

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**Instituto Nacional de Perinatología
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

**Cuestionario PISQ-12 para valorar la función
sexual en las pacientes con patología
uroginecológica antes y después de cirugía
vaginal en el INPerIER**

Tesis

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN UROGINECOLOGÍA

PRESENTA

DRA. EDITH VERÓNICA FLORES RUEDA

DRA. SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO

PROFESOR TITULAR DE LA CLÍNICA DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA

DRA. LAURA ESCOBAR DEL BARCO

DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ

MEDICO ASCRITO DEL SERVICIO DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA

México D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorización de tesis

DR. ENRÍQUE ALONSO GÓMEZ SÁNCHEZ

Director de Enseñanza

DRA. SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO

Profesor titular de la clínica de Urología Ginecológica

DRA. LAURA ESCOBAR DEL BARCO

Médico Adscrito de la clínica de Urología Ginecológica

DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ

Médico Adscrito de la clínica de Urología Ginecológica

AGRADECIMIENTOS

A Rodrigo por ser el compañero perfecto en mis aventuras.

A Andrés por enseñarme que el mundo se descubre todos los días.

A mi papá por la fe ciega, a mi mamá por la ayuda incondicional, a mi hermana por el amor sin límite.

A Cristina por las horas de terapia gratis y la amistad a prueba de balas.

A mis amigos Marta, Mayra, Heriberto, Pepe y Ana por convertir hasta el día más difícil en una fiesta.

A la Dra. Laura Escobar, la Dra. Viridiana Gorbea y el Dr. Carlos Ramírez porque cuando se les acabó la paciencia sacaron un costal lleno solo para mi.

A la Dra. Silvia Rodríguez por brindarme su confianza y apoyo, por ser maestra, consejera y principalmente por ser el ejemplo perfecto de que esta profesión se debe ejercer con responsabilidad, pasión y entrega.

| INDICE | |
|--|----|
| 1.- Agradecimientos | 5 |
| 2.- Resumen | 6 |
| 3.- Planteamiento del problema | 8 |
| 4.- Introducción | 9 |
| 5.- Anatomía e inervación del tracto genital femenino que intervienen en la respuesta sexual | 10 |
| 6.- Respuesta sexual | 12 |
| • Excitación | 12 |
| • Meseta | 13 |
| • Orgasmo | 13 |
| • Resolución | 14 |
| 7.- Disfunción sexual femenina después de la cirugía vaginal | 16 |
| 8.- Cuestionario sobre la función sexual para el prolapso de órganos pélvicos /incontinencia urinaria (PISQ-12) | 20 |
| 9.- Justificación | 22 |
| 10.- Objetivo | 23 |
| 11.- Hipótesis | 24 |
| 12.- Diseño del estudio | 25 |
| 13.- Metodología | 26 |
| • Lugar y duración | 26 |
| • Universo | 26 |
| • Unidades de observación | 26 |
| • Método de muestreo | 26 |
| • Tamaño de la muestra | 26 |
| 14.- Criterios de Inclusión y exclusión | 28 |
| • Criterios de inclusión | 28 |
| • Criterios de exclusión | 28 |
| • Criterios de no inclusión | 28 |
| • Criterios de eliminación | 28 |
| 15.- Variables | 29 |
| • Variables confusoras | 35 |
| 16.- Plan de análisis | 37 |
| 17.- Carta de consentimiento informado | 38 |
| 18.- Cuestionario sobre la función sexual para el prolapso de órganos pélvicos/ incontinencia urinaria (PISQ-12) | 40 |
| 19.- Bibliografía | 43 |

RESUMEN

Todo desorden somático tendrá un efecto psicoanalítico. El desorden ginecológico que se aprecia a la exploración física en una paciente puede ser la base principal de una alteración sexual. Para lograr la corrección orgánica, el tratamiento debe encaminarse a restaurar la imagen que tiene de sí misma, que aunque es inevitablemente subjetiva, es lo que la mujer utiliza para construir su autoestima (6).

El siguiente estudio tiene el objetivo de valorar el impacto que tiene la patología uroginecológica (específicamente la incontinencia urinaria de esfuerzo y el prolapso de órganos pélvicos) sobre la función sexual de las mujeres, así como también registrar si se presenta mejoría posterior al tratamiento quirúrgico vaginal. No existen estudios en el Instituto Nacional de Perinatología que indiquen la función sexual de las pacientes antes y después de ser sometidas a una cirugía vaginal.

Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos presentan más inactividad sexual y dispareunia (18). En general, la función sexual suele mejorar después de realizar una cirugía vaginal para incontinencia urinaria de esfuerzo debido a la mejoría emocional y física que trae consigo el cese de la pérdida de orina. Por otro lado, pueden ocurrir factores como fibrosis, estenosis, daño neuronal o vascular en la pared anterior de la vagina o región clitorídea que causen desorden de dolor sexual y a su vez desórdenes en la excitación y el orgasmo.

El cuestionario que utilizaremos en el presente estudio como herramienta para evaluar la función sexual es la forma corta del cuestionario sobre la Función Sexual para el Prolapso de Órganos Pélvicos/ Incontinencia Urinaria (PISQ-12) en español, autoaplicable. Se realizará a las pacientes antes de la cirugía, a los 6 meses y al año posterior a la cirugía vaginal.

La función sexual es el problema menos investigado en la calidad de vida de las pacientes uroginecológicas. La aplicación del cuestionario PISQ-12 nos permitirá valorar la respuesta sexual de nuestra población de estudio antes y después de la cirugía vaginal y al mismo tiempo conoceremos el impacto que produce la disfunción sexual en su calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La proximidad anatómica de vejiga y uretra al canal vaginal permite una asociación entre la patología del tracto urinario y la Disfunción Sexual (DS). Los efectos y las causas pueden ser bidireccionales y así la actividad sexual puede causar o agravar los problemas urinarios que pueden relacionarse con la disfunción sexual (1).

Existen reportes que indican que 52% de la población del INPer padece una o más disfunciones sexuales, con un promedio de 2.25 disfunciones por mujer (2). En EUA se ha reportado una prevalencia de DS hasta 50% (3). Cerca de 26% de las mujeres que se han sometido a cirugía vaginal por incontinencia urinaria de estrés han reportado que su vida sexual ha empeorado, aunque no precisamente por la presencia de dispareunia (4).

