



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA N. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**“IMPACTO SEXUAL DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA CON TVT-O
POR INCONTINENCIA URINARIA”**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. LUCÍA AGUIRRE ANTONIO

TUTORA:

DRA. EDNA CORTÉS FUENTES

MÉXICO D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 4
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"**

**Dr. Gilberto Tena Alavez
Director general
Unidad Médica de Alta Especialidad
"Dr. Luis Castelazo Ayala"**

**Dr. Carlos Emiro Morán Villota
Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
"Dr. Luis Castelazo Ayala"**

**Dra. Edna Cortés Fuentes
Adscrito al Servicio de Uroginecología
Unidad Médica de Alta Especialidad
"Dr. Luis Castelazo Ayala"**

AGRADECIMIENTOS:

A mi tutora, doctora Edna Cortés Fuentes por compartir su gran sabiduría con sus residentes, y despertar en mí la pasión por la uroginecología. Todo mi respeto y admiración por siempre.

A todos los profesores que contribuyeron en mi desarrollo como especialista, pues a ustedes debo el sentirme honrada y orgullosa de pertenecer a la catedral de la ginecología.

A mi padre, quien día a día me toma de la mano y lucha conmigo para ayudarme a conseguir mis objetivos; por ser el pedestal de mi vida y regalarme los cimientos de la responsabilidad, la importancia del trabajo y el desarrollo profesional.

A mi madre (q.e.p.d.), quien literalmente dio la vida por mí y resistió hasta el último momento con tal de verme cumplir mi objetivo, y por ser el motor de mi vida aun estando en el paraíso.

A Dios porque sin merecerlo siempre me ha protegido, me ha mandado las mejores cosas de la vida y me da la paz espiritual que necesito día a día.

A Joel, Adriana y Xanita por abrirme las puertas de su hogar en los momentos más difíciles de mi vida. Hermano eres el ejemplo a seguir en la vida, gracias por tu apoyo incondicional.

A Brunito, quien gracias a su existencia mi vida se llenó de luz y ahora es mi estímulo constante para seguir luchando y creciendo día a día con el compromiso de hacer de él una persona sana física, mental y espiritualmente.

A la abuela Mari, por cuidar de mí y de mi hijo como una verdadera madre.

A Enrique, quien durante su paso por mi vida salpimentó de sabor mi existencia.

A todas aquellas personas que directa e indirectamente contribuyeron para que mi desarrollo profesional se lograra.

A todos ustedes les digo con el corazón en la mano: mil gracias y que Dios los bendiga.

ÍNDICE:

TEMA	PÁGINA
RESUMEN.....	05
ANTECEDENTES.....	06
JUSTIFICACIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
HIPÓTESIS.....	12
OBJETIVOS.....	13
METODOLOGÍA.....	14
ASPECTOS ÉTICOS.....	16
RECURSOS.	17
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	26

RESUMEN

“IMPACTO SEXUAL DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA CON TVT-O POR INCONTINENCIA URINARIA” Dra. Edna Cortes Fuentes, Dra. Lucia Aguirre Antonio.

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria es una condición frecuente que tiene una prevalencia de entre 25% y 45% entre la población femenina adulta, lo que ejerce una enorme influencia en la calidad de vida de las mujeres. En particular, se reporta que este trastorno tiene un impacto negativo en las relaciones sexuales en más del 68% de las pacientes sin mostrar diferencias dependiendo del tipo de incontinencia. Numerosos estudios han informado sobre los resultados quirúrgicos de la incontinencia, pero los informes sobre el impacto en la función sexual son limitadas. De los 11 estudios identificados, algunos sugieren que hay deterioro de la función sexual, algunos de una mejora de la función sexual, mientras que otros fueron equívocos.

JUSTIFICACION: Actualmente la literatura mundial ha demostrado que existen modificaciones en la función sexual de las pacientes sometidas a cirugía antiincontinencia, ya sea con uretrosuspensión de Burch o con colocación de TVT-O, Por lo tanto, la finalidad es analizar el impacto de la cirugía antiincontinencia con cinta libre de tensión (TVT-0 tension vaginal tape) en la vida sexual y así poder ofrecer un beneficio demostrable a las pacientes.

