

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de**

**MÉDICO GENERAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**INCONTINENCIA URINARIA ASOCIADA A GRADOS DE CISTOCELE.  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. RIOBAMBA, 2019**

**Autor:**

Toapanta Chimba David Vicente

**Tutor:**

Dr. Rolando Lara

**Riobamba – Ecuador**

**Año 2020**

## MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación con título: **INCONTINENCIA URINARIA ASOCIADA A GRADOS DE CISTOCELE. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. RIOBAMBA, 2019** presentado por el estudiante, David Vicente Toapanta Chimba, y dirigido por el Dr. Rolando Patricio Lara Moyota.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación escrito con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Educación, Humanas y Tecnologías en la Universidad Nacional de Chimborazo.

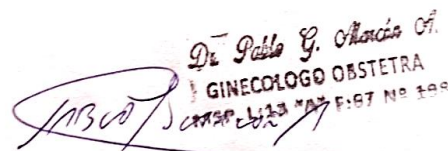
Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Patricio Vásconez Andrade  
**DELEGADO DECANO**



.....  
**FIRMA**

Dr. Pablo Alarcón  
**MIEMBRO DE TRIBUNAL**



.....  
**FIRMA**

Dr. Ángel Mayancela  
**MIEMBRO DE TRIBUNAL**



.....  
**FIRMA**

## CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA

Yo, **ROLANDO PATRICIO LARA MOYOTA**, docente de la carrera de **MEDICINA**, en calidad de Tutor del trabajo de investigación titulado **“Incontinencia urinaria asociada a grados de cistocele. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, 2019”**, presentado por la estudiante: **TOAPANTA CHIMBA DAVID VICENTE**, en legal forma certifico haber revisado el desarrollo del mismo, por lo que autorizo su presentación encontrándose apto para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Riobamba, 28 de septiembre del 2020.



---

**Dr. Rolando Patricio Lara Moyota**  
**C.I: 0603559980**  
**TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

## AUTORÍA

Como autor del presente trabajo de investigación titulado: **“INCONTINENCIA URINARIA ASOCIADA A GRADOS DE CISTOCELE. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. RIOBAMBA, 2019”**, yo **DAVID VICENTE TOAPANTA CHIMBA** con C.I: **175120211-8**, declaro que el contenido basado en las ideas, expresiones, pensamientos y concepciones que he tomado de diversos autores se han interpretado y analizado previamente para enriquecer el estado del arte. En tal virtud los resultados, conclusiones y recomendaciones, son de exclusividad del autor y del patrimonio intelectual de la Universidad Nacional de Chimborazo

Riobamba, 02 de noviembre de 2020



---

**DAVID VICENTE TOAPANTA CHIMBA**  
C.I. 175120211-8

## **DEDICATORIA**

Este proyecto de investigación está dedicado a:

A Dios por darme el apoyo espiritual que he necesitado en toda mi vida, a mis padres, por el apoyo incondicional que me brindaron para seguir adelante y cumplir las metas que me he propuesto, a mi hijo Luis por motivarme a ser mejor persona cada día.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco infinitamente a Dios por darme la vida para llegar a cumplir todos mis sueños, a mis padres, hermanos por todo el apoyo que me han podido brindar durante toda mi vida.

A la Universidad Nacional de Chimborazo por ayudarme con todos sus profesionales a cumplir una meta más en mi vida.

Al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba por abrirme sus puertas para cumplir mi año de internado y poder culminar el presente proyecto.

A mi tutor el Dr. Rolando Lara por encaminarme y guiarme para poder culminar a la perfección con el presente trabajo de investigación.

A todos ellos y a las personas que falten, muchas gracias.

## ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA.....	III
AUTORÍA .....	IV
DEDICATORIA.....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VII
INDICE DE TABLAS.....	X
INDICE DE GRÁFICOS .....	XI
RESUMEN.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1. JUSTIFICACIÓN .....	17
1.2. OBJETIVOS .....	18
1.2.1. Objetivo General: .....	18
1.2.2. Objetivos Específicos: .....	18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo .....	19
2.1.1. Concepto.....	19
2.1.2. Epidemiología .....	19
2.1.3. Continencia y Micción .....	19
2.1.4. Fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo.....	20
2.1.5. Causas y factores de riesgo .....	20
2.1.6. Signos y síntomas.....	21
2.1.7. Diagnóstico.....	21
2.1.8. Medidas Terapéuticas.....	22
2.2. Cistocele.....	22
2.2.1. Definición.....	22
2.2.2. Epidemiología .....	23

2.2.3. Mecanismo anatómico del cistocele.....	23
2.2.4. Clasificación.....	23
2.2.4.1. Clasificación de Baden y Walker:.....	24
2.2.4.2. Clasificación POP-Q:.....	24
2.2.5. Factores asociados.....	24
2.2.6. Cuadro clínico.....	25
2.2.7. Diagnóstico.....	26
2.2.8. Tratamiento.....	26
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>28</b>
3.1. Tipo de investigación.....	28
3.2. Área de estudio.....	28
3.3. Población de estudio.....	28
3.4. Criterios de inclusión.....	28
3.5. Criterios de exclusión.....	28
3.6. Identificación de variables.....	29
3.6.1. Variable independiente.....	29
3.6.2. Variable dependiente.....	29
3.7. Operacionalicen de variables:.....	30
3.8. Método de estudio.....	33
3.9. Técnica de recolección de datos.....	33
3.10. Procesamiento estadístico.....	33
3.11. Consideraciones éticas.....	34
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	35
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>43</b>



ANEXOS .....	47
Anexo 1. Gráficos estadísticos.....	47

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Distribución de la población según edad.....	35
<b>Tabla 2.</b> Distribución de la población según su etnia .....	36
<b>Tabla 3.</b> Distribución de la población según paridad .....	36
<b>Tabla 4.</b> Distribución de la población según histerectomía previa.....	37
<b>Tabla 5.</b> Distribución de la población según grado de obesidad .....	38
<b>Tabla 6.</b> Distribución de la población según grado de cistocele .....	38
<b>Tabla 7.</b> Distribución de la población según antecedente de estreñimiento.....	39
<b>Tabla 8.</b> Distribución de la población según la realización de actividad física.....	40

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribución de la población según edad.....	47
<b>Gráfico 2.</b> Distribución de la población según su etnia.....	47
<b>Gráfico 3.</b> Distribución de la población según paridad .....	48
<b>Gráfico 4.</b> Distribución de la población según histerectomía previa.....	48
<b>Gráfico 5.</b> Distribución de la población según grado de obesidad .....	49
<b>Gráfico 6.</b> Distribución de la población según grado de cistocele .....	49
<b>Gráfico 7.</b> Distribución de la población según antecedente de estreñimiento.....	50
<b>Gráfico 8.</b> Distribución de la población según la realización de actividad física.....	50

## RESUMEN

**Introducción:** La incontinencia urinaria de esfuerzo es una de las patologías más frecuentes de atención médica, se puede asociar al cistocele que es la protrusión de una parte de la vejiga a través de la pared anterior de la vagina, estas dos patologías tienen una estrecha relación en cuanto a sus factores de riesgo. **Objetivo General:** Determinar el porcentaje de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cada grado de cistocele en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, atendidas en el periodo enero - diciembre 2019. **Material y métodos:** Se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo, no experimental y de corte transversal, donde se recolectó datos de historias clínicas de 107 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociado a algún grado de cistocele, con edades entre 31 a 90 años, atendidas en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2019. **Resultados:** De 107 pacientes estudiadas 17,76% tenían rango etario entre 46 a 50 años; el 42,06 % presentaron cistocele grado I. Dentro de los factores de riesgo se encontró que 90,65% son mestizas, en relación a la paridad 64,49% son multíparas, obesidad grado I se presentó en el 33,64%, el 63,55 % tiene antecedente de estreñimiento, y pacientes sin histerectomía se presentó en el 66,36%. **Conclusión:** En las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo el cistocele grado I, y la obesidad grado I se presentaron en la mayor parte de población de estudio.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria de esfuerzo, cistocele, protrusión.

## ABSTRACT

**Introduction:** Stress urinary incontinence is one of the most frequent medical care pathologies, it may be associated with cystocele, which is the protrusion of a part of the bladder through the anterior wall of the vagina, these two pathologies have a narrow relationship with respect to your risk. factors. **General Objective:** To determine the percentage of patients with stress urinary incontinence associated with each degree of cystocele in the Hospital of the Ecuadorian Institute of Social Security Riobamba, treated in the period January - December 2019. **Material and methods:** A retrospective descriptive study was carried out . carried out, non-experimental and cross-sectional, where data were collected from the medical records of 107 patients with a diagnosis of stress urinary incontinence associated with some degree of cystocele, aged between 31 and 90 years, treated at the Hospital del Ecuador. Riobamba Social Security Institute, in the period from January to December 2019. **Results:** Of the 107 patients studied, 17.76% had an age range between 46 to 50 years; 42.06% had grade I cystocele. Among the risk factors it was found that 90.65% are mixed race, in relation to parity 64.49% are multiparous, grade I obesity was presented in 33.64 %, 63.55% have a history of constipation and patients without hysterectomy presented in 66.36%. **Conclusion:** In patients with stress urinary incontinence, grade I cystocele and grade I obesity were present in most of the study population.

**Key words:** stress urinary incontinence, cystocele, protrusion.



Reviewed by: Maldonado, Ana

Language Center English Professor

## INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria se va a definir como la pérdida involuntaria de orina, es así que se puede clasificar como incontinencia urinaria de esfuerzo por la pérdida de orina por estornudo, pacientes con tos, se puede evidenciar la pérdida de orina al realizar maniobra de valsalva; también existe otra clasificación como la incontinencia de orina de urgencia si presenta deseo inevitable de orinar y también la incontinencia urinaria mixta si combina las características antes mencionadas. (Vallejos, Guzman, Valdevenito, Fasce, & Manríquez, 2019) Cuando existe infección de vías urinarias puede presentar síntomas miccionales como disuria, hematuria, nicturia y pérdida de orina en pequeñas cantidades.