No existen estudios en el Instituto Nacional de Perinatología que indiquen la función sexual de las pacientes antes y después de ser sometidas a una cirugía vaginal. Por lo planteado anteriormente, este estudio nos permitirá conocer la calidad de vida de nuestras pacientes después de la cirugía vaginal en lo que respecta a la función sexual y al mismo tiempo nos permitirá establecer un precedente en la aplicación del cuestionario PISQ-12 diseñado específicamente para valorar la función sexual en pacientes uroginecológicas.

MARCO TEORICO

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, porque viene influenciada por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata, en efecto, de una perspectiva que emerge tanto de experiencias personales y privadas como de causas públicas y sociales. No se puede comprender la sexualidad humana sin reconocer de antemano su índole pluridimensional (5). La sexualidad debe ser estudiada desde una perspectiva biológica, psicosocial, conductual, clínica y cultural.

En lo referente al placer sexual, el auto-descubrimiento es un proceso gradual a través del cual el individuo madura para aceptarse. La función erótica debe entonces ser vista como un potencial humano en lugar de una función biológica natural. La noción del placer se encuentra con nosotros desde el nacimiento. El mejor ejemplo es la sexualidad femenina. La erotización y el descubrimiento de su potencial para el placer se lleva a cabo gradualmente a través del desarrollo y madurez de su cuerpo, gracias a su inteligencia y a su capacidad para aceptar la riqueza de su imaginación y percepción sensorial.

Sin embargo, esta madurez sensorial y erótica no puede aislarse del cuerpo biológico, por lo que la idea de que los problemas sexuales son puramente psicoanalíticos o puramente mecánicos es demasiado simplista. Todo desorden somático tendrá un efecto psicoanalítico. El desorden ginecológico que se aprecia a la exploración física en una paciente puede ser la base principal de una alteración sexual. Para lograr la corrección orgánica, el tratamiento debe encaminarse a restaurar la imagen que tiene de sí misma, que

aunque es inevitablemente subjetiva es lo que la mujer utiliza para construir su autoestima (6).

El siguiente estudio tiene el objetivo de valorar el impacto que tiene la patología uroginecológica (específicamente la incontinencia urinaria de esfuerzo y el prolapso de órganos pélvicos) sobre la función sexual de las mujeres, así como registrar si se presenta mejoría posterior al tratamiento quirúrgico vaginal, mismo que tiene la intención no sólo de mejorar la patología orgánica, sino también de hacer un cambio significativo en la calidad de vida de nuestras pacientes. Para poder comprender mejor la relación que existe entre la patología uroginecológica y la disfunción sexual revisaremos brevemente la anatomía del tracto genital femenino y posteriormente la respuesta sexual.

ANATOMÍA E INERVACIÓN DEL TRACTO GENITAL FEMENINO QUE INTERVIENEN EN LA RESPUESTA SEXUAL

La vulva está constituida por labios mayores y menores, espacio interlabial y órganos eréctiles femeninos que incluyen el clítoris y los bulbos vestibulares. El clítoris se constituye de glánde y cuerpo. Los órganos pélvicos que se congestionan durante la relación sexual son el clítoris, los labios menores y los bulbos vestibulares. Los cambios vasculares que ocurren en estos órganos están mediados por nervios autonómicos. Una probable etiología de desórdenes de excitación es la denervación autonómica del tejido eréctil femenino, que pueden ocurrir de manera potencial durante una cirugía vaginal (7).

La inervación autonómica de la vagina proviene del nervio hipogástrico y el plexo sacro, originando los nervios uterovaginales

con fibras simpáticas y parasimpáticas, mientras que la inervación somática sensorial está dada por el nervio pudendo. La inervación del clítoris viene de fibras simpáticas (T1-L3) y parasimpáticas (S2-S4).

El piso pélvico da soporte a los órganos pélvicos y abdominales, mantiene la continencia de orina y heces, y permite las relaciones sexuales y el parto. Dentro de la musculatura del piso pélvico, el diafragma pélvico está formado por el músculo elevador del ano, el diafragma urogenital y la membrana perineal, misma que incluye el músculo isquiocavernoso, bulbocavernoso y transverso superficial del periné que tienen un rol crucial en la respuesta sexual; éstos pueden ser alterados durante la cirugía vaginal (1).

Durante la cirugía pélvica se deben realizar todos los esfuerzos para evitar la lesión del nervio somático intrapélvico que se origina del nervio pudendo y atraviesa el borde lateral de la uretra media hasta alcanzar la fascia endopélvica (8). El plexo del nervio autonómico ocupa cada lado anterolateral del recto a las 2 y a las 10, da ramas a la vagina a las 2 y a las 10 de las paredes anterolaterales de la vagina. Los nervios autonómicos pélvicos que inervan la vagina, uretra y vejiga son críticos para preservar la función sexual y la continencia urinaria, y pueden ser dañados durante la cirugía vaginal.

La anatomía vaginal (calibre del introito, longitud y atrofia vulvovaginal) no se ha correlacionado de manera significativa con la función sexual, en particular dispareunia y resequeidad vaginal (9).

RESPUESTA SEXUAL

Es conveniente estudiar la fisiología sexual para comprender muchos trastornos, ya que el estudio de las disfunciones sexuales requiere de una delimitación clara del problema y de los objetivos a alcanzar.

Antes de la década de los 60 se sabía poco sobre la respuesta sexual, se creía que la lubricación vaginal se debía a las glándulas del cervix y a las de Bartholin, se desconocía el mecanismo de la erección y la eyaculación. En 1966 Masters y Johnson desarrollaron un estudio que incluía 382 mujeres y 312 hombres con más de 10,000 secuencias de actividad sexual. En dicho estudio se describe la respuesta sexual como un ciclo de cuatro fases: **excitación, meseta, orgasmo y resolución**. Estos estadios corresponden a distintos niveles de excitación sexual y se refieren a las respuestas características del individuo durante el desempeño sexual. Las diferentes fases se definen arbitrariamente, es decir no siempre están diferenciadas entre sí y pueden experimentar grandes variaciones de manera individual y en pareja. Es importante recordar que los procesos fisiológicos inherentes a la respuesta sexual no son meros movimientos mecánicos aislados, sino que se integran en la participación e identidad sexual de la persona como un todo (5). Nos concentraremos en describir la respuesta sexual femenina por ser nuestro motivo de estudio.