OBJETIVOS: Evaluar la función sexual de las pacientes antes y después de la cirugía con TVT-O por incontinencia urinaria

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo y transversal, en el servicio de Uroginecología en el Hospital de Ginecoobstetricia N.4 Luis Castelazo Ayala en el en el periodo 2008-2009. La población fueron todas las pacientes sometidas a colocación de TVT-O en dicho periodo. Los criterios de inclusión fueron las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo a quienes se les colocó TVT-O y con vida sexual activa. Los criterios de exclusión fueron las pacientes que no tienen vida sexual activa. La información se recabó por medio de entrevista y aplicación del “CUESTIONARIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN INCONTINENCIA URINARIA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (PISC-12)” de acuerdo a los seis meses previos a la cirugía y tres meses posteriores a ella.

RESULTADOS: Se realizó la suma del total de puntos para cada cuestionario preoperatorio y postoperatorio y se parearon los resultados con El signo de Wilcoxon obteniendo un $p < 0.001$, estadísticamente significativa para demostrar impacto en la vida sexual de las pacientes.

CONCLUSIONES: La colocación de cinta libre de tensión transobsturadora en pacientes con incontinencia urinaria tiene impacto positivo en la vida sexual. Es importante dar seguimiento a largo plazo a las pacientes sometidas a cirugías mínimamente invasivas para poder correlacionar resultados con cirugías clásicas y determinar así el impacto sexual en ambos casos.

ANTECEDENTES

La incontinencia urinaria es una condición frecuente que tiene una prevalencia de 25 a 45% entre la población femenina adulta, lo que ejerce una enorme influencia en la calidad de vida de las mujeres. En particular, se reporta que este trastorno tiene un impacto negativo en las relaciones sexuales en más del 68% de las pacientes sin mostrar diferencias dependiendo del tipo de incontinencia. El objetivo primario en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo es la restauración de la continencia usando un método que disminuye la morbilidad a corto y largo plazo. Por lo tanto, en la última década los procedimientos antiincontinencia mínimamente invasivos han alcanzado aceptación generalizada para el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo y actualmente se ofrecen como una terapia alternativa a los procedimientos tradicionales tales como Burch, Marshall-Marchetti-Krantz, o reparación facial (1).

La incontinencia urinaria es un trastorno común y los estudios epidemiológicos sugieren que afecta hasta a un 41% de la población femenina adulta. Esto causa impacto en la salud y en el bienestar social, psicológico, laboral, doméstico, físico, y sexual. Numerosos estudios han informado sobre los resultados quirúrgicos de la incontinencia, pero los informes sobre el impacto en la función sexual son limitados. Una búsqueda electrónica de la base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (2005), Medline (1966 a octubre de 2007) y EMBASE (1980-2007), llevada a cabo utilizando las palabras clave "función sexual", "incontinencia", "incontinencia coital", "TVT", y "TVT-O" arroja que de los 11 estudios identificados, algunos sugieren que hay deterioro en la función sexual, y otros reportan una mejora de la función sexual, mientras que otros fueron equívocos (3).

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como la presencia de pérdida involuntaria de orina de esfuerzo o ejercicio, o al estornudar o toser. Estas actividades suponen un aumento de la presión intraabdominal que puede conducir a la apertura del esfínter uretral y la pérdida de orina en ausencia de una contracción de la vejiga.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más común de incontinencia urinaria en mujeres menores de 60 años de edad. Significativamente, las mujeres caucásicas se quejan más de la IUE que las mujeres de cualquier otra raza. La incontinencia mixta, o IUE combinado con incontinencia de urgencia, es el tipo más frecuente de incontinencia en las mujeres mayores (2).

Tradicionalmente la evaluación de los trastornos del piso pélvico incluye el examen pélvico, urodinámico y las técnicas de imagen. Estas investigaciones se aplican a pacientes con síntomas de trastorno del piso pélvico tales como prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria. Los problemas con el vaciamiento intestinal o vesical, la incontinencia urinaria o fecal y los problemas sexuales son frecuentