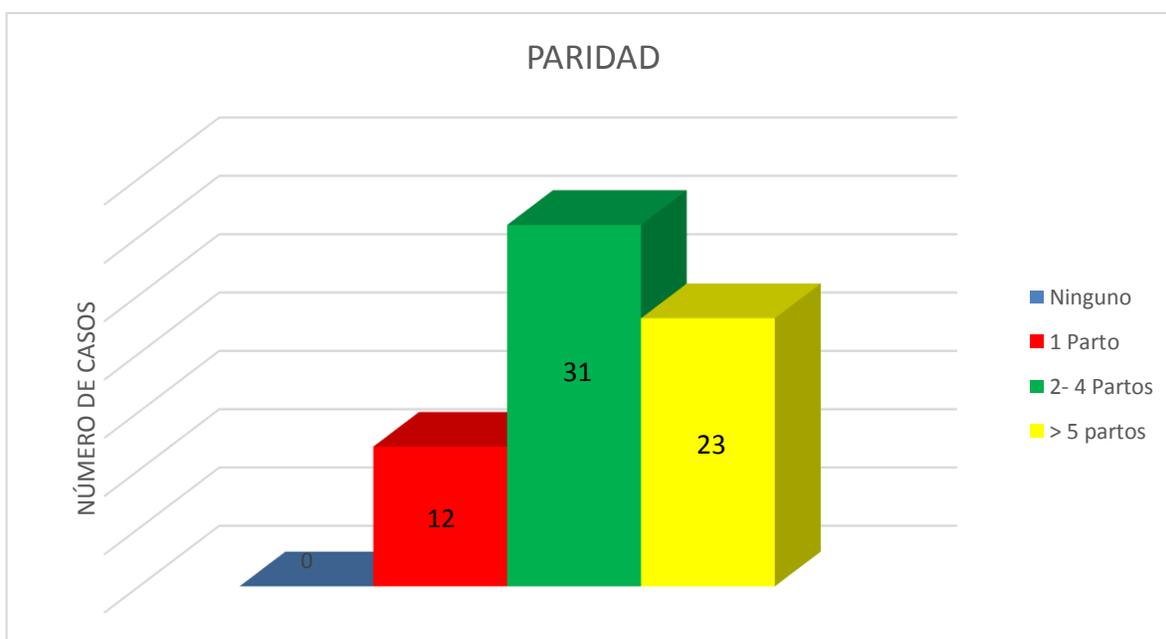
Cuadro N° 4

PARIDAD	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Ninguno	0	0,0%
1 Parto	12	18,2%
2- 4 Partos	31	47,0%
> 5 partos	23	34,8%
TOTAL	66	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 4



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Análisis: En cuanto a la paridad de las pacientes del grupo en estudio, las pacientes con 2-4 Partos (Múltiparas) corresponden al 47,0% ($n= 31$); el 34,8% ($n=23$) son pacientes con más de 5 partos (gran múltiparas); 18,2% ($n=12$) son pacientes con un solo parto. No hubo pacientes que presentaran Cistocele con ningún parto.

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN LA VÍA DE TERMINACIÓN, EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

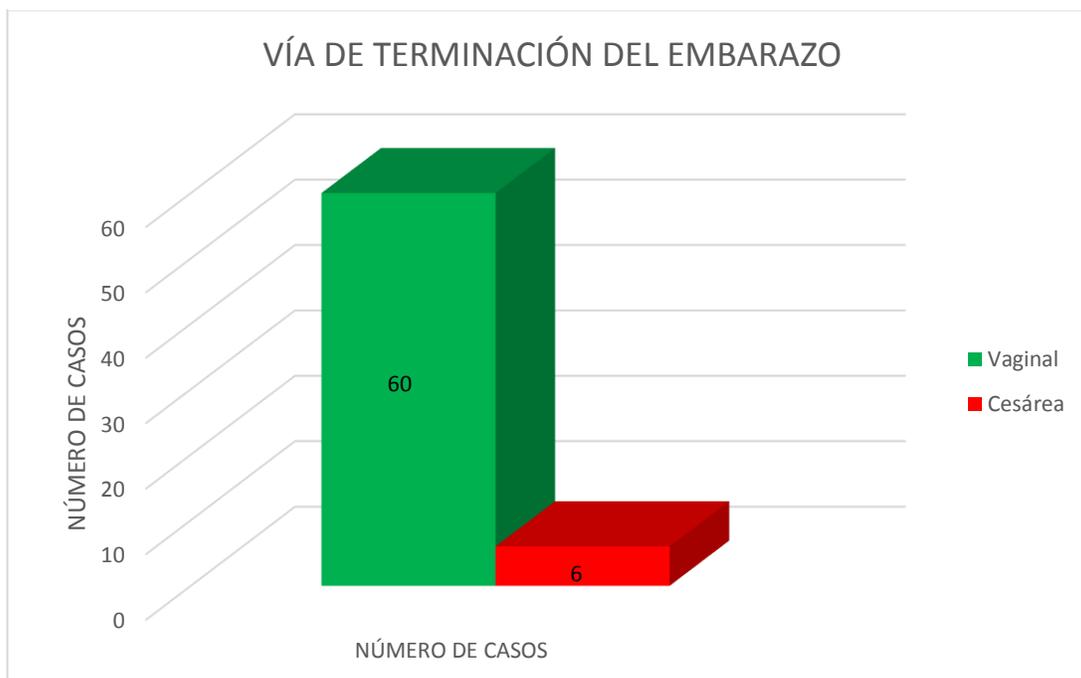
Cuadro N° 5

VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Vaginal	60	91%
Cesárea	6	9%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 5



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Análisis: En cuanto a la vía de terminación del embarazo de las pacientes del grupo en estudio, las pacientes con parto por vía vaginal corresponden al 91% ($n= 60$); y el 9% ($n=6$) son pacientes que terminaron su embarazo por cesárea.

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL, EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

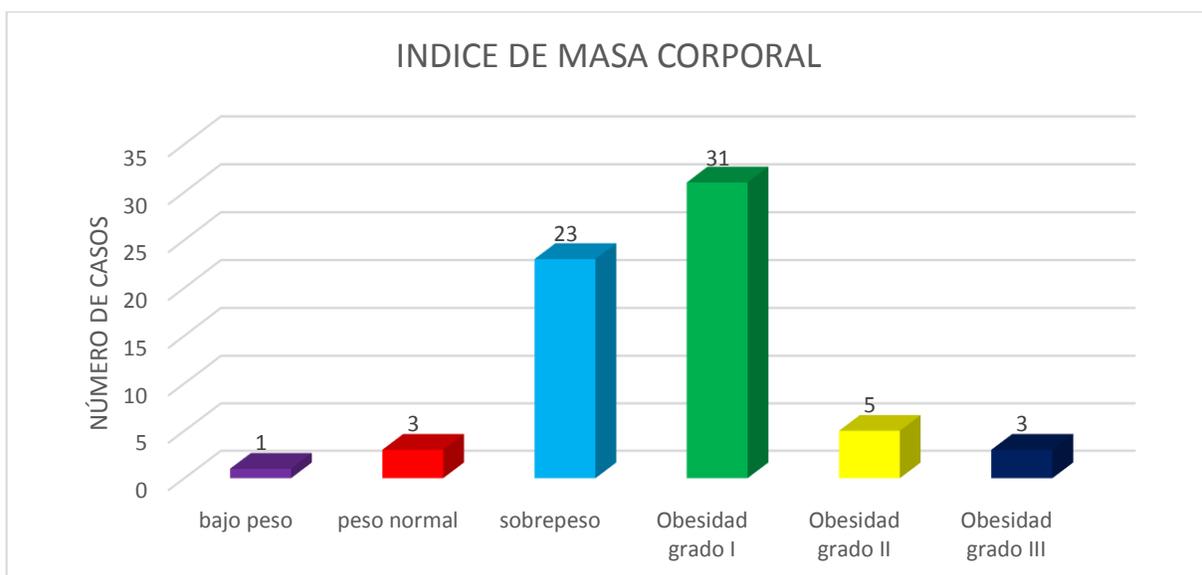
CUADRO N° 6

Obesidad	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
bajo peso	1	1,5%
peso normal	3	4,5%
Sobrepeso	23	34,8%
Obesidad grado I	31	47,0%
Obesidad grado II	5	7,6%
Obesidad grado III	3	4,5%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 6



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

En cuanto al índice de masa corporal la mayoría 47,0% ($n=31$) presentaron obesidad grado I, el 34,8% ($n=23$) sobrepeso; el 7,6% ($n=5$) obesidad grado II; el 4,5% ($n=3$) presentaron peso normal y obesidad grado III, mientras que 1,5% ($n=1$) presento bajo peso.

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN LA ACTIVIDAD FÍSICA, EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

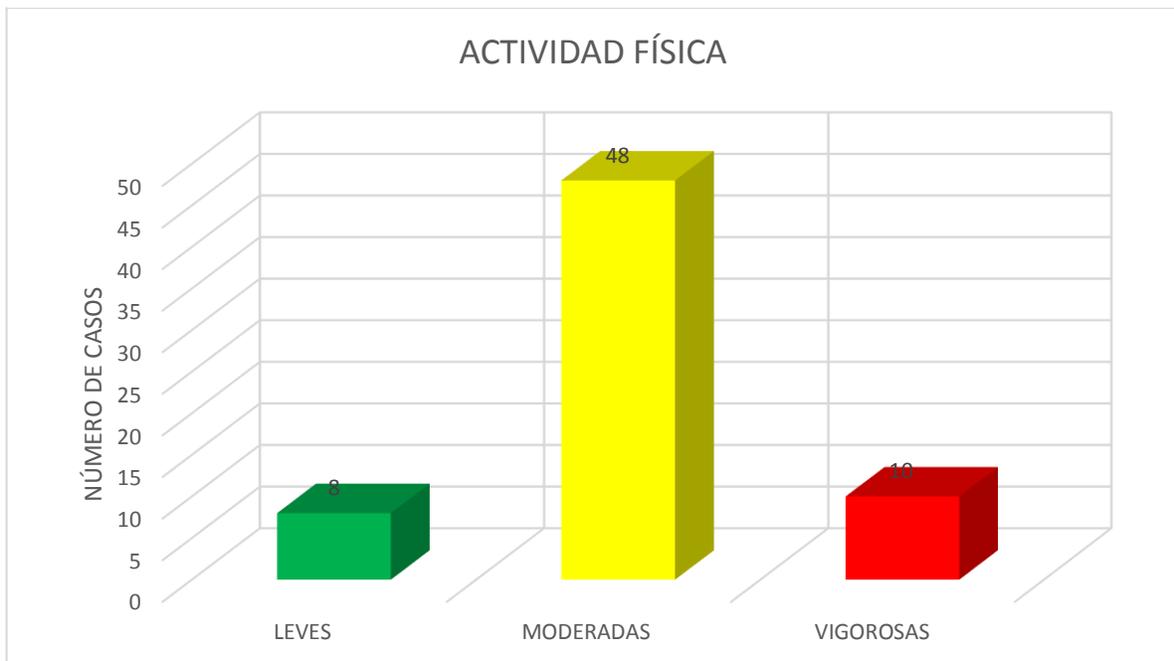
Cuadro N° 7

ACTIVIDAD FÍSICA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
LEVES	8	12%
MODERADAS	48	73%
VIGOROSAS	10	15%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 7



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Análisis: En cuanto a la actividad física la mayoría 73,0% (n=48) presentaron actividad física moderada, el 15% (n=10) actividad física vigorosa; y mientras que el 12% (n=8) presento actividad física leve.

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN ESTADO CIVIL, EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

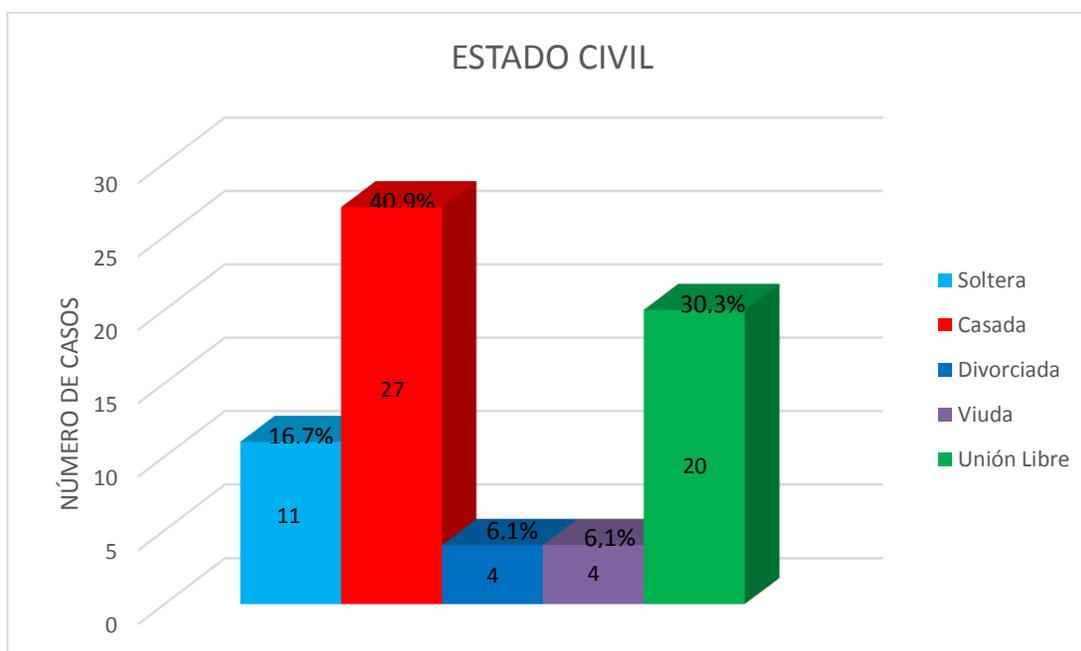
Cuadro N° 8

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Soltera	11	16,7%
Casada	27	40,9%
Divorciada	4	6,1%
Viuda	4	6,1%
Unión Libre	20	30,3%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 8



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Análisis: En cuanto al estado civil de las pacientes del grupo en estudio, las casadas corresponden al 40,9% ($n= 27$); el 30,3% ($n=20$) son unión libre; 16,7% ($n=11$) son solteras y el 6,1% ($n=4$) son divorciadas y viudas

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN GRUPO ÉTNICO EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

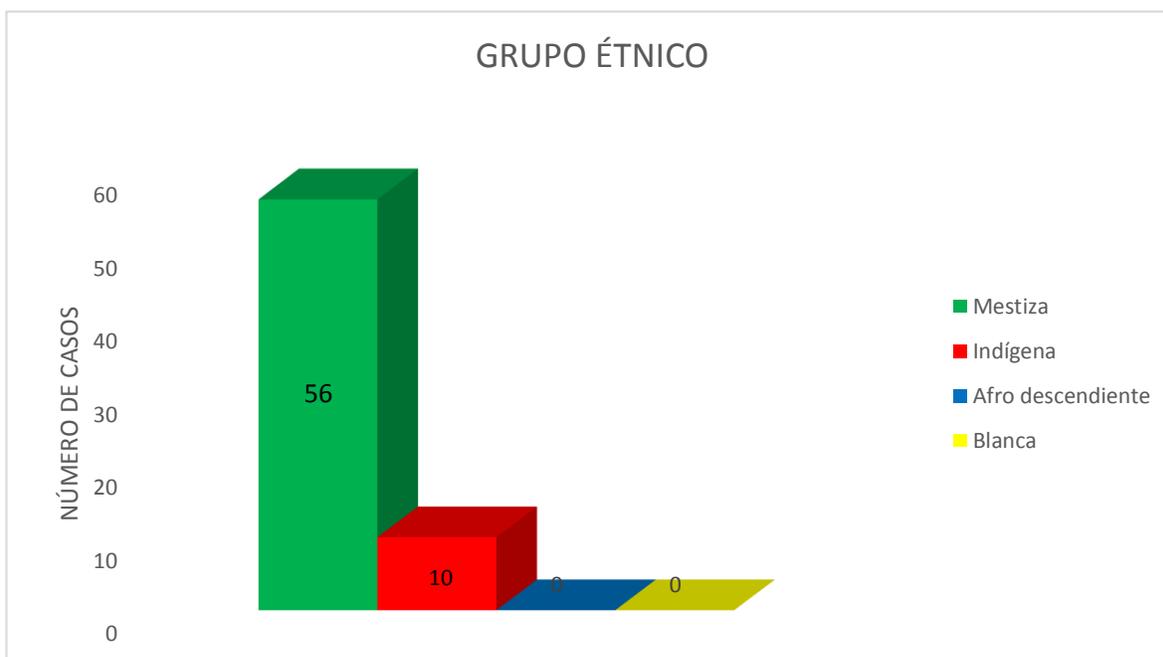
Cuadro N° 9

GRUPO ÉTNICO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Mestiza	56	85%
Indígena	10	15%
Afrodescendiente	0	0%
Blanca	0	0%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Grafico N° 9



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Análisis: El 85% ($n=56$) corresponde a etnia mestiza, y el 15% ($n=10$) corresponde a pacientes de etnia indígena. No hubo pacientes afrodescendientes (0%), ni de etnia blanca dentro de la muestra (0%).

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN LA ZONA DE RESIDENCIA EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

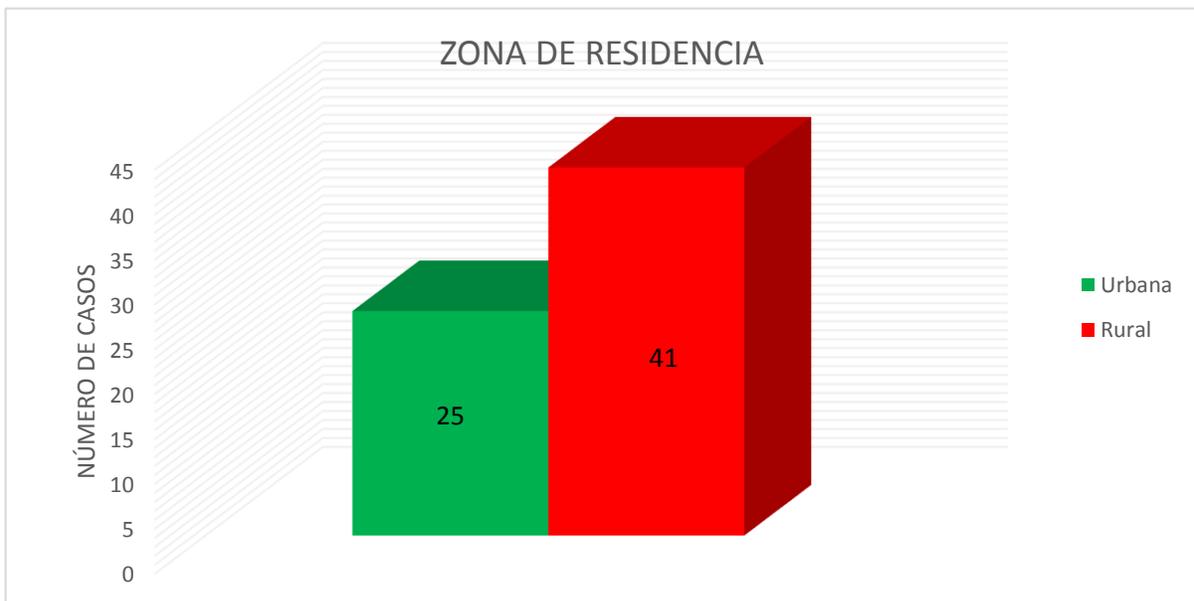
Cuadro N° 10

ZONA DE RESIDENCIA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Urbana	25	38%
Rural	41	62%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 10



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

En lo que respecta a la zona de residencia de la población estudiada: el 62% ($n=41$) reside en el área urbana, y el 38% ($n=25$) proviene del área rural.

PORCENTAJE DE CISTOCELE SEGÚN EL GRADO DE PROLAPSO EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

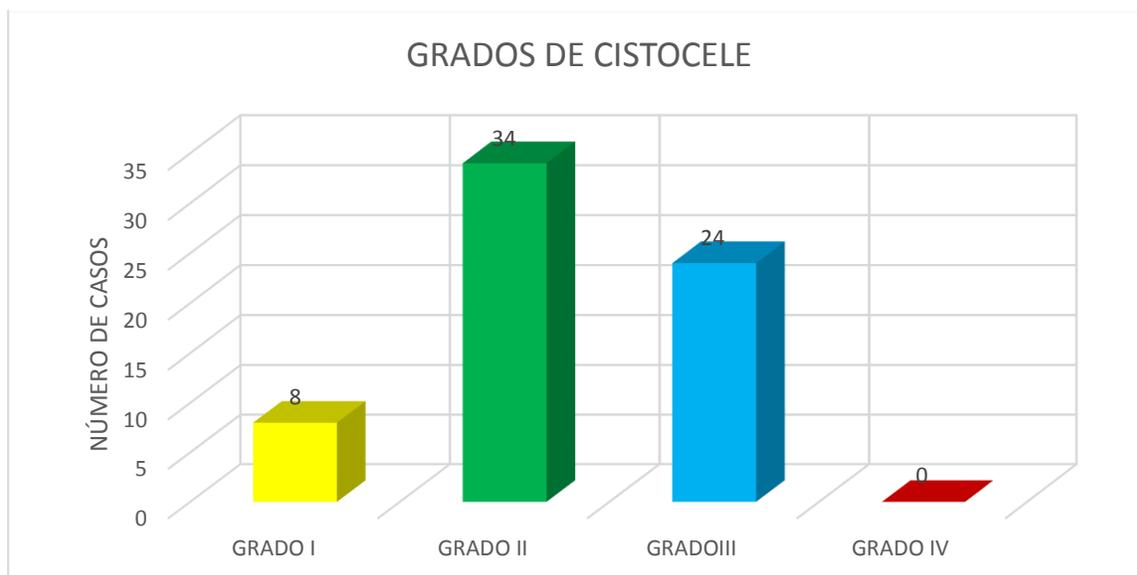
Cuadro N° 11

GRADO DE CISTOCELE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
GRADO I	8	12%
GRADO II	34	52%
GRADOIII	24	36%
GRADO IV	0	0%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

Gráfico N° 11



Fuente: Historias clínicas del Hospital General Isidro Ayora

Autor: José Eduardo Cango Chamba.

En lo que respecta al grado de Cistocele de la población estudiada: el 52% ($n=34$) presentaron Cistocele grado II; el 36% ($n=24$) Cistocele un grado III; y 12% ($n=8$) presentaron Cistocele grado I. no hubo ningún caso de Cistocele grado IV.

g. DISCUSIÓN

Conociendo la importancia y la repercusión que el cistocele tiene en el contexto laboral y sexual en la vida de la paciente se entiende la necesidad de valorar la respuesta a la detección temprana de los factores predisponentes. Entre los principales factores se encuentra la edad y la multiparidad lo que conlleva a la debilidad o disfunción de los músculos del piso pélvico y ocasionen un mal posicionamiento anatómico de los órganos, ocasionando prolapso genital, alterando la continencia urinaria y fecal, ocasionando dolores pélvicos y alterando la función sexual.

Según (Peter Dietz & Guzmán Rojas, 2013), el prolapso genital es un problema muy común que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76% de la población femenina general. En un 3 a 6% de las pacientes que padecen de prolapso, el descenso de alguna de las paredes vaginales llega o desciende por debajo del himen. Los médicos responsables del adecuado diagnóstico y tratamiento de las pacientes con prolapso genital deben mantenerse actualizados para ofrecer un adecuado manejo y mayores probabilidades de curación. Y debido a que la causa de cistocele sigue siendo multifactorial, es importante conocer los factores predisponentes más involucrados y estudiados en la génesis de esta enfermedad y proporcionar un cuidado más integral y adecuado.

Centrándonos en este trabajo investigativo referente a factores predisponentes de cistocele; se pudo evidenciar que la mayoría de factores correspondió al parto por vía vaginal en el 91% de la población estudiada; la multiparidad 47%; la edad comprendida entre 51 – 65 años en el 41%; menopausia 38%. Al hacer un análisis existe similitud, con un estudio realizado por (Espitia de la Hoz, 2015) en Colombia ciudad de Armenia, Quindío, en el en el Departamento de Ginecología de la Clínica La Sagrada Familia de 2009 a 2012, con el tema “Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles” en 13.824 mujeres con 3.207 casos (n = 3.207 pacientes con prolapso genital) que participaron en el estudio reporto que la mayoría de los pacientes el parto vaginal (68%) fue un factor de riesgo para prolapso genital en comparación con la cesárea, por lo que no se debe dejar de considerar que la multiparidad es un factor de riesgo importante en la génesis

del prolapso genital. Además el (57%) estaban entre la edad de 40 a 60 años, el promedio de partos ($4,8 \pm 3,9$), que registran la cifra del 20% de grandes multíparas, además se evidencio el promedio de la mujer mayor o menopaúsica, fue del 59,6%.

En este estudio la multiparidad y la edad entre 51 – 65 años tuvo una incidencia de 47% y 41%, comparando con reportes de en un estudio realizado por (Alvarado L., Calero R., Medrano R., & Tomalá B., 2004), en Ecuador en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Naval de Guayaquil 2000 entre los años de 1995 y 200 con el tema “Prolapso genital incidencia y casuística: Hospital Naval de Guayaquil 1995 – 2000” con 65 casos se obtuvo resultados como a la edad media de presentación fue 57 años 8 meses, en el 80%, y el 43.1% de los casos tuvieron de 4 a 7 gestaciones, lo cual coincide con este estudio. Así como también en otro estudio realizado por (Benites Medina, 2014), en Ecuador en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Abel Gilbert Pontón 2014; con el tema “Factores de Riesgo asociados a Prolapso Genital Total en Pacientes atendidas en el entre Enero del 2012 a Marzo 2014.”, con 232 pacientes al evaluar el estudio con esta investigación existe una similitud pues logro evidenciar que el promedio de edad del grupo de casos fue de 53 años. La edad máxima fue de 60 años y la edad mínima de 40 años. Mientras que el 65% de la población fueron partos vaginales (tres partos). Comprando con este estudio existe similitud con la edad y el parto por vía vaginal.

Además comparando un estudio de serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) y en la clínica Obra de San Camilo (COSC), Lima-Perú, entre mayo del 2007 y abril del 2008. Se incluyeron 44 pacientes del HNCH y 25 pacientes de la COSC portadoras de cistocele grado II, III y IV, clasificadas de acuerdo al sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos. En el estudio se evidencio que la mayoría de las pacientes fueron multíparas, posmenopáusicas, con sobrepeso, sin terapia de reemplazo hormonal sistémico ni local, tuvieron cistocele importante, grado III y IV (Grande & Delgado Chuecas, 2010). Se reportó que la mayoría de los pacientes tuvieron cistocele grado III y grado IV, lo cual tiene similitud con mi investigación dado que el grado de prolapso más frecuente en la población

estudiada fue el grado II, con el 52% de las pacientes y se correlaciona en parte con los análisis de estudios en la literatura.

h. CONCLUSIONES

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

1. En base al presente estudio se logró determinar que la mayoría de los factores predisponentes de Cistocele propuestos inicialmente para ser analizados se encontraron presentes en 66 de los pacientes.
2. Dentro del el grupo etario con mayor incidencia de casos de factores predisponentes de Cistocele, fue en el grupo etario comprendido entre las edades 51- 65 años de edad;
3. También se logró definir el grado de prolapso de Cistocele en la población estudiada siendo el Grado II, el que se encontró con mayor frecuencia con un total de 34 casos.
4. Se pudo conocer los que factores predisponentes de Cistocele que se encuentran con mayor frecuencia dentro de la población estudiada, fue mayor para el parto por vía vaginal que se encontró con mayor porcentaje de los casos, seguido de la actividad física moderada, la multiparidad, obesidad grado I, la menopausia, antecedentes familiares, antecedente quirúrgico y en menor frecuencia se encontró el estreñimiento y la tos crónica.

i. RECOMENDACIONES

1. En base al estudio realizado sobre los factores predisponentes de Cistocele de riesgo, dado la mayoría de ellos pueden ser modificables, deberíamos orientar todos nuestros esfuerzos hacia la detección temprana, y prevención dando a conocer a las pacientes cuales son los factores y sus consecuencias.
2. Como futuros médicos y a médicos de atención primaria promover el desarrollo de planificación familiar, instruyendo a la mujer en el control racional de su descendencia así como también fomentar la importancia de la atención especializada antes, durante y después del trabajo de parto.
3. También sería ideal realizar oportunamente la terapia de reposición hormonal en las pacientes que se encuentren en etapas del climaterio, menopáusicas y pos-menopáusicas, evitando así complicaciones por déficit hormonal, brindando información a la paciente acerca de la importancia de acudir a control médico para poder detectar posibles complicaciones de los factores predisponentes de Cistocele que puede terminar en intervención quirúrgica de la paciente.
4. Instruir en la importancia de tener una buena calidad de vida, evitando la obesidad, con controles regulares de patologías asociadas con el fin de evitar complicaciones futuras.
5. Por último, como investigador recomiendo que los casos de pacientes con factores predisponentes de Cistocele sean bien documentados en las historias clínicas ya que a través de un óptimo diagnóstico, tratamiento corrector en las fases tempranas del prolapso y clasificación del grado de Cistocele se podría llevar un seguimiento adecuado, además de aportar con información investigativa de este tema.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado L., Á., Calero R., M., Medrano R., A., & Tomalá B., C. (2004). *Prolapso genital incidencia y casuística: Hospital Naval de Guayaquil 1995 - 2000*. Obtenido de <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/10.1/RM.10.1.07.pdf>
- Benites Medina, C. (2014). *Factores de Riesgo asociados a Prolapso Genital Total en Pacientes atendidas en el Hospital Abel Gilbert Pontón entre Enero del 2012 a Marzo 2014*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/2183/1/T-UCSG-PRE-MED-174.pdf>
- Braun B., H., Rojas T., I., González T., F., Fernández N., M., & Andrés Ortiz C., J. (2004). *PROLAPSO GENITAL SEVERO: CONSIDERACIONES CLÍNICAS, FISIOPATOLÓGICAS Y DE TÉCNICA QUIRÚRGICA AL MOMENTO DE SU CORRECCIÓN*. Obtenido de SciELO Revista chilena de obstetricia y ginecología: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200010
- Caballero Leal, L. A., Cortés Fuentes, E., Herrerías Alfaro, E. A., & Palacios Goitia, M. D. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la pared Anterior (Cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo*. Obtenido de Guía de Practica Clínica GPC: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/263_GP_C_CISTOCELE/Cistocele_EVR_CENETEC_IUE_VERIF_MZO.pdf
- Cañada Bustos, D. (2008). *Nefrología y Urología (Cistocele)*. Obtenido de Aseguradora Global de Confianza MAPFRE: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/cistocele-vejiga-caida.shtml>
- Capmartin Salinas, R., & Celemin, M. (2011). *GUÍA DE MANEJO PROLAPSO GENITAL; PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA*. Obtenido de <http://www.drcapmartin.com/files/GUIA%20PROLAPSO%20GENITAL%20HUSI%202011.pdf>
- COHEN S., D. (16 de Noviembre de 2013). *PROLAPSO GENITAL FEMENINO: LO QUE DEBERÍA SABER*. Obtenido de http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/4-Dr.Cohen.pdf