Según un artículo publicado en la Revista Mexicana de Urología la prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo es del 49 % en mujeres con edades comprendidas entre 45 y 49 años. Dentro de los factores de riesgo que se asocian a la incontinencia urinaria de esfuerzo están: edad, número de gestas, tipo de parto; antecedentes quirúrgicos como histerectomía. Existen varias estrategias de tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo, ya sea un manejo conservador con ejercicios de kegel y promover cambios de estilo de vida, hasta la resolución quirúrgica. (Téllez-Díaz et al., 2017)

El prolapso pélvico de un órgano es el descenso de la pared vaginal esta puede ser: la pared vaginal anterior (cistocele), la pared vaginal posterior (rectocele), así como el útero, el cuello uterino; puede existir prolapso de una porción de intestino delgado a través de la vagina (enterocele). La causa del prolapso es multifactorial, pero se asocia principalmente con el embarazo y el parto vaginal, lo que conduce a una lesión directa de la musculatura del piso pélvico y del tejido conectivo. La histerectomía, la cirugía pélvica y las afecciones asociadas con episodios sostenidos de aumento de la presión intraabdominal, incluida la obesidad, la tos crónica, el estreñimiento y el levantamiento pesado repetido, también contribuyen al prolapso, hipoestrogenismo e incluso actividades laborales asociadas que tengan maniobra de valsalva (Iglesia & Smithling, 2017). (Cohen, 2013)

En un trabajo de revisión publicado en el año 2016 en la Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación, indica que puede existir más de un factor de riesgo simultáneamente ya sean congénitos o adquiridos; entre los factores congénitos se pueden encontrar que el tejido conjuntivo presente mala calidad y anomalías óseas pélvicas, esto conlleva a desplazar la fuerza de la presión abdominal hacia estructuras pélvicas que no están preparadas para un

cambio de presión. Tenemos como factores de riesgo adquiridos a: la menopausia, las cirugías pélvicas, el elevado peso del feto, el perímetro cefálico mayor de 35 cm entre otros. (Abreu & Martín, 2016)

Por tanto, se considera importante estudiar la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cada grado de cistocele en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba ha recibir atención en el periodo comprendido entre enero-diciembre 2019.

## **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La incontinencia urinaria en mujeres tiene una gran prevalencia a nivel mundial, es así que en España se encontró una prevalencia de incontinencia urinaria de 15 % en mujeres y 11,6 % en hombres. Tiene una elevada relación las mujeres con edad avanzada y pacientes que poseen un índice de masa corporal promedio mayor a 27 kg/m<sup>2</sup>. (Leirós-Rodríguez & Romo-Pérez, 2017). En Brasil se encontró una prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres entre el 15,6% al 32,9%, mientras que en hombres fue del 3,7% al 6,2%. (JUNQUEIRA, 2017)

En la ciudad de Quito en el Hospital Padre Carollo se realizó un estudio entre enero del 2016 a enero de 2017, donde se encontró que la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 5.07 %. Se pudo concluir que la incontinencia urinaria de esfuerzo fue la que presentó un elevado porcentaje, además, existió una relación entre el número de partos ya sea primíparas o multíparas. (Pazmiño, Esparza, & Ayala, 2019)

En Ecuador se han realizado varias tesis de grado relacionadas con los factores causales de prolapso vaginal, las que abarcan los diversos tipos de prolapso vaginal, pero existen escasos estudios que hablen de datos estadísticos sobre un subtipo como es el caso del cistocele. En la ciudad de Quito en el año 2017 se publicó un estudio que identificó los factores de riesgo más prevalentes en prolapso vaginal que fueron: trauma obstétrico en un 65 % de pacientes, tabaquismo en el 20 %, el 76 % estaba en la menopausia, al menos un 50 % tiene algún grado de obesidad, el 51 % presenta estreñimiento y el 32 % tos crónica. (Pilataxi & Lara, 2017)

En el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba no existe trabajos actuales del tema de estudio y su enfoque sobre tener datos estadísticos reales sobre incontinencia urinaria de esfuerzo y cuál es su porcentaje de acuerdo a cada grado de incontinencia urinaria, que permitirá a los profesionales que laboran en el área de consulta externa del servicio de ginecología tener una guía para poder reconocer de manera adecuada los factores de riesgo en la población, y proponer una promoción acertada en caso de comorbilidades modificables.

¿Cuál es el porcentaje de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cada grado de cistocele en las pacientes atendidas en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba atendidas en el periodo enero-diciembre 2019?



## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

La incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cada grado de cistocele es una problemática a nivel mundial y nacional que necesita ser estudiada, es así que el presente estudio busca brindar una estadística actualizada de las pacientes que presentaron estas patologías en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba, en el periodo comprendido entre enero – diciembre del 2019,

También es necesario conocer los factores de riesgos asociados a estas enfermedades como son: la edad, el número de gestas, el número de partos, la obesidad que nos permita implementar un adecuado tratamiento para estas patologías, además, educar a la paciente en mejorar los estilos de vida.

A su vez al tener estadísticas actuales ayuda al Ministerio de Salud Pública del Ecuador y otros organismos a la creación de futuros protocolos o guías terapéuticas para mejorar así la calidad de vida de la población que sufre de incontinencia urinaria de esfuerzo que se asocia a algún grado de cistocele de la ciudad de Riobamba, y de todo el país.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivo General:**

Determinar el porcentaje pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cada grado de cistocele en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, atendidas en el periodo enero - diciembre 2019.

### **1.2.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar los principales factores de riesgos de acuerdo a las variables: rango de edad, paridad, histerectomía previa, presencia de estreñimiento y la realización de actividad física.
- Detallar que pacientes son las más propensas a padecer incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele en relación a la paridad: primíparas, multíparas y gran multíparas.
- Conocer el grado de obesidad que mayor porcentaje presentan las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo**

#### **2.1.1. Concepto**

Según el libro de Ginecología de Williams en su tercera edición define a la incontinencia urinaria como pérdida no controlada de orina, donde se incluye a las malformaciones congénitas del tracto urinario inferior y el escape de orina por orígenes uretrales. Se va a definir a la incontinencia urinaria de esfuerzo como la salida involuntaria de orina por diversas causas tomando en cuenta que se tiene como factor principal el aumento de la presión intraabdominal. (Hoffman, et al., 2016).

#### **2.1.2. Epidemiología**

El artículo “Incontinencia Urinaria” de la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica publicado en el año 2016, indica que la incontinencia urinaria en mujeres tiene una prevalencia del 38 % y esta se eleva en la edad avanzada en 50 %. La incontinencia Urinaria va a afectar entre el 5 y 69% de mujeres al menos una vez en los 12 meses del año, teniendo una frecuencia de 2:1 de incontinencia urinaria de mujeres que en hombres. (León, 2016)

Según el estudio de Lara publicado en el 2017 y realizado en la ciudad de Quito en mujeres en periodo posparto, menciona que tuvo un porcentaje de 64 % de que presentaron incontinencia urinaria, teniendo la incontinencia urinaria de esfuerzo una prevalencia del 67 %, que se ha socio a un 73 % a parto vaginal. (Lara, 2017)

#### **2.1.3. Continencia y Micción**

La vejiga urinaria presenta un ciclo constante compuesto por dos fases: la de continencia y la micción, para ello requiere que el musculo detrusor de la vejiga y sus esfínteres interno, externo, así como la uretra tengan un adecuado funcionamiento; de igual manera una coordinación del sistema nervioso simpática y parasimpática que va a regular estos procesos.

La fase de continencia va a requerir que no exista contracción del musculo detrusor, así como su viscoelasticidad del mismo, y la fase miccional va a necesitar que el musculo detrusor tenga contracción y los esfínteres se abran para la salida de la orina. (Chiang, Valdevenito, & Mercado, 2018)

#### 2.1.4. Fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Existen dos mecanismos que pueden producir incontinencia urinaria de esfuerzo uno por hipermovilidad uretral y otro por presentar debilidad del esfínter urinario.

- **Hipermovilidad uretral:** resultado de la pérdida de sostén del cuello de la vejiga y de la uretra que presentan movilidad por aumento de presión abdominal. Se relaciona con la hipótesis de la hamaca la cual establece que la uretra está sostenida por la fascia endopélvica de la vagina, esta crea una hamaca y comprime la uretra durante el descanso y la actividad. Cuando se pierde este soporte, existe periodos donde se aumenta la presión intraabdominal, la uretra se va a dirigir hacia abajo y va a tener como resultado la incontinencia urinaria por tener una presión baja en relación a la vejiga.
- **Debilidad del esfínter urinario:** el esfínter urinario puede presentar debilidad por diversos factores como traumatismos pélvicos, cirugías ginecológicas, edad, hipoestrogenismo y ausencia de tratamiento hormonal, además, enfermedades que produzcan una atrofia de la musculatura pélvica. (Aoki, et al., 2017)

La relación entre el hipoestrogenismo y la incontinencia urinaria no está totalmente confirmada, se puede explicar ya que el hipoestrogenismo provoca la caída del sistema de presiones que tiene la vía urinaria, más el debilitamiento paulatino de la musculatura vesical y la uretra, favorece a que exista incontinencia urinaria de esfuerzo. (Gómez, 2010)

#### 2.1.5. Causas y factores de riesgo

La incontinencia urinaria de esfuerzo se puede presentar por cualquier esfuerzo que realice la paciente al desarrollar actividad física, laboral, además se debe tomar en cuenta las comorbilidades que presente la paciente.