Excitación

Es resultado de la estimulación sexual que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas. Se pueden desencadenar mediante el contacto físico, olfato, vista, pensamiento o emociones.

En la mujer ocurre lubricación vaginal como consecuencia de la vasoconstricción de las paredes vaginales, que provoca la percolación de fluido a través del revestimiento de la vagina en un proceso llamado trasudación. Se observa la erección de los pezones, las venas de las mamas visibles y puede haber un ligero aumento de los pechos. Existe aumento de la longitud y diámetro del clítoris y los 2 tercios internos de vagina se expanden, el útero y el cervix son empujados hacia arriba (10).

Meseta

En la fase de meseta se mantienen e intensifican altos niveles de excitación sexual que disponen el terreno para el orgasmo. La duración de la meseta varía en gran medida.

En la mujer existe una reacción llamada plataforma orgásmica que estrecha 30% la apertura de la vagina y el útero se eleva. Los labios mayores se congestionan y cambian de color. Ocurre el rubor sexual causado por alteraciones en el ritmo del flujo sanguíneo justo por debajo de la superficie de la piel (5).

Orgasmo

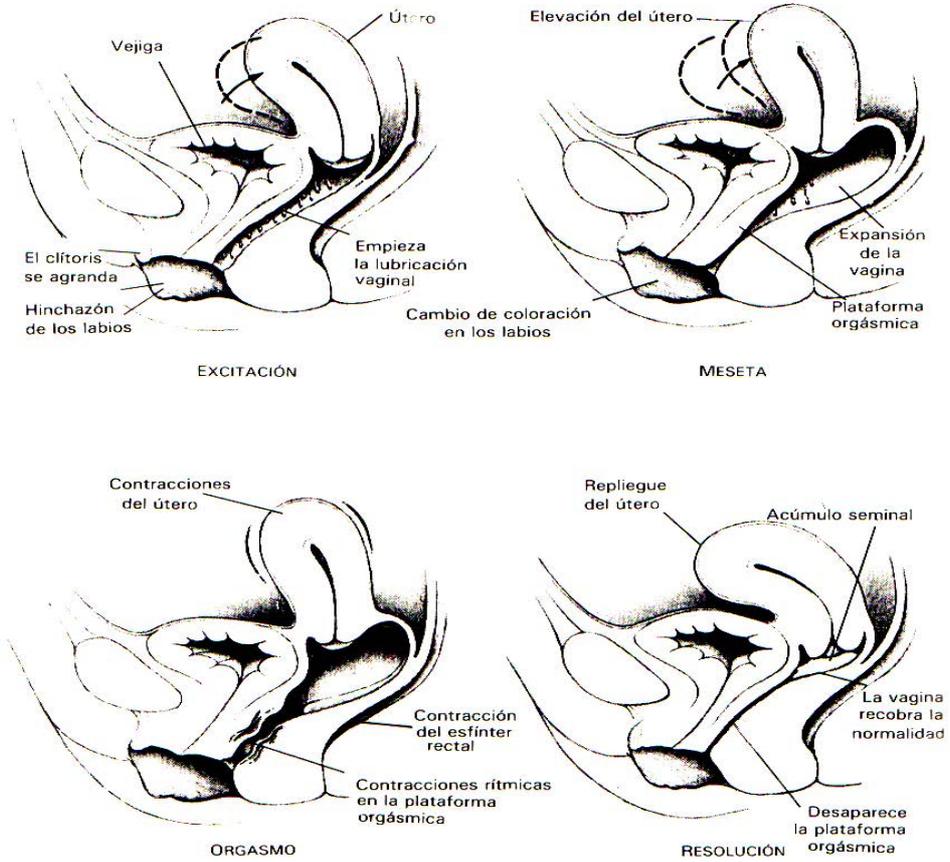
Si continúa la estimulación sexual en la meseta el cuerpo libera de golpe la tensión sexual acumulada. A este momento culminante se le conoce como orgasmo o clímax. El orgasmo es el punto más corto de la respuesta sexual, dura sólo unos segundos, lapso durante el cual las contracciones musculares producen una intensa sensación física seguida de un rápido relajamiento. Los orgasmos varían no sólo en cada hombre o mujer, sino en distintos momentos de un mismo individuo. Esta diferencia en intensidad deriva de factores físicos y psicosociales.

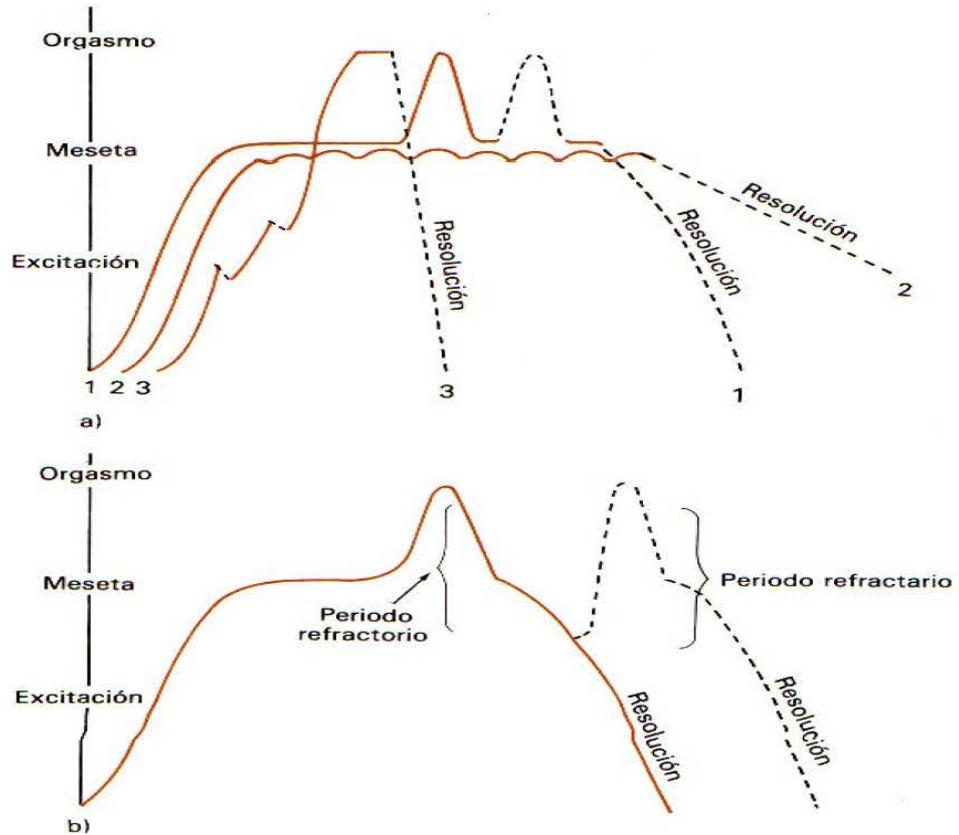
Se caracteriza en la mujer por contracciones simultáneas, rítmicas del útero, el tercio externo de vagina y el esfínter anal. Las mujeres tienen una aptitud multiorgásmica. Algunas mujeres excretan un fluido que se cree proviene de las glándulas parauretrales de Skene, aunque sólo pocas mujeres presentan este fenómeno, en algunas se ha demostrado salida de orina y en otras no. Este fenómeno es polémico y debe distinguirse de la Incontinencia Urinaria durante las relaciones sexuales (5,10).

Resolución

El periodo de retorno al estado de no estimulación se conoce como la fase de resolución. En las mujeres desaparece la plataforma orgásmica. Si la excitación ha sido intensa pero no ha habido orgasmo, la resolución lleva un poco de más tiempo. La erección de los pezones disminuye y desaparece el rubor sexual (5,10).

Fig. 1: Cambios anatómicos durante la respuesta sexual (5)





a) Tres variantes representativas de la respuesta sexual femenina. La pauta 1 indica un orgasmo múltiple; la pauta 2 muestra el nivel de excitación hasta la fase de meseta, sin llegar hasta el orgasmo (obsérvese el ritmo lento de la resolución); la pauta 3 presenta varias caídas breves en la fase de excitación, a la que sigue una fase de resolución aún más rápida.

b) He aquí la pauta más común en la respuesta sexual del hombre. La línea de trazos indica una posible variación, a saber, un segundo orgasmo y eyaculación al término del periodo refractorio. Pueden darse otras muchas variaciones, entre ellas pautas que corresponden a los tipos 2 y 3 del ciclo de respuesta sexual femenina.

Fig 2: Curva representativa de la respuesta sexual (5)

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DESPUÉS DE CIRUGÍA VAGINAL

La proximidad anatómica de vejiga y uretra al canal vaginal permite una asociación entre la patología del tracto urinario y la disfunción sexual. Los efectos y las causas pueden ser bidireccionales y así, la actividad sexual puede causar o agravar los problemas urinarios y los problemas urinarios pueden provocar disfunción sexual (1).

Las relaciones sexuales tienen impacto sobre la vejiga de diversas maneras:

- 1.- La incontinencia urinaria puede originar problemas sexuales para la mujer, su pareja o ambos.
- 2.- Se puede culpar a la incontinencia durante las relaciones sexuales como un problema entre las parejas, a pesar de que ya hubiera existido cierto grado de disfunción sexual.
- 3.- La actividad sexual puede originar problemas urogenitales (ejemplo: disuria e infección de vías urinarias) (16).

| TABLA 2. RAZONES POR LAS QUE LA INCONTINENCIA PUEDE PROVOCAR DISFUNCIÓN SEXUAL (16) | |
|--|---|
| <i>Disminución de la Sexualidad</i> | Pobre autoestima |
| | Depresión |
| | Disminución de la libido |
| | Presencia de protectores |
| | Disminución de la espontaneidad |
| <i>Ansiedad durante las relaciones</i> | Preocupación por el olor |
| | Miedo de perder orina durante la penetración o el orgasmo |
| <i>Dolor</i> | Dermatitis urinaria |
| | Dispareunia por cirugías previas contra el prolapso o anti-incontinencia. |
| <i>Reacciones adversas de la pareja</i> | Disminución de la atracción |
| | Disfunción eréctil |

Se ha reportado una prevalencia de incontinencia urinaria durante el coito de 24-34% (22). 54% de las mujeres con padecimientos uroginecológicos son sexualmente inactivas, y aquellas que son sexualmente activas reportan tasas bajas de actividad sexual y tasas altas de disfunción sexual (17). Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos presentan más inactividad sexual y dispareunia (18).

Cerca de 26% de las mujeres que se han sometido a cirugía vaginal por incontinencia urinaria de estrés han reportado que su vida sexual ha empeorado, aunque no precisamente por la presencia de dispareunia (4).

En general, la función sexual suele mejorar después de realizar una cirugía vaginal para incontinencia urinaria de esfuerzo debido a la mejoría emocional y física que trae consigo el cese de la pérdida de orina. Por otro lado, pueden ocurrir factores como fibrosis, estenosis, daño neuronal o vascular en la pared anterior de vagina o región clitorídea que causen desorden de dolor sexual y a su vez desórdenes en la excitación y el orgasmo.

Una de cada 3 mujeres con prolapso de órganos pélvicos III o IV reportan dispareunia prequirúrgica (18). Se han reportado cambios muy favorables en lo que respecta a la incontinencia urinaria coital después de la cirugía vaginal, con una disminución de la dispareunia de 60% a 25% después de la cirugía (23).

Se ha relacionado a la operación de Burch con 8% de dispareunia (4). La colpografía posterior se relaciona con 21-27% de dispareunia si se realiza de manera conjunta con la plicatura del elevador del ano (19). No hay evidencia de dispareunia cuando se realiza colpografía posterior sin ningún otro procedimiento quirúrgico, por el contrario mejora la función sexual significativamente (73% de las pacientes) (20).

No se ha encontrado relación entre las dimensiones vaginales y la dispareunia (9, 21). Se recomienda mantener una longitud vaginal de 8 a 11cm y un calibre que admita 2 a 3 dedos durante la cirugía vaginal reconstructiva (19).

No se han encontrado cambios significativos en la respuesta sexual posterior a la colocación de TVT (24). Sin embargo, hay reportes que indican que disminuye la sensación vaginal y por lo tanto la lubricación pudiendo ocasionar anorgasmia (25). Las hipótesis también indican que los cambios pueden ser por miedo a lesionarse al reiniciar las relaciones después de la cirugía aunado al miedo de la pareja a lesionar a la mujer.

Durante la Histerectomía Vaginal el plexo pélvico puede dañarse de 4 maneras: (26)

- 1) Se pueden lesionar las ramas principales del plexo que pasan por debajo de las arterias uterinas al cortar los ligamentos cardinales.
- 2) Se puede lesionar la inervación vesical con la disección roma del útero y el cervix.
- 3) La disección extensa del tejido paravaginal puede lesionar el nervio pélvico de la pared lateral de la vagina.
- 4) La remoción del cervix puede resultar en la pérdida de un segmento íntimamente ligado al plexo.

Se han observado beneficios en la función sexual posterior a la histerectomía supracervical, en la mayoría de las pacientes no se encuentran cambios significativos (27).

Se ha reportado 25% de dispareunia en mujeres a las que se les realizó reparación de fístula vesicovaginal y rectovaginal con colgajo de Martius (28).

CUESTIONARIO SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL PARA EL PROLPASO DE ORGANOS PÉLVICOS/ INCONTINENCIA URINARIA (PISQ-12).

Debido a la necesidad de tener cuestionarios que evaluaran los cambios en la calidad de vida de mujeres con patología uroginecológica y

principalmente de su función sexual después de los tratamientos quirúrgicos, fue validado en la Universidad de Nuevo México en el 2001 un cuestionario para valorar la función sexual específicamente en aquellas pacientes con prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria (Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire PISQ). Este cuestionario, consta de 31 preguntas que evalúan 3 esferas o dominios en aquellas pacientes con patología uroginecológica: Dominio Conductual/ Emotivo, dominio Físico y dominio de Relación de Pareja (29).

Sabemos que evaluar la función sexual es complejo y su valoración integral debe incluir el estudio de factores anatómicos, hormonales, fisiológicos, biológicos, médicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, el cuestionario PISQ-12 está diseñado para evaluar la función sexual en una **condición específica** (incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos) valorando 3 principales dominios (mencionados anteriormente), en los que la cirugía de piso pélvico tiene un importante impacto antes y después de realizar alguna intervención.

La utilidad del cuestionario PISQ arrojó resultados positivos de manera temprana en el campo de la investigación, sin embargo, aún era necesaria su aplicación clínica y la reducción de costos y tiempo invertido en su contestación. Por tal motivo, en marzo del año 2003 se validó una forma corta y confiable que explora de manera certera los mismos dominios que la forma larga y que consta solo de 12 preguntas (PISQ-12) (31).

Debido a la utilidad de éste cuestionario y a la cada vez más creciente población hispana que reside en EUA, se inició la validación en español del cuestionario PISQ (forma original con 31 preguntas), misma que se logró en noviembre del 2003 por la Universidad de Nuevo México y la Universidad de California en el condado de Los Angeles (30).

El cuestionario que utilizaremos en el presente estudio es la forma corta (PISQ-12) en español. Esto es posible ya que la forma corta contiene las 12 preguntas más importantes para evaluar los 3 dominios tomadas de manera **textual y sin modificaciones** de la forma original, por lo que tomaremos las mismas 12 preguntas de la versión validada en español, sin realizar ninguna modificación (el cuestionario se anexa al final de éste documento).

El cuestionario PISQ-12 es autoaplicable y con recomendación B por la Sociedad Internacional de Continencia. Los resultados del cuestionario PISQ-12 se reportan como un total y por dominios, no existe un valor numérico en el cuestionario que haga el diagnóstico de Disfunción Sexual, debemos recordar que se trata de un cuestionario que evalúa la calidad de vida, por lo que los resultados se reportan según el total de puntos que obtuvo cada paciente. Más adelante se especificará la manera de calificarlo y se anexará el artículo original donde se explica la validación del mismo.

JUSTIFICACION

La sexualidad femenina involucra no sólo la actividad sexual, sino también la percepción que tiene cada mujer de su propia imagen y la formación de relaciones con los demás, si ésta se ve afectada se presentará como consecuencia y con frecuencia, una pobre autoestima y dificultades en relaciones personales que contribuirán a la presencia de depresión y aislamiento social. A menudo estos síntomas aparecen también en aquellas pacientes con disfunción del piso pélvico e incontinencia.

La función sexual es el problema menos investigado en la calidad de vida de las pacientes uroginecológicas. La aplicación del cuestionario PISQ-12 nos permitirá valorar la función sexual de nuestra población de estudio antes y después de la cirugía vaginal.

OBJETIVO

GENERAL

Evaluar los resultados del "Cuestionario de la función sexual para Prolapso de Organos Pélvicos/ Incontinencia Urinaria" PISQ-12 antes y después de una cirugía vaginal realizada por incontinencia urinaria de esfuerzo o prolapso de órganos pélvicos.

HIPOTESIS

Los resultados del cuestionario PISQ-12 mejorarán después de la cirugía vaginal en aquellas pacientes con prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria de esfuerzo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Observacional.

TIPOS DE DISEÑO: Cohorte simple.

CARACTERÍSTICA DEL ESTUDIO: Analítico, Longitudinal y Prospectivo.

METODOLOGIA.

LUGAR Y DURACIÓN

INPerIER, Clínica de Urología Ginecológica

Marzo 2007-Enero 2009

UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACIÓN, MÉTODO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Universo

Todas las pacientes que acudan a la Clínica de Urología Ginecológica en el INperIER

Unidades de Observación

Pacientes que requieran cirugía para corrección de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria

Método de Muestreo

No probabilístico de casos consecutivos

Tamaño de la Muestra:

El tamaño de la muestra se calculó con base en los siguientes datos:

52% de las pacientes del INPerIER padecen 1 o más disfunciones sexuales. 26% de las pacientes presentan alguna disfunción sexual posterior a una cirugía vaginal. Se consideró 10% de pérdidas.

Tamaño de la muestra: 80 pacientes.

Diferencia de Proporciones

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} \sqrt{2\Pi_c(1-\Pi_c)} - Z_{\beta} \sqrt{\Pi_t(1-\Pi_t) + \Pi_c(1-\Pi_c)}}{\Pi_t - \Pi_c} \right]$$

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.- Pacientes que reciban atención en el INPerIER en la clínica de Urología Ginecológica
- 2.- Heterosexuales
- 3.- Entre 35 y 60 años
- 4.- Sexualmente activas (coito vaginal)
- 5.- Que no se haya sometido a ningún tipo de cirugía vaginal
- 6.- Con diagnóstico clínico que amerite cirugía vaginal (POP o IUE)
- 7.- Que acepten y firmen la carta de consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes con alguna incapacidad mental

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- 1.- Analfabetas

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1.- Que durante el estudio presenten embarazo
- 2.- Que presenten complicaciones postquirúrgicas
- 3.- Que no reanuden vida sexual posterior a la cirugía
- 4.- Que no acudan a vigilancia postquirúrgica después de la cirugía

VARIABLES

Edad, Escolaridad, Estado civil, Gestaciones, Número de parejas sexuales, Menopausia, Incontinencia urinaria, POP, Tipo de Cirugía vaginal, Cuestionario PISQ-12.

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | EDAD |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cuantitativa, Continua, Unidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Razón (40-60 años) |
| <i>Definición conceptual</i> | Tiempo que ha vivido una persona. |
| <i>Definición operacional</i> | Se preguntará a la paciente. Se medirá en años |

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Nombre de la Variable</i> | ESCOLARIDAD |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cualitativa, Ordinal, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Nominal |
| <i>Definición conceptual</i> | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. |
| <i>Definición operacional</i> | Se preguntará a la paciente. Se medirá en grados: Primaria, Secundaria, Licenciatura etc. |

| | |
|------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | ESTADO CIVIL |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cualitativa, Nominal, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Nominal |

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Definición conceptual</i> | Situación que la persona guarda ante la sociedad. |
| <i>Definición operacional</i> | Se preguntará a la paciente. Soltera, casada, viuda, divorciada, unión libre. |

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | GESTACIONES |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cuantitativa, Discreta, Unidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Razón |
| <i>Definición conceptual</i> | Número de embarazos que ha presentado cada paciente |
| <i>Definición operacional</i> | Se preguntará a la paciente. 1,2,3,4,etc. |

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Nombre de la Variable</i> | PAREJAS SEXUALES |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cuantitativa, Discreta, Unidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Razón |
| <i>Definición conceptual</i> | Número de personas con las que la paciente ha tenido relaciones sexuales. |
| <i>Definición operacional</i> | Se preguntará a la paciente. 1,2,3,4,etc. |

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | MENOPAUSIA |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cualitativa, Nominal, Unidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Dicotómica |
| <i>Definición conceptual</i> | Ultimo periodo menstrual y se diagnostica después de haber transcurrido 12 meses de amenorrea. |
| <i>Definición operacional</i> | Sí o No |

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Nombre de la Variable</i> | INCONTINENCIA URINARIA |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura (Dx urodinámico), Cualitativa y cuantitativa, Ordinal, Interdependiente. |
| <i>Escala de medición</i> | Ordinal y Razón |
| <i>Definición conceptual</i> | Pérdida involuntaria de orina. Dx Urodinámico: Incontinencia urodinámica de esfuerzo, Detrusor hiperactivo fásico etc. |
| <i>Definición operacional</i> | Se interrogará a la paciente y se corroborará Dx por Urodinamica. Esfuerzo, Urgencia o Mixta. Incontinencia urodinámica de esfuerzo Tipo II o III, etc. |

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Nombre de la Variable</i> | PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cuantitativa, Discreta, Multidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Ordinal |
| <i>Definición conceptual</i> | Protrusión de los órganos pélvicos hacia vagina o más allá de ella. |
| <i>Definición operacional</i> | Se valorará con la escala de POP-Q. Estadío I, II, III y IV. |

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | CIRUGÍA VAGINAL |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cualitativa, Ordinal, Unidimensional, Independiente |
| <i>Escala de medición</i> | Nominal |
| <i>Definición conceptual</i> | Procedimiento quirúrgico correctivo vía vaginal |
| <i>Definición operacional</i> | Se registrará el tipo de cirugía vaginal a la cuál será sometida la paciente, ejemplo: colpoperineoplastía ant o post, HV, TVT-O, etc. |

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | RESPUESTA SEXUAL |
| <i>Tipo de variable</i> | Blanda, Cualitativa, Nominal, Multidimensional, Interdependiente. |
| <i>Escala de medición</i> | Nominal |
| <i>Definición conceptual</i> | Respuesta fisiológica, descrita por Masters y Johnson, que consiste en un ciclo compuesto por cuatro fases: Excitación, meseta, orgasmo y resolución. (32) |
| <i>Definición operacional</i> | La respuesta sexual no se evaluará en este estudio. |

| | |
|------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | FUNCIÓN SEXUAL |
| <i>Tipo de variable</i> | Blanda, Cualitativa, Nominal, Multidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Nominal |
| <i>Definición conceptual</i> | Es la expresión de la integridad |

| | |
|-------------------------------|---|
| | orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual. (32) |
| <i>Definición operacional</i> | La Función sexual en este estudio se evaluará únicamente en la condición de la mujer con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos utilizando los resultados del cuestionario PISQ-12, |

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | CUESTIONARIO PISQ-12 (DISFUNCION SEXUAL) |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cuantitativa, Continua, Multidimensional, Dependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Razón |
| <i>Definición conceptual</i> | Disfunción sexual: Serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente. Cuestionario PISQ-12: Cuestionario de condición específica para evaluar la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y/o prolapso de órganos pélvicos. |
| <i>Definición operacional</i> | Se aplicará el cuestionario a las pacientes antes y después de la cirugía vaginal El cuestionario PISQ-12 consta de 12 preguntas que se incluyen al final de |

éste documento. Los dominios que se evalúan son los siguientes:

- Pregunta 1-4 dominio conductual/emotivo
- Pregunta 5-9 dominio físico
- Pregunta 10-12 dominio de relación de pareja

Se reportarán los resultados como un total o por dominios. La calificación se calcula de la siguiente forma:

0= Nunca 1= Rara vez 2= A veces 3= Usualmente y 4= Siempre.