- Cosson, M., Narducci, F., Lambaudie, É., Occelli, B., Crépin, G., & Querleu, D. (2003). *Prolapso Genital*. Obtenido de <http://emvmsa1a.jouve-hdi.com/es/article/43813>
- Coya Núñez, F. (2006). *Prolapso Genital*. Obtenido de MEDICINA DIAFRAGMA PELVIANO: http://www.pisopelviano.com.ar/prolapso_genital.html
- Drife, J., & Magowan, B. (2005). *Ginecología y Obstetricia Clínicas*. España: M.o.s.b.y.
- Duarte Maldonado, P., & Carmona, S. (13 de Noviembre de 2014). *Enfoques Actuales en el Prolapso Genital*. Obtenido de Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2014/clase2014_enfoques_actuales_prolapso_genital.pdf
- Espitia de la Hoz, F. (3 de Mayo de 2015). *Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles*. Obtenido de Revista de Uriología Colombiana: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90429793&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=398&ty=34&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=398v24n01a90429793pdf001.pdf
- García López, A. (Marzo de 2002). *Prolapso de Órganos Pélvicos*. Obtenido de SciELO Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n1/v15n1a7.pdf>
- Gibbs, R., Karlan, B., Haney, A., & Nygaard, I. (2009). *Obstetricia Y Ginecología de Danforth*. Barcelona: WOLTERS KLUWER.
- Giordano, F. J. (12 de 2006). *Prolapso de pared vaginal anterior y técnicas actuales de reparación*. Obtenido de Revista Venezolana de Urología: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=117&id_seccion=&id_ejemplar=&id_articulo=42577&pdfFile=Vz-Ur062-02.pdf&method=saveDataForDownload&motivo=1
- GÓMEZ AYALA, A. (Marzo de 2008). *Incontinencia Urinaria Femenina, Diagnóstico, tratamiento y prevención*. Obtenido de Educación Sanitaria: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13116880&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=154&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v27n03a13116880pdf001.pdf

- Granda Castañeda, I. (2011). *DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DE LA INSUFICIENCIA DEL PISO PÉLVICO, EN PACIENTES QUE ACUDAN A LA CONSULTA EXTERNA DE 30 AÑOS Y MAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3986/1/MEDGO08.pdf>
- Grande, J., & Delgado Chuecas, D. (06 de 2010). *Colpopexia anterior con uretrosuspensión con monoprotésis sintética en el tratamiento simultáneo del cistocele y la incontinencia urinaria*. Obtenido de Scielo Perú: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2010000200006&script=sci_arttext
- Gutiérrez, A., Solórzano, M., Trujillo, C., & Plata, M. (03 de Diciembre de 2012). *Prevalencia de prolapso del piso pélvico en pacientes con inincontinencia urinaria de esfuerzo*. Obtenido de Sociedad Colombiana de Urología: <http://www.redalyc.org/pdf/1491/149125110005.pdf>
- INEC. (Enero de 2010). *Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*. Obtenido de Investigaciones Estadísticas: <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=VITAL2010&MAIN=WebServerMain.inl>
- John O. Schorge, J. I. (2009). *Ginecología WILLIAMS*. México: McGraw - Hill.
- López García, S., León Ramírez, D., Rey Rey, J., Freire Calvo, J., Rodríguez Iglesias, B., & Ojeda Calvo, A. (05 de 04 de 2011). *COMPLICACIONES DE LAS MALLAS DE POLIPROPILENO EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO FEMENINO*. Obtenido de Archivos Españoles de Urología: <http://www.redalyc.org/pdf/1810/181022777006.pdf>
- Maher, C., Baessler, K., Glazener C, M. A., Adams, E. J., & Hagen, S. (17 de 04 de 2007). *Labiblioteca de Cochrane Plus*. Obtenido de Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201276913&DocumentID=CD004014>
- Palma, P., Ricetto, C., Henández, M., & Olivares, J. M. (Junio de 2008). *Prolapsos urogenitales: Revisión de Conceptos*. Obtenido de ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS: <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v32n6/v32n6a07.pdf>
- Parra, A. (11 de Marzo de 2011). *CISTOCELE Y RECTOCE*. Obtenido de <http://psicosalud.wikispaces.com/file/view/Informe+de+caso+AP....pdf>