La incontinencia urinaria es multifactorial, como tener obesidad que va a incrementar tres veces el riesgo de presentar incontinencia urinaria, se debe tomar en cuenta, si la paciente es múltipara, si presenta deterioro funcional del sistema nervioso, otro factor es la tos crónica, el estreñimiento, el embarazo es un factor de incontinencia urinaria por el aumento en la presión abdominal. (Espitia, 2017)

Otros factores que están vinculados al prolapso de órgano pélvico y que producen incontinencia urinaria son: el número de embarazos, que provoca un aumento de la presión

intraabdominal; el número de partos que provoca un deterioro de la musculatura pélvica. En el parto tiene gran importancia el tipo de pujo que realiza la paciente, así como la posición en la que se encuentra durante el periodo de expulsión del feto, que provocan desgaste de la musculatura pélvica y debilitamiento del esfínter urinario. (Abreu & Martín, 2016)

Cuando se presenta una incontinencia urinaria que persiste con el tiempo se debe examinar la presencia de cistocele, así como factores ginecológicos, proctológicos como el estreñimiento o la presencia de rectocele, que requieren un equipo multidisciplinario para su adecuado abordaje y dar un correcto tratamiento. (Martín & Carnero, 2020)

### **2.1.6. Signos y síntomas**

La incontinencia urinaria es un síntoma, un signo y una condición, ya que la paciente puede perder orina al reírse o al realizar algún tipo de ejercicio. También se puede incluir tos, maniobra de valsalva, o cualquier actividad que produzca un aumento de presión intraabdominal. Al realizar un examen complementario como es la urodinamia puede existir escape de orina, a esto se le llama incontinencia urodinamia de esfuerzo. (Hoffman, et al., 2016)

### **2.1.7. Diagnóstico**

El diagnóstico va a ir encaminada a una adecuada anamnesis, examen físico y exámenes complementarios, uso de diario miccional, que ayudaran a buscar la causa de la incontinencia y así poder cambiar el estilo de vida de las pacientes.

- **Anamnesis y examen físico:** en el que valoraremos el adecuado estado general de la paciente donde se considerara el grado de obesidad que presente, así como hábitos como el fumar cigarrillo. En relación al examen físico ginecológico se valorará la presencia de algún grado de prolapso genital con la ayuda de maniobra de valsalva.
- **Diario Miccional:** Este diario nos ayudara a conocer la frecuencia en la que la paciente orina, tomando en cuenta la ingesta de líquido para tener un diagnóstico acertado de la incontinencia de esfuerzo.
- **Ecografía:** es un método no invasivo que nos ayuda a cuantificar la cantidad de volumen residual de orina

- **Urodinamia:** Nos ayuda a valorar la relación del volumen, tiempo y la presión que realiza la vejiga al llenarse o vaciarse, es la prueba confirmatoria para todo tipo de incontinencia urinaria. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2019)

### **2.1.8. Medidas Terapéuticas**

Las medidas terapéuticas para la incontinencia urinaria de esfuerzo van a orientarse en tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico que van enfocados en disminuir los síntomas y factores de riesgo, para tener como último recurso el tratamiento quirúrgico.

**Tratamiento conservador:** va a ir enfocado en disminuir los síntomas por tal motivo se aconseja realizar los ejercicios de kegel para mejorar el tono muscular del piso pélvico, además, el control de peso corporal, ya que las mujeres que pierden entre el 5 % y 10 % del peso corporal disminuyen los síntomas relacionados con incontinencia urinaria. El entrenamiento vesical consiste en programar un horario regular para controlar la micción. Los ejercicios de Kegel van enfocados en fortalecer los músculos del piso pélvico de las pacientes.

**Tratamiento quirúrgico:** posterior a un procedimiento quirúrgico para la incontinencia urinaria de esfuerzo tienen diferentes pronósticos como: tener una micción normal sin fuga de orina, tener fuga de orina durante eventos de estrés, hipercorrección que no permitirá la adecuada diuresis. (Téllez-Díaz et al., 2017)

## **2.2. Cistocele**

### **2.2.1. Definición**

Tomando en cuenta que el prolapso de órganos pélvicos es el descenso o la protrusión de uno o varios órganos pélvicos por las paredes vaginales, que va a afectar al 50 % de todas las mujeres en edad adulta. (Weintraub, Gliner, & Marcus-Braun, 2020)

El cistocele se va a definir como la protrusión de la pared anterior de la vagina asociada con el descenso de la vejiga, que va a tener ciertos factores que van a desencadenar este descenso, en la actualidad el cistocele es el prolapso órgano pélvico más común que requiere tratamiento convencional o quirúrgico. (Vitale, La Rosa, & Chiara, 2017)

### **2.2.2. Epidemiología**

Según un artículo publicado por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) el prolapso de órgano pélvico tiene una incidencia de edad entre los 70 a 79 años de edad y las mujeres en Estados Unidos van a tener un riesgo del 13 % de ser intervenida quirúrgicamente por prolapso de órgano pélvico, de igual manera en Estados Unidos se estima que el 50 % de mujeres presentaran prolapso de órgano pélvico para el 2050. (ACOG, 2019)

En un estudio realizado por Silva en una casa de salud de Quito nos muestra que el mayor porcentaje de pacientes que tienen prolapso de órgano pélvico va desde los 46 – 65 años con un 59 % y de igual forma el grado de prolapso de órgano pélvico con mayor porcentaje fue el grado I con 66,5 %. (Silva, 2016)

Según el estudio de Cavezas realizado en una casa de salud de Guayaquil entre el año 2016 al 2017, el cistocele fue el prolapso genital con mayor porcentaje 39,1 % en los grupos etarios entre 40 a 60 años en una población de 138 pacientes. (Cavezas, 2018)

### **2.2.3. Mecanismo anatómico del cistocele**

En una revisión realizada por Lamblin y sus colaboradores nos habla sobre ciertos mecanismos anatómicos que producen cistocele de acuerdo a las estructuras anteriores de soporte de la vejiga, entre estos mecanismos nos habla de tres tipos de cistocele dependiendo de la porción de la pared anterior que va a ser afectada clasificándolos en apical, medial y lateral.

Tomando en cuenta que la vejiga se encuentra sobre la fascia pubocervical de la pared anterior de la vagina va a existir un defecto en el sistema de suspensión que solo puede afectar a la fascia pubocervical o asociarse a un defecto de los ligamentos uterosacros. Si existe alteración como desgarro de la fascia pubocervical va a inducir el cistocele que a la inspección la pared anterior de la vagina va a tener un aspecto brillante, así se describe que el 75 % de cistoceles de alto grado fueron provocados por un defecto en los ligamentos uterosacros y la fascia pubocervical. (Lamblin, Delorme, Cosson, & Rubod, 2015)

### **2.2.4. Clasificación**

Existen dos sistemas que nos van a ayudar a la clasificación del prolapso órgano pélvicos:

**2.2.4.1. Clasificación de Baden y Walker:** Esta es una clasificación antigua que ayudo a clasificar la vagina por segmentos anterior, posterior y apical. En la que divide a la vagina en grados.

- Grado 0: Este grado no va a tener prolapso y se encuentra por encima de las espinas ciáticas.
- Grado 1: Se va a encontrar entre las espinas ciáticas y el himen
- Grado 2: Llega hasta nivel del himen
- Grado 3: Va más abajo del himen
- Grado 4: Va llegar hasta su máximo posible.

**2.2.4.2. Clasificación POP-Q:** La palabra POP-Q significa cuantificación del prolapso de órgano pélvico en sus siglas en inglés, es el método de clasificación más usado, este sistema lo clasifica por estadios donde se tiene como referencia el himen. En esta clasificación se toma para clasificar prolapso de la pared vaginal anterior

- Estadio 0: No va a existir prolapso
- Estadio I: el prolapso se va a encontrar a un centímetro del himen
- Estadio II: el prolapso se va encontrar entre 1 centímetro por arriba y un centímetro por abajo del himen
- Estadio III: se encuentra más de un centímetro por debajo del himen
- Estadio IV: va a existir prolapso completo. (Descouvieres, 2015)

### **2.2.5. Factores asociados**

Existen múltiples factores que se asocian al cistocele, así puede existir uno o existir varios en una misma persona entre los más destacados tenemos:

- a) **Factores Obstétricos:** entre los factores que se engloban en este tenemos a la cantidad de partos vaginales de la paciente, ya que estos mientras mayor sea el número de partos va a existir un debilitamiento del diafragma pélvico. Otros factores que se toma en cuenta si le han realizado episiotomía y si ha existido algún desgarro vaginal en el parto.
- b) **Defectos del tejido conectivo:** Aquí se va a englobar a aquellas mujeres jóvenes sin ningún parto y sin causa aparente presenten cualquier grado de cistocele secundaria a un defecto en la matriz del colágeno corporal.



- c) **Factores congénitos:** Va relacionado con alteraciones de las vías nerviosas pélvicas como espina bífida, mielodisplasia, etc.
- d) **Otros Factores:** La obesidad, las neuropatías crónicas, un aumento de la presión intraabdominal, si han presentado histerectomía, inclusive ciertas alteraciones en el eje esqueleto axial, aquí se podrían incluir a mujeres que tienen constipación. . (Espinal-Rodriguez, Espinal-Madrid, Sabillón, & Mercy, 2016)

El tabaquismo de larga data produce enfermedades pulmonares entre ellas tos crónica, la tos va a provocar un aumento de la presión abdominal provocando prolapso genital. Cuando se relaciona a incontinencia urinaria la tos crónica por tabaquismo, produce daño del esfínter urinario; otra consecuencia es la irritación de la vejiga por las sustancias toxicas del tabaco. (López, 2018)

Cuando está asociado a incontinencia urinaria se debe realizar un manejo adecuado de ingesta de líquidos, evitando alcohol y la cafeína. En relación a la cafeína esta tiene un efecto diurético y también provoca irritación de la vejiga, el alcohol provoca una disminución del estado de conciencia provocando incontinencia urinaria. (Chiang, Valdevenito, & Mercado, 2018) (Busquets, 2017)

Una investigación realizada en una casa de salud de la ciudad de Cuenca sobre factores de riesgo relacionados a cistocele nos indica que la mediana de edad de las pacientes con cistocele fue de 46 años, también las pacientes multíparas tuvieron una  $p$  0,0025 relacionada a las pacientes con antecedentes de histerectomía, y las mujeres que tenían obesidad tuvo un porcentaje del 34,2 %. (Sarmiento, 2019)

### **2.2.6. Cuadro clínico**

El síntoma específico que pueden tener las pacientes que presentan cistocele es un bulto vaginal y conforme avanza la edad este síntoma se puede presentar como un cuerpo extraño en la vagina acompañado de presión pélvica y más común síntomas urinarios. El síntoma urinario que mayor porcentaje presenta es la incontinencia urinaria con un 86 %, seguida con disfunción miccional con un 62%, las pacientes que se encuentran con una vida sexual activa pueden presentar dispareunia e interferir en su vida sexual. (Gharib EL, 2018)

### **2.2.7. Diagnóstico**

La anamnesis y la exploración física son instrumentos que nos ayudan al diagnóstico del cistocele. Es así que la anamnesis debe incluir los antecedentes personales de la paciente como los factores asociados a la misma ya que estos nos ayudaran a dar un diagnóstico adecuado y su relación con otros síntomas como incontinencia urinaria y la dispareunia. El examen físico debe ir encaminado a la inspección de genitales externos y la exploración ginecológica para estudiar el grado de cistocele que presenta la paciente, con la ayuda de la maniobra de valsalva. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

Nos podemos ayudar con la ecografía transvaginal, la cual permite cuantificar el grado de cistocele que presenta la paciente, durante el procedimiento se solicita a la paciente que realice la maniobra de valsalva, siendo este un método no invasivo y de bajo costo que se ayuda para el diagnóstico de patologías de suelo pélvico. (Shek & Dietz, 2016)

La urodinamia es el estándar referencial en el diagnóstico de la incontinencia urinaria para poder clasificarla de acuerdo a la fisiopatología de la micción. Permite reproducir la sintomatología acompañante mientras se provoca la función vesicouretral para realizar la medición del almacenamiento y evacuación de la orina en búsqueda de la causa subyacente de los síntomas presentados. Este examen va a depender mucho de la experiencia del operador en el uso de los equipos. (Plata & Torres, 2014)

### **2.2.8. Tratamiento**

Según la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia el tratamiento va a ir encaminado en un tratamiento conservador o en un tratamiento quirúrgico dependiendo del grado de cistocele que presente la paciente. Tomando en cuenta ciertos factores como la sintomatología acompañante, la edad que presente, si es una paciente joven con deseo de embarazo, todo está encaminado a mejorar la calidad de vida de la paciente. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

#### **2.2.8.1. Tratamiento conservador:**

- Va a ir encaminada a disminuir los factores de riesgo que se asocian al cistocele, donde se debe promover un cambio al estilo de vida como el ejemplo de las pacientes con obesidad que luego de disminuir de peso podrían tener una mejoría de acuerdo al grado de cistocele que presentan.
- Se va a incluir la rehabilitación mediante ejercicios de la musculatura pélvica (Ejercicios de Kegel), tomando en cuenta que estos ejercicios van a ser útiles para

disminuir los síntomas acompañantes del cistocele. Se menciona que no existe evidencia que los ejercicios de suelo pélvico disminuyan el grado de afectación del prolapso y de igual forma la realización perioperatoria de ejercicios no mejoran los síntomas posteriores a la cirugía.

- Uso de pesario debe ir acompañada de uso de estrógenos tópicos, y una vigilancia adecuada posterior a su colocación por un profesional.
- Tras la colocación de un pesario se aconseja la utilización de estrógenos tópicos y antisépticos vaginales, además requiere vigilancia periódica.
- Tratamiento hormonal el uso de estrógenos vía tópica va a ir encaminada a disminuir los síntomas acompañantes de acuerdo a la edad de la paciente y síntomas existentes como dispareunia y resequedad vaginal. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

#### **2.2.8.2. Tratamiento quirúrgico:**

Va depender del grado de cistocele que presente la paciente, donde la colpografía anterior ha sido el estándar en el tratamiento quirúrgico de la cirugía reconstructiva pélvica.

**La colpografía anterior:** consiste en disminuir la protrusión de la vejiga y la pared anterior de la vagina al suturar las capas musculares y la adventicia vaginal que van a estar cubriendo la vejiga que va a estar protruida. (Gharib EL, 2018)

**Cirugía con malla para cistocele:** La SEGO menciona que en la actualidad no existe una indicación para usar malla en caso de presentar cistocele, pero se puede usar en caso de recidiva y cuando existe un prolapso. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020) La malla ha ayudado a tener menor recidiva de prolapsos anatómicos y ha ayudado a reducir la sensación de un bulto en comparación a la colpografía anterior. (Gharib EL, 2018)

**La cinta obturadora vaginal:** Puede ser asociada a la colpografía anterior para un manejo integral de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al cistocele teniendo una alta tasa de efectividad. (Gharib EL, 2018)

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, no experimental y de corte transversal, ya que nosotros usamos las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele atendidas en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba desde enero – diciembre 2019 para poder realizar una base de datos que nos permitió obtener resultados sólidos de las variables estudiadas; tomando en cuenta que este estudio se realizó con historias clínicas de un año pasado en un tiempo específico, basados en el análisis y síntesis de material bibliográfico como libros, artículos, revistas científica, etc., que permitió fundamentar científicamente el contenido de este estudio.

### **3.2. Área de estudio**

El presente estudio abarca mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele atendidas en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba, cuyas edades comprendían entre los 30 a 90 años, en el periodo enero – diciembre 2019.

### **3.3. Población de estudio**

El estudio de investigación estuvo comprendido de 107 pacientes, que fueron diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cistocele en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, en el periodo enero – diciembre 2019.

### **3.4. Criterios de inclusión**

- ✓ Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y cistocele.
- ✓ Pacientes con edades entre 31 a 90 años de edad.
- ✓ Pacientes atendidas entre enero – diciembre 2019

### **3.5. Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes que no tengan incontinencia urinaria de esfuerzo

- ✓ Pacientes que no tengan diagnóstico de cistocele
- ✓ Pacientes que no se encuentren en el rango de edad establecido
- ✓ Pacientes en estado de gestación

### **3.6. Identificación de variables**

#### **3.6.1. Variable independiente**

- ✓ Incontinencia urinaria de esfuerzo
- ✓ Grado de Cistocele

#### **3.6.2. Variable dependiente**

- ✓ Características sociodemográficas: edad, etnia
- ✓ Antecedentes gineco-obstétricos: paridad, histerectomía
- ✓ Obesidad
- ✓ Estreñimiento
- ✓ Actividad Física

### 3.7. Operacionalicen de variables:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	INDICADOR
Edad	Cuantitativa	Número de años cumplidos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 31 a 35 años</li> <li>2. 36 a 40 años</li> <li>3. 41 a 45 años</li> <li>4. 46 a 50 años</li> <li>5. 51 a 55 años</li> <li>6. 56 a 60 años</li> <li>7. 61 a 65 años</li> <li>8. 66 a 70 años</li> <li>9. 71 a 75 años</li> <li>10. 76 a 80 años</li> <li>11. 81 a 85 años</li> <li>12. 86 a 90 años</li> </ol>	Distribución de Pacientes de acuerdo al grupo etario  $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con edad } X}{\text{Total de pacientes}} \times 100$
Etnia	Cualitativa	Conjunto de personas que comparten diferentes características demográficas y sociales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indígena</li> <li>2. Mestiza</li> <li>3. Blanca</li> <li>4. Otros</li> </ol>	Distribución de pacientes por etnia  $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con etnia } X}{\text{Total de pacientes}} \times 100$
Paridad	Cualitativa	Número de partos de una paciente tomando en cuenta: Primípara: cuando la paciente ha tenido un solo parto Multípara: ha tenido más de un parto y menos de 5 partos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primípara</li> <li>2. Multípara</li> <li>3. Gran Multípara</li> </ol>	Distribución de pacientes de acuerdo a paridad  $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según paridad}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$

		Gran multípara: ha tenido más de 5 partos		
Histerectomía	Cualitativa	Se define como la resección quirúrgica del útero.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>Porcentaje de pacientes que tuvieron histerectomía</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con histerectomía}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes sin histerectomía}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$
Obesidad	Cuantitativa	Es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, para clasificarla se va a usar el Índice de Masa Corporal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normal</li> <li>2. Sobrepeso</li> <li>3. Obesidad Grado I</li> <li>4. Obesidad Grado II</li> <li>5. Obesidad Grado III</li> </ol>	<p>Porcentaje de pacientes con obesidad</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con obesidad grado } X}{\text{Total de pacientes}} \times 100$
Grado de Cistocele	Cualitativa	Cistocele es la protrusión de la pared anterior de la vagina lo que ocasiona descenso de la vejiga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grado I</li> <li>2. Grado II</li> <li>3. Grado III</li> <li>4. Grado IV</li> </ol>	<p>Porcentaje de pacientes con cistocele</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con Cistocele Grado } X}{\text{Total de pacientes}} \times 100$
Presenta Estreñimiento	Cualitativa	Disminución del número y frecuencia de deposiciones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>Porcentaje de pacientes con estreñimiento</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con estreñimiento}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes sin estreñimiento}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$
Actividad Física	Cualitativa	Son aquellas actividades en las que	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>Porcentaje de pacientes que realizan actividad física</p>

		se necesita movimientos corporales donde se trabaja los musculo y exige la necesidad de energía corporal.		$\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes que realiza actividad física}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes que no realiza actividad física}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$
--	--	---	--	--



### **3.8. Método de estudio**

Para la presente investigación se usó el método empírico y el método teórico

**Método empírico:** Permite la observación y obtención de información de las historias clínicas del sistema AS 400 de pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cistocele

**Método teórico:** Consiste en analizar y sintetizar la información obtenida previamente para llegar a obtener los resultados de la investigación

### **3.9. Técnica de recolección de datos**

La información se obtuvo mediante la realización de una matriz donde se recopiló toda la información requerida basada en las variables estadísticas que se estudiaron, tomando en cuenta que las pacientes se encuentren dentro de los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Nos sirvió de referencia el periodo finito establecido para la investigación donde se pudo recopilar la información requerida

### **3.10. Procesamiento estadístico**

Para realizar el procesamiento de los datos estadísticos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2019, donde se realizó una base de datos para poder procesar los diferentes datos obtenidos de las historias clínicas. Una vez obtenida la información en la base de datos se utilizó herramientas como tablas y gráficos estadísticos de las variables que se usaron en la investigación

Para el procesamiento de la información se usaron fórmulas lógicas de Excel, que facilitaron obtener datos exactos, como el índice de masa corporal donde se calculó con una fórmula lógica y se usó la función SI para saber el grado de obesidad que presentan las pacientes.

Teniendo ya los valores porcentuales se realizó el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos de cada variable analizada para poder llegar a la discusión de los resultados realizando una comparativa con investigaciones que se relacionen a cada variable

### **3.11. Consideraciones éticas**

Para realizar el presente proyecto de investigación, mediante la firma de un acuerdo de confidencialidad, se autorizó utilizar los datos de las historias clínicas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, donde se respetó la privacidad de los datos de cada paciente y bajo ninguna circunstancia se divulgará la información de cada historia clínica. El uso exclusivo de información solo será para fines investigativos basados en los reglamentos de la casa de salud mencionada.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1.** Distribución de la población según edad

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>31-35</b>	3	2,80 %
<b>36-40</b>	12	11,21 %
<b>41-45</b>	12	11,21 %
<b>46-50</b>	19	17,76 %
<b>51-55</b>	16	14,95 %
<b>56-60</b>	12	11,21 %
<b>61-65</b>	9	8,41 %
<b>66-70</b>	8	7,48 %
<b>71-75</b>	5	4,67 %
<b>76-80</b>	4	3,74 %
<b>81-85</b>	3	2,80 %
<b>86-90</b>	4	3,74 %
<b>TOTAL</b>	107	100 %

**FUENTE:** Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba periodo enero – diciembre 2019.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

#### **Análisis y discusión**

De acuerdo a la distribución de las pacientes por su edad el mayor porcentaje es de 17, 76% que corresponde a las edades comprendidas entre 46 a 50 años, esta seguida por el 14, 95% que corresponde al rango etario de 51 a 55 años, el 11,21% está comprendido por el rango de edad de 36 a 40 años, 41 a 45 años y 56 a 60 años, el 8,41% corresponde a la edad entre el rango 61 a 65 años, el porcentaje 7,48% corresponde al rango de edad entre 66 a 70 años, el 4,67% corresponde a edad comprendida entre 71 a 75 años, el 3,74% corresponde a edades entre 76 a 80 años y 86 a 90 años, el menor porcentaje de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo fue de 2,80% que abarco edades entre 31 a 35 años y 81 a 85 años. (Ver anexos en gráfico 1)

Según Téller-Díaz y sus colaboradores en el estudio sobre incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres mencionan que las mujeres entre 45 y 49 años tienen una incidencia elevada de

padecerla. (Téllez-Díaz et al., 2017) Es así que se contrasta con nuestro estudio ya que los datos obtenidos muestran en mayor porcentaje a las pacientes con un rango de edad similar.

**Tabla 2.** Distribución de la población según su etnia

<b>ETNIA</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MESTIZA</b>	97	90,65 %
<b>INDIGENA</b>	6	5,61 %
<b>BLANCA</b>	4	3,74 %
<b>OTROS</b>	0	0,00 %
<b>TOTAL</b>	107	100 %

**FUENTE:** Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba periodo enero – diciembre 2019.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

### **Análisis y discusión**

En relación a las 107 pacientes del estudio de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele en el periodo enero – diciembre 2019, el 90,65% de pacientes se consideran mestizas, el 5,61% se considera indígena, el menor porcentaje de la población de estudio fue de etnia blanca correspondiendo al 3,74%. (Ver anexos en gráfico 2)

En un estudio sobre incontinencia urinaria en mujeres realizado en Imbabura se tiene un porcentaje alto de mujeres mestizas con 64,5 % y en un menor porcentaje a las mujeres indígenas con 32,2% (Chiliquinga, 2020), estos resultados están relacionado con nuestro estudio que tuvo un porcentaje alto de mujeres mestizas y un porcentaje menor de mujeres indígenas.

**Tabla 3.** Distribución de la población según paridad

<b>PARIDAD</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PRIMIPARA</b>	30	28,04 %
<b>MULTIPARA</b>	69	64,49 %
<b>GRAN MULTIPARA</b>	8	7,48 %
<b>TOTAL</b>	107	100 %

**FUENTE:** Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba periodo enero – diciembre 2019.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

## **Análisis y discusión**

De las 107 pacientes de la población de estudio con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele en el periodo enero – diciembre 2019, en relación a la paridad, las mujeres multíparas tuvieron el mayor porcentaje equivalente a 64,49%, seguida de las primíparas con 28,04% y el menor porcentaje fue de las gran multíparas con un porcentaje de 7,48%. (Ver anexos en gráfico 3)

En un estudio español de incontinencia urinaria en mujeres que abarco 364 pacientes se obtuvo los siguientes resultados en relación a la paridad: Primíparas 60 %, Multíparas 29,7 %, Gran Multíparas 7,1 % (Gavira Pavón. et al., 2014), es así que nuestro estudio no se correlaciona con el estudio mencionado ya que se obtuvo un mayor porcentaje en mujeres multíparas, pero se obtuvo un porcentaje casi similar en mujeres gran multíparas

**Tabla 4.** Distribución de la población según histerectomía previa

<b>HISTERECTOMIA PREVIA</b>	<b>Nº DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	36	33,64 %
<b>NO</b>	71	66,36 %
<b>TOTAL</b>	107	100 %

**FUENTE:** Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba periodo enero – diciembre 2019.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

## **Análisis y discusión**

De la población total de mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad social Riobamba en el periodo enero – diciembre 2019, el 66,36% no tuvo histerectomía previa, en las pacientes con histerectomía previa el porcentaje fue de 33,64%. (Ver anexos en gráfico 4)

En un estudio de 234 pacientes que fueron histerectomizadas, el 22% desarrollo incontinencia urinaria de esfuerzo al paso de los años. (Lakeman, et al., 2011) Entre las variables estudiadas en las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, la histerectomía es un factor de riesgo que tiene un porcentaje disminuido y está acorde al estudio antes

mencionado donde ambas poblaciones tienen un reducido porcentaje de pacientes histerectomizadas.

**Tabla 5.** Distribución de la población según grado de obesidad

<b>GRADO DE OBESIDAD</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NORMAL</b>	12	11,21 %
<b>SOBREPESO</b>	36	33,64 %
<b>OBESIDAD GRADO I</b>	40	37,38 %
<b>OBESIDAD GRADO II</b>	14	13,08 %
<b>OBESIDAD GRADO III</b>	5	4,67 %
<b>TOTAL</b>	107	100 %

**FUENTE:** Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba periodo enero – diciembre 2019.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

### **Análisis y discusión**

Los resultados en relación al grado de obesidad de las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad social Riobamba en el periodo enero – diciembre 2019, el 37,38% tuvo obesidad grado I, 33,64% tuvo sobrepeso, 13,08% presento obesidad grado II, el 11,21% presento un peso normal, el menor porcentaje tuvo obesidad grado III correspondiendo al 4,67%. (Ver anexos en gráfico 5)

Según un estudio publicado en el año 2019 por la Revista Cubana de Medicina General Integral la obesidad 60 % abarco el mayor porcentaje de la población de estudio, en segundo lugar, estuvo el sobrepeso 25 %, y un porcentaje menor de peso normal con 15 %. (Chang, et al., 2019) El estudio mencionado tiene resultados similares a los de nuestro estudio ya que el mayor porcentaje de pacientes tienen algún grado de obesidad, seguida por el sobrepeso y un menor porcentaje tienen un peso adecuado de acuerdo al índice de masa corporal.

**Tabla 6.** Distribución de la población según grado de cistocele

<b>GRADO DE CISTOCELE</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>GRADO I</b>	45	42,06 %

<b>GRADO II</b>	40	37,38 %
<b>GRADO III</b>	22	20,56 %
<b>GRADO IV</b>	0	0,00 %
<b>TOTAL</b>	107	100,00 %

**FUENTE:** Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba periodo enero – diciembre 2019.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

### **Análisis y discusión**

De la población de 107 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad social Riobamba en el periodo enero – diciembre 2019, el mayor porcentaje fue el cistocele grado I con 42,06%, seguida por el cistocele grado II con 37,38% correspondiente, en menor porcentaje se tuvo al cistocele grado III con 20,56%. (Ver anexos en gráfico 6)

Según un estudio sobre prolapso de órganos pélvicos en la etiología de la incontinencia urinaria en mujeres, obtuvo como resultado que el mayor porcentaje le corresponde al cistocele grado I y en menor porcentaje el cistocele grado III y grado IV respectivamente. (Zargham, et al., 2013) Estrechamente en relación a nuestro estudio ya que se obtuvo un porcentaje alto de cistocele grado I y un porcentaje bajo de cistocele grado III.

**Tabla 7.** Distribución de la población según antecedente de estreñimiento

<b>ESTREÑIMIENTO</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	68	63,55 %
<b>NO</b>	39	36,45 %
<b>TOTAL</b>	107	100 %

**FUENTE:** Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba periodo enero – diciembre 2019.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

### **Análisis y discusión**

En relación a las 107 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad social

Riobamba en el periodo enero – diciembre 2019, se pudo evidenciar un porcentaje de 63,55% de pacientes que presentaron estreñimiento, y el 36,45% no presentaron estreñimiento. (Ver anexos en gráfico 7)

Según un estudio realizado por Marín y Fonseca concluyen que el estreñimiento es uno del factor de riesgo principal de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres que puede llegar a triplicar la posibilidad de padecer esta patología. (Camila & Fonseca, 2019) Contrastándose con nuestro estudio que tiene un porcentaje alto de pacientes que padecen estreñimiento.

**Tabla 8.** Distribución de la población según la realización de actividad física

<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<b>Nº DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	28	26,17 %
<b>NO</b>	79	73,83 %
<b>TOTAL</b>	107	100 %

**FUENTE:** Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba periodo enero – diciembre 2019.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

### **Análisis y discusión**

Como resultado del presente estudio en la población de estudio con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad social Riobamba en el periodo enero – diciembre 2019, el 73,83% no realizaban actividad física, mientras que el 26,17% en la historia clínica se detallaba que realizaban actividad física. (Ver anexos en gráfico 8)

En un artículo de revisión bibliográfica publicado en la Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación menciona que la actividad física es un factor importante para la incontinencia urinaria ya que al realizar actividad física va a existir un aumento en la presión intraabdominal y puede ser evidenciado en mujeres jóvenes que realizan actividad física extrema. (Castañeda, et al., 2016). A pesar de lo mencionado en nuestro estudio se tiene en mejor porcentaje a las pacientes que realizan actividad física.



## CONCLUSIONES

- Del estudio se pudo concluir que, de todas las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, el cistocele grado I se presentó en mayor porcentaje en la población, seguida del cistocele grado II, en menor porcentaje el cistocele grado III, y no se encontró pacientes que tengan cistocele grado IV.
- Según los resultados de la investigación en relación a los factores de riesgo de las pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo y que tienen algún grado de cistocele, en relación a la edad las pacientes con 46 a 50 años son el rango etario con mayor porcentaje, en relación a la histerectomía previa no hubo un porcentaje elevado de pacientes, una de las variables que tuvo un porcentaje alto fue las pacientes con antecedente de estreñimiento y pocas pacientes realizan actividad física.
- Dentro de la población de estudio las multíparas son las pacientes más propensas a padecer incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele, en segundo lugar, se pudo observar que están las pacientes primíparas y en tercer lugar las gran multíparas.
- De acuerdo a los datos obtenidos, en las pacientes atendidas en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba, se pudo concluir que la obesidad grado I tuvo un porcentaje de 37,38% siendo el más alto en comparación al resto de grados de obesidad que presentó la población de estudio en el periodo enero - diciembre 2019 con un porcentaje de 37,38% de pacientes.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un adecuado examen físico ginecológico de las pacientes que vengan con sospecha o diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y cistocele para poder brindar un tratamiento óptimo.
- El personal médico al realizar la primera entrevista debería identificar los principales factores de riesgo de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo para que todos estos factores no agraven el cuadro y así mejorar su calidad de vida.
- Reconocer la población propensa a padecer incontinencia urinaria de esfuerzo con algún grado de cistocele como las pacientes multíparas, para brindarles ayuda oportuna.
- Realizar programas de información a la población en general y las pacientes con algún grado de obesidad sobre incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Crear una guía de manejo de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a algún grado de cistocele que sirvan de ayuda para el personal de salud.
- Realizar, urodinamia, a todas las pacientes que requieran para diagnosticar adecuadamente y determinar el mejor tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abreu, Y., & Martín, J. (2016). *Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica*. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación.
2. ACOG. (2019). Pelvic Organ Prolapse. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists*, 126 - 142.
3. Aoki, et al. (2017). Incontinencia Urinaria en mujeres. *Nature Reviews Disease Primers*, 1 - 20. doi:10.1038 / nrdp.2017.42
4. Busquets, M. (2017). *DISFUNCIONES PELVIANAS: Prolapso genital Incontinencia de orina*. Santiago de Chile: Universidad de los andes.
5. Camila, M., & Fonseca, M. (2019). Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres deportista nulíparas. *Pensar en Movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 1 - 20.
6. Castañeda, et al. (2016). Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 88 - 98 .
7. Cavezas, A. (2018). *Factores de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes de 40 a 60 años de edad atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2016- 2017*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11413/1/T-UCSG-PRE-MED-726.pdf>
8. Chang, et al. (2019). Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35 (1)e 785.
9. Chiang, H., Valdevenito, R., & Mercado, A. (2018). Urinary incontinence in elderly adults. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 232 - 241.
10. Chiliquinga, P. (2020). *INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10125/2/06%20TEF%20279%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

11. Cohen, D. (2013). *Prolapso genital femenino: lo que debería saber*. Revista Médica Clínica Las Condes.
12. Descouvieres, C. (2015). Piso Pélvico Femenino. *Revista Chilena de Urología*, 11 - 17.
13. Espinal-Rodriguez, J., Espinal-Madrid, J., Sabillón, E., & Mercy, B. (2016). Prolapso de cúpula vaginal y su corrección. Caso Clínico y Revisión Literaria. *Revista Medica de Honduras*, 41 - 44.
14. Espitia, F. (2017). EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA. *DUAZARY: REVISTA INTERNACIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD*, 197 - 203.
15. Gavira Pavón. et al. (2014). Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Atención Primaria*, 100 - 108.
16. Gharib EL. (2018). *Central and Lateral Cystocele*. Scientific Journal of Research & Reviews. doi:10.33552/SJRR.2018.01.00050
17. Gómez, A. (2010). Menopausia. Salud genitourinaria. *Offarm*, 29, 60-66.
18. Hoffman, et al. (2016). *Williams Gynecology* (3 ed.). McGraw-Hill Education / Medical.
19. Iglesia, & Smithling. (2017). *elvic Organ Prolapse*. *Am Fam Physician*. Washington, District of Columbia: Georgetown University School of Medicine.
20. JUNQUEIRA. (2017). INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES HOSPITALARIOS: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. *REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM*, 25:e2970.
21. Lakeman, et al. (2011). Predicting the development of stress urinary incontinence 3 years after hysterectomy. *International Urogynecology Journal*, 1179 - 1184.
22. Lamblin, G., Delorme, E., Cosson, M., & Rubod, C. (2015). Cystocele and functional anatomy of the pelvic floor: review and update of the various theories. *The International Urogynecological Association*. doi:10.1007/s00192-015-2832-4

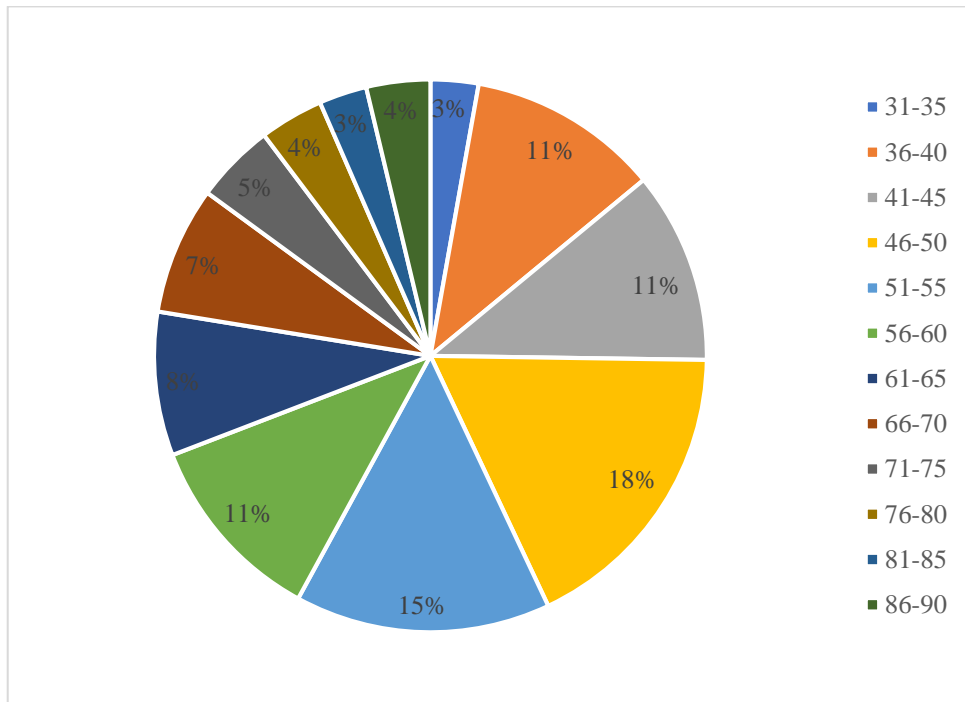
23. Lara, A. (2017). Presencia de incontinencia urinaria y su influencia en la calidad de vida en mujeres en el postparto que acuden al Centro de Salud Centro Histórico de la Ciudad de Quito en el período abril – julio del 2017. *Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13288/1/T-UCE-0020-001-2017.pdf>
24. Leirós-Rodríguez, & Romo-Pérez. (2017). Prevalencia de la incontinencia urinaria y su relación con el sedentarismo en España. *Actas Urológicas Españolas*, 624 - 630.
25. León, K. (2016). INCONTIENCIA URINARIA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII* , 247 - 253.
26. López, C. (19 de Diciembre de 2018). *Tabaco y obesidad: los grandes causantes de la incontinencia urinaria*. Obtenido de <https://www.cristoballopezlopez.com/tabaco-y-obesidad-los-grandes-causantes-de-la-incontinencia-urinaria/#:~:text=El%20fumar%20provoca%20un%20alto,hecho%20acaban%20irritaci%C3%B3n%20la%20vejiga>.
27. Martín, C., & Carnero, M. (2020). Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid . *Revista Electrónica trimestral de Enfermería: Enfermería Global*, 390 - 401.
28. Pazmiño, M., Esparza, D., & Ayala, L. Q. (2019). PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE 45-65 AÑOS DEL HOSPITAL PADRE CAROLLO. *MEDICIENCIAS UTA*, 69-78.
29. Pilataxi, H., & Lara, R. (2017). *COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS UTILIZADAS PARA LA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO GENITAL FEMENINO CON MALLAS SINTÉTICAS VAGINALES VERSUS CIRUGÍA VAGINAL CONVENCIONAL (SITIO ESPECIFICO Y COLPORRAFIA) EN PACIENTES INTERVENIDAS EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO* . Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
30. Plata, M., & Torres, L. (2014). El estudio urodinámico. *Revista Urología Colombiana*, 128-139.
31. Sarmiento, B. (2019). *Prevalencia y factores asociados a prolapso genital, en mujeres entre 35 –60 años, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, 2017*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31949/1/Tesis.pdf>