Las preguntas 1,2,3,4 se califican al revés

0 = Siempre 4 = Nunca, etc.

Sigue siendo válido con dos preguntas sin contestar, si hay más de 2 preguntas sin contestar pierde su validez. Si hay preguntas sin contestar el total se calcula multiplicando el número total de preguntas por el número de preguntas respondidas

El tiempo necesario para contestarlo es de 10 a 15 minutos (31)

VARIABLES CONFUSORAS

Terapia de reemplazo hormonal, cambio de compañero sexual durante su participación en el estudio, infección vaginal antes o después de la cirugía, infecciones de vías urinarias antes o después de la cirugía.

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Nombre de la Variable</i> | TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL |
| <i>Tipo de variable</i> | Dura, Cualitativa, Nominal, Unidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Dicotómica |
| <i>Definición conceptual</i> | Terapia estrogénica administrada de manera ordenada durante la postmenopausia para corregir el déficit hormonal, mismo que provoca secuelas en diferentes órganos y sistemas. Puede ser local o sistémica |
| <i>Definición operacional</i> | Sí o No |

| | |
|------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | INFECCIÓN VAGINAL |
| <i>Tipo de variable</i> | Cualitativa, Nominal, Unidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Nominal |
| <i>Definición conceptual</i> | Presencia de un microorganismo |

| | |
|-------------------------------|---|
| | patógeno aislado del fluido vaginal obtenido mediante un cultivo cervicovaginal |
| <i>Definición operacional</i> | Presente o Ausente |

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Nombre de la Variable</i> | INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS |
| <i>Tipo de variable</i> | Cualitativa, Nominal, Unidimensional, Interdependiente |
| <i>Escala de medición</i> | Nominal |
| <i>Definición conceptual</i> | Presencia de más de 100,000 UFC (de un solo germen) en un urocultivo |
| <i>Definición operacional</i> | Presente o Ausente |

PLAN DE ANALISIS

Se identificará a las pacientes del INPerIER de la clínica de urología ginecológica que sean candidatas a cirugía vaginal para corrección de prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria de esfuerzo a partir de marzo de 2007. Una vez que cumplan los criterios de inclusión, se les ofrecerá participar en el protocolo informándoles el objetivo y solicitando su firma en la carta de Consentimiento Informado.

Se aplicará el cuestionario PISQ-12 (anexado en éste documento) a cada participante antes de la cirugía, a los 6 meses y 1 año después de la cirugía. El seguimiento de *todas* las pacientes que se han sometido a *cualquier* cirugía en la clínica de urología ginecológica se realiza al mes, 3 meses, 6 meses, 1, 2, 3, 4 y 5 años, por lo que no será necesaria la localización individual de las pacientes que participarán en éste estudio, sino que se irán captando en el momento de su control postquirúrgico correspondiente.

El cuestionario PISQ-12 se calificará según se especificó previamente, se irán recolectando los datos en una hoja de captura (Windows Excel) según los tres dominios que abarca el cuestionario. Para el análisis estadístico se utilizará Windows SPSS.

Se utilizará estadística descriptiva para analizar promedios y frecuencias y para analizar el cuestionario pre y postquirúrgico se utilizará T pareada.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este conducto deseamos ofrecer a Usted su participación en el estudio que deseamos realizar para conocer la función sexual posterior a que se realiza una cirugía vaginal. Por favor lea antes de dar su consentimiento y decida si desea participar en este estudio o no, sin que esto afecte la atención que recibe en el Instituto Nacional de Perinatología.

Objetivo del estudio: Evaluar la función sexual en las pacientes con patología uroginecológica antes y después de una cirugía vaginal.

Participación de las pacientes: Mi participación requerirá que conteste 3 cuestionarios que leeré y responderé por mi misma. Todas las preguntas estarán relacionadas con sexualidad y la forma como se altera o no por la cirugía vaginal que se me realizará.

Para ello tendré que disponer de un tiempo aproximado de 15 minutos por cada cuestionario que se me dará a contestar.

Se me ha explicado claramente que los resultados de dicha evaluación serán confidenciales y serán analizados únicamente por los médicos involucrados con fines de investigación.

Los cuestionarios serán contestados por mi misma por escrito previa explicación del investigador todo ello en forma privada, respondiendo las preguntas que yo desee.

En caso de que los cuestionarios que se me apliquen demuestren que tengo problema sexual se me ofrecerá el tratamiento de mi problema en los servicios de Uroginecología y Psicología con la libertad de aceptarlo o no, así como de retirarme del mismo cuando yo desee.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación.

RIESGOS:

El riesgo de participar en el estudio radica en que la respuesta sexual humana es algo íntimo para mí.

BENEFICIOS:

Me pueden ofrecer la alternativa de recibir un tratamiento que ayude a mejorar mi respuesta sexual en caso de que los cuestionarios reporten alteraciones de la misma.

OTRAS CONSIDERACIONES:

No voy a recibir ningún pago por participar en el estudio.
Me podré negar a contestar cualquiera de los cuestionarios, sin que esto afecte mi atención en el INPerIER

Nombre, domicilio y firma del paciente: _____

Nombre y firma del Investigador principal: Dra. Edith Verónica Flores Rueda

Teléfono y lugar donde se pueda localizar a los investigadores: Montes Urales 800, Lomas Virreyes, CP 11000. Delegación Miguel Hidalgo. Teléfono 55- 20-99-00 ext. 516 de 7 a 15:00hrs con la Dra. Edith Verónica Flores Rueda.

Nombre y Domicilio de los testigos nombrados por el paciente, señalando la relación que tenga con ella: _____

Nombre y Domicilio de los testigos nombrados por el paciente, señalando la relación que tenga con ella: _____

Cuestionario sobre la Función Sexual para el Prolapso de Órganos Pélvicos/ Incontinencia Urinaria (PISQ-12)

Abajo se encuentra una lista de preguntas sobre su vida sexual. Toda la información es confidencial. Los doctores usarán las respuestas para entender lo que es importante en la vida sexual de nuestros pacientes. Cuando esté leyendo las preguntas piense en su sexualidad durante los seis meses pasados. Por favor marque la mejor respuesta. Gracias.

1.- ¿Con qué frecuencia tiene deseo de tener relaciones sexuales? Los sentimientos pueden incluir ganas de tener relaciones sexuales, planeando para tener relaciones sexuales y sentimientos de frustración porque no tiene relaciones sexuales?

- Diario
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

2.- ¿Tiene usted clímax (orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su pareja?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

3.- ¿Se siente excitada (preñida) sexualmente cuando tiene actividades sexuales con su pareja?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

4.- ¿Está satisfecha con la variedad de las actividades sexuales en su vida sexual?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

5.- ¿Se siente dolor durante las relaciones sexuales?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

6.- ¿Sufre de la pérdida de orina durante relaciones sexuales?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

7.- ¿El temor de perder (excremento o orina) afecta su vida sexual?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

8.- ¿Se abstiene de relaciones sexuales porque la vagina se le sale hacia fuera? (Puede ser prolapso o salida de la vagina solamente, o junto con la vejiga o recto).

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

9.- ¿Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja, tiene reacciones emocionales negativas como miedo, asco, vergüenza o culpa?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

10.- ¿Tiene su pareja problemas con erecciones que afecta su actividad sexual?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

11.- ¿Tiene su pareja problemas con eyaculación prematura que afecta su vida sexual?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

12.- ¿Comparado con orgasmos en el pasado, que tan intensos son sus orgasmos que ha tenido durante los últimos seis meses?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Tunuguntla H, Gousse A. Female Sexual Dysfunction Following Vaginal Surgery: A Review. *J Urol* 2006; 175: 439-446.
- 2.- Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones Sexuales Masculinas y Femeninas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Rev Sal Ment* 2005; 28: 78-80.
- 3.- Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by de medical practitioner. *J Pub Health Med* 1997; 19: 387-391.
- 4.- Lemack G, Zimmern P. Sexual Function alter vaginal surgery for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. *Urol* 2000; 56: 223-227.
- 5.- Masters WH, Jhonson VE, Kolodny RC. Respuesta Sexual. En: *La Sexualidad Humana*. España. Gijalbo 1987. p. 91-106.
- 6.- Laycock S, Stanton N. Chapter 4: Treatment of sexual dysfunction. En: *Pelvic Floor Re-education. Principles and Practice* Springer-Verlag London 1994. p. 126.
- 7.- Yilmaz U, Kromm B, Yang C. Evaluation of autonomic innervation of the clitoris and bulb. *J Urol* 2004; 172: 1930.
- 8.- Yucel S, Souza A, Baskin L. Neuroanatomy of the human female lower urogenital tract. *J Urol* 2004; 172: 191.
- 9.- Weber A, Walters M, Schover L, Mitchinson A. Vaginal Anatomy and Sexual Function. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 946-9.
- 10.- Zimmermann Max. La Vida Sexual I. En: *Sexualidad Programa Educativo*. CULTURAL SA 1996 p.23-32.
- 11.- Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F, Carreño- Meléndez J, Martínez-Ramírez S. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatol Reprod Hum* 2005; 19 (3): 152-160.
- 12.- Gierhart B. When does a "Less than Perfect" sex life becomes female dysfunction?. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 750-751.
- 13.- Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. En: *CONAPO (Ed.) Antología de la sexualidad humana*. Tomo 3. México: Miguel Angel Porrúa 1994; 203-46.

- 14.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Madrid: Mason; 2000.
- 15.- Basson RB, Berman JR, Burnett A. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163: 888-893.
- 16.- Cardozo and Staskin. Vol 1 Section 5. Problems associated with sexual activity. En: *Textbook of Female urology and urogynecology*. INFORMA Healthcare 2006. p. 663.
- 17.- Pauls R, Segal J, Silva A, Kleeman S, Karram M. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. *Int Urogynecol J* 2006.
- 18.- Barber M, Visco A, Wyman J, Fantl A, Bump R. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 281-9.
- 19.- Kahn M, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 82.
- 20.- Porter WE, Steele A, Walsh P, Kohli N, Karram M. The anatomic and functional outcomes of defect-specific rectocele repairs. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1353.
- 21.- Weber AM, Walters M, Piedmont R. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1610.
- 22.- Vierhout ME, Gianotten WL. Mechanisms of urine loss during sexual activity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 52:45-7.
- 23.- Rogers R, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Barber M, Olsen A. Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: a multicenter prospective study. Presented at American Urogynecology Society 2003 Scientific Meeting, Hollywood Florida, Sept 11-13.
- 24.- Maaita M, Bhaumik J, Davies A. Sexual function after using tension-free vaginal tape for the surgical treatment of genuine stress incontinence. *BJU Int* 2002; 90: 540.
- 25.- Yeni E, Unal D, Verit A, Kafali H, Ciftci H, Gulum M. The effect of tension-free vaginal tape (TVT) procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14: 390.

- 26.- Parys BT, Haylen B, Hutton J, Parsosns K. The effect of simple hysterectomy on vesicourethral function. Br J Urol 1989; 64: 594.
- 27.- Dragisic K, Milad M. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 1416.
- 28.- Elkins T, DeLancey J, McGuire E. The use of modified Martius graft as an adjunct technique in vesicovaginal and rectovaginal fistula repair. Obstet Gynecol 1990; 95: 727.
- 29.- Rogers R, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 552-8.
- 30.- Romero A, Hardart A, Kobak W, Qualls C, Rogers R. Validation of a Spanish Version of the Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire. Obstet Gynecol 2003; 102: 1000-5.
- 31.- Rogers R, Coates K, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). In Urogynecol J 2003; 14: 164-168.
- 32.-Berkow and Fletcher Capítulo 12. Trastornos de la Función Sexual. En: Manual Merck. Océano/Cebtrum 1994. Novena Edición. p. 1751.