- Peter Dietz, H., & Guzmán Rojas, R. (2013). *Gignóstico y Manejo del Prolapso de Órganos Pelvicos, Presente Futuro*. Obtenido de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90360851&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=202&ty=5&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v24n02a90360851pdf001.pdf
- Romo Rodríguez, G. (Octubre de 2006). *Diagnóstico Ecográfico de Cistocele: correlación con el Diagnóstico Clínico*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/351/1/82572.pdf>
- Salinas Casado, J., Méndez Rubio, S., Virseda Chamorro, M., Pelaquim, H., & Silmi Moyano, Á. (12 de 06 de 2009). *CISTOCELES DE ALTO RIESGO URODINÁMICO*. Obtenido de Scielo: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n5/05.pdf>
- Sola, V., Pardo, J., Ricci, P., & Guiloff, E. (Julio de 2005). *Área Académica de Clínica las Condes*. Obtenido de Área Académica de Clínica las Condes: http://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Julio_2005/articulo_004.htm

k. ANEXOS

(Anexo 1). FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° Hoja		N° Historia Clínica	

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
EDAD			
PESO			
TALLA			
ESTADO CIVIL	Soltera		
	Casada		
	Divorciada		
	Viuda		
RAZA	Unión libre		
	Mestiza		
	Indígena		
	Afrodescendiente		
LUGAR DE PROCEDENCIA	Blanca		
	Urbana		
	Rural		

FACTORES PREDISPONENTES DEL CISTOCELE					
NÚMERO DE EMBARAZOS	0		ANTECEDENTE FAMILIAR	SI	
	1			NO	
	2-4				
	<5				
PARTO VAGINAL			¿ES FUMADORA?	SI	
CESÁREA			Cuantos cigarros consume al día.....	NO	
ANTECEDENTES QUIRURGICOS			AUMENTO CRÓNICO DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL		
Histerectomía, neuropatía pélvica, traumatismo durante el parto, caídas, fracturas, traumatismo del piso pélvico, laceraciones	SI		IMC	<18,5	30-34,9
	NO			18,5-24,9	35-39,9
25-29,9				>40	
Actividad Física	Leves () Moderadas () Vigorosas ()		TOS		SI
					NO
Menopausia Dispareunia, bochornos, sequedad vaginal, depresión, cefalea, sudoración nocturna, cambios de carácter, llanto sin motivo, disminución del libido.	SI		ESTREÑIMIENTO		SI
	NO		Heces secas y duras, difícil evacuación, distensión abdominal, menor a 3 veces en una semana		NO

GRADOS DEL CISTOCELE	GRADOS DEL CISTOCELE			
	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV

I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	3
d. REVISIÓN LITERARIA.....	6
1.1. CISTOCELE.....	6
1.1.1. Definición.....	6
1.1.2. Relación del factor predisponente con el daño producido.....	6
1.1.3. Causas del cistocele.....	7
1.1.4. Grados del cistocele.....	8
1.2. FACTORES PREDISPONENTES DEL CISTOCELE.....	9
1.2.1. Determinación de los factores predisponentes de cistocele.....	9
1.2.2. Multiparidad.....	10
1.2.3. Partos.....	10
1.2.4. Cesárea Programada.....	11
1.2.5. Edad.....	12
1.2.6. Menopausia.....	12
1.2.7. Aumento crónico de la presión intraabdominal.....	13
1.2.8. Factores Genéticos.....	14
1.2.9. Trastornos del tejido conjuntivo.....	15
1.2.10. Histerectomía.....	15
1.3. TRATAMIENTO.....	15
1.3.1. Tratamiento no quirúrgico.....	16

1.3.1.1. Uso de pesario en el prolapso de órganos pélvicos	16
1.3.1.2. Indicaciones de uso	17
1.3.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	22
1.3.2.1. Procedimientos oclusivos	22
1.3.2.2. Procedimientos reconstructivos	23
1.3.2.3. Laparoscopia	24
1.3.2.4. Compartimiento anterior (Cistocle)	24
e. MATERIALES Y METODOLOGÍA	26
f. RESULTADOS	28
g. DISCUSIÓN	39
h. CONCLUSIONES	43
i. RECOMENDACIONES	44
j. BIBLIOGRAFÍA	45
k. ANEXOS	49
I. ÍNDICE DE CONTENIDOS	50