32. Shek, & Dietz. (2016). Assessment of pelvic organ prolapse: a review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*.
33. Silva, J. (2016). *CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO EN LA "UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR" EN EL PERIODO 2009-2015*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12401/TESIS%20DE%20GRADO%20%28CARACTER%20C3%28DSTICAS%20EPIDEMIOL%20C3%293GICAS%20DE%20LAS%20PACIENTES%20DIAGNOSTICADAS%20DE%20PROLAPSO%20DE%20C3%293R.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2019). Diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 79 - 91.
35. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Prolapso de los órganos pélvicos. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 54 - 59. doi:10.20960/j.pog.00262
36. Téllez-Díaz et al. (2017). Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. *Revista Mexicana de Urología*, 411 - 418.
37. Vallejos, Guzman, Valdevenito, Fasce, & Manríquez, C. N. (2019). Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecología*, 158-165.
38. Vitale, S., La Rosa, V., & Chiara, A. (2017). The Importance of a Multidisciplinary Approach for Women with Pelvic Organ Prolapse and Cystocele. *Oman Medical Journal*, 32, 263 - 264.
39. Weintraub, A., Gliner, H., & Marcus-Braun, N. (2020). Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *International braz j urol*, 5 - 14.
40. Zargham, et al. (2013). El papel del prolapso de órganos pélvicos en la etiología de la incontinencia urinaria en mujeres. *Advanced Biomedical Research*, 2:22.

## ANEXOS

### Anexo 1. Gráficos estadísticos

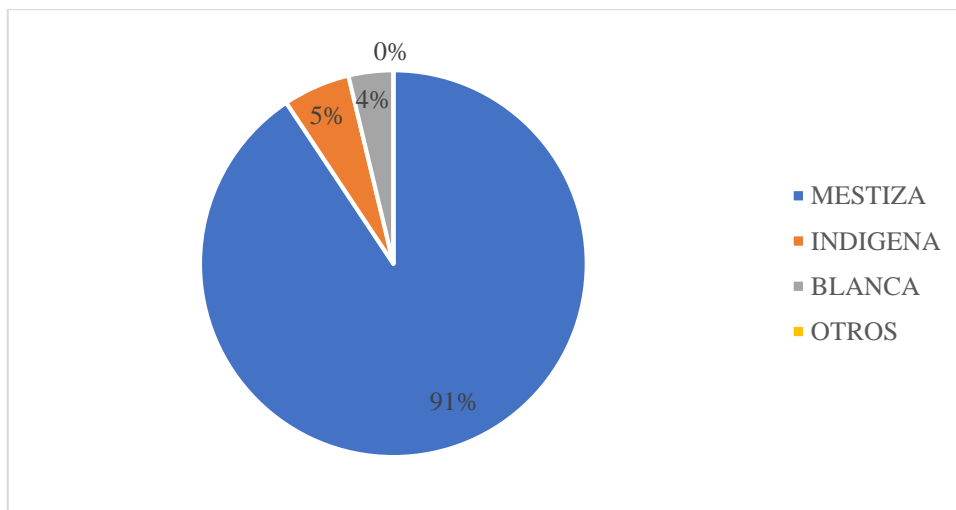
**Gráfico 1.** Distribución de la población según edad



**FUENTE:** Tabla 1.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

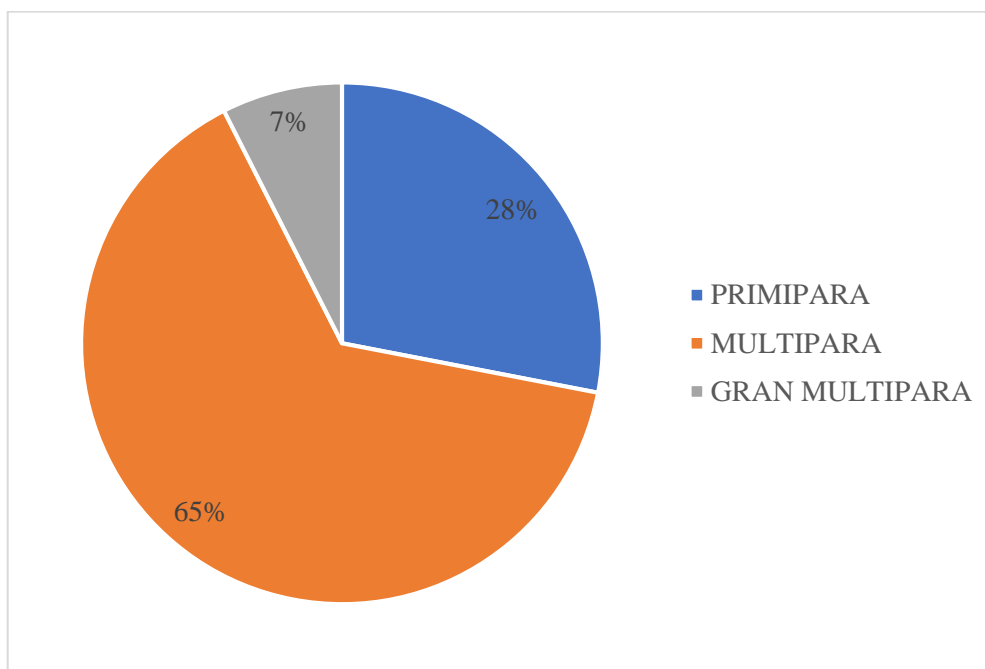
**Gráfico 2.** Distribución de la población según su etnia



**FUENTE:** Tabla 2.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

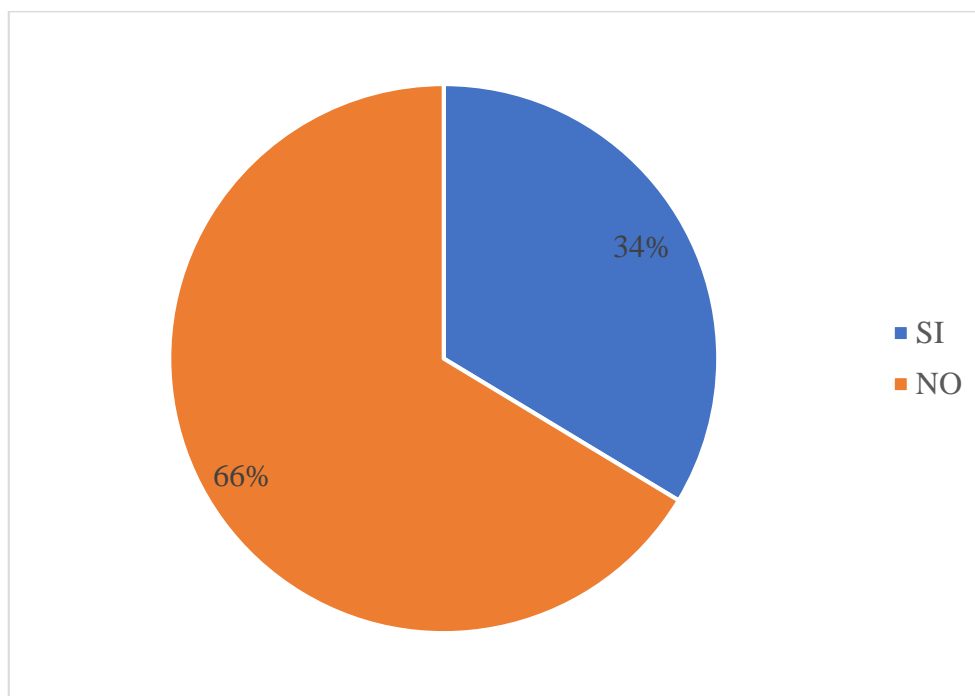
**Gráfico 3.** Distribución de la población según paridad



**FUENTE:** Tabla 3.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

**Gráfico 4.** Distribución de la población según histerectomía previa

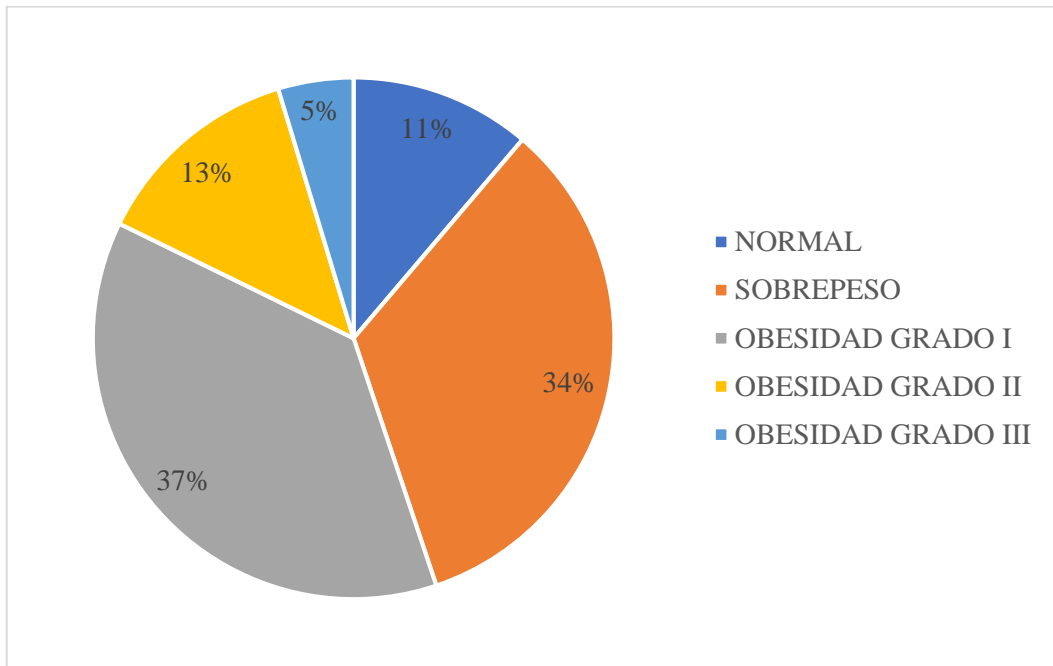


**FUENTE:** Tabla 4.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.



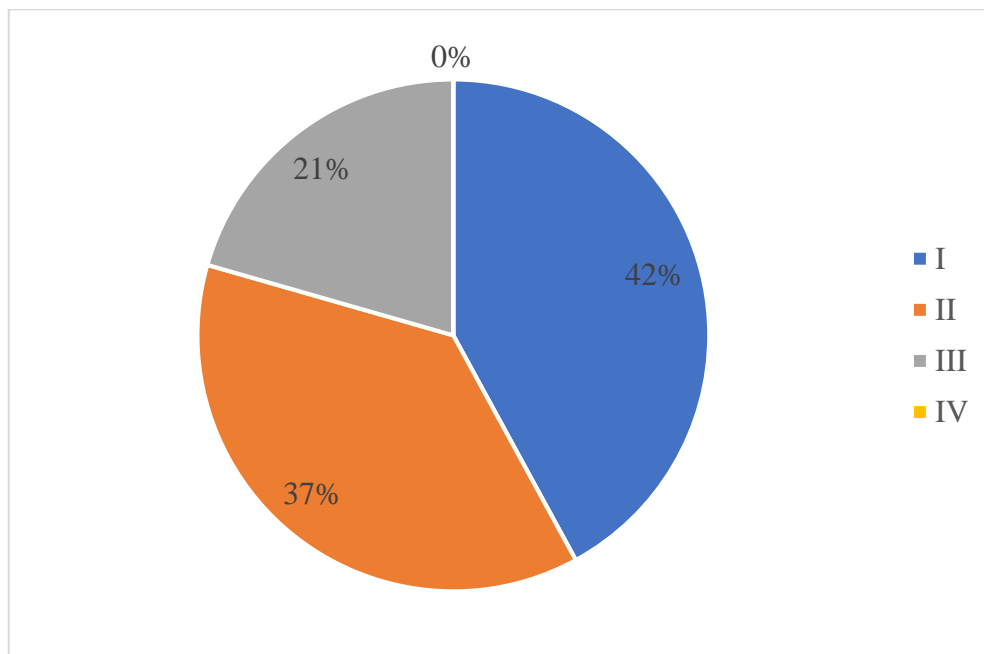
**Gráfico 5.** Distribución de la población según grado de obesidad



**FUENTE:** Tabla 5.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

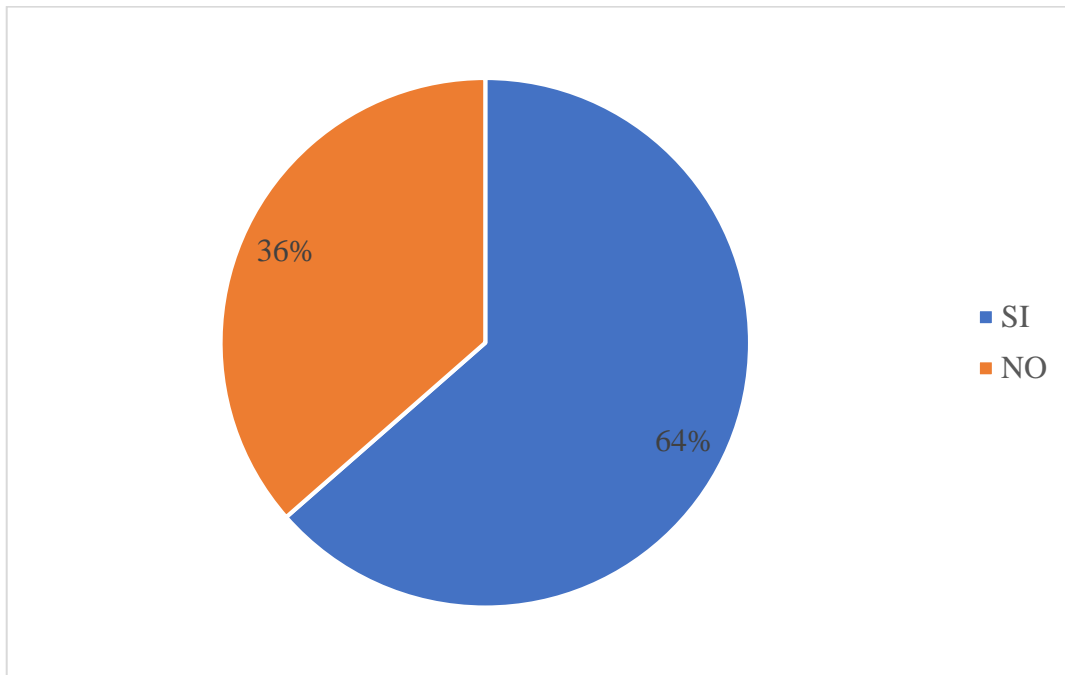
**Gráfico 6.** Distribución de la población según grado de cistocele



**FUENTE:** Tabla 6.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

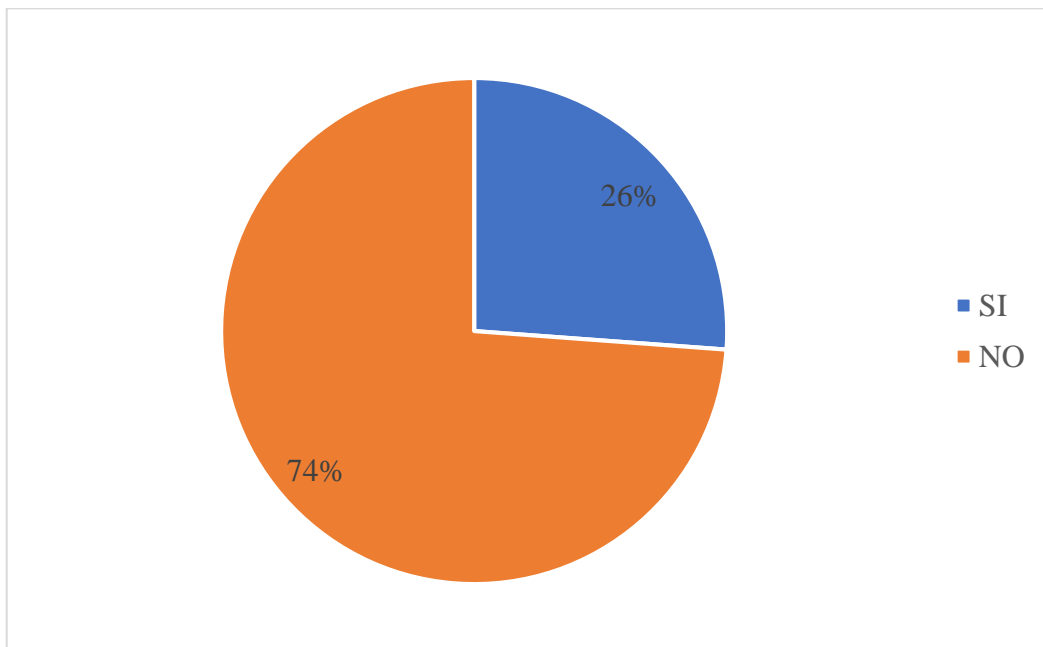
**Gráfico 7.** Distribución de la población según antecedente de estreñimiento



**FUENTE:** Tabla 7.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.

**Gráfico 8.** Distribución de la población según la realización de actividad física



**FUENTE:** Tabla 8.

**ELABORADO POR:** Toapanta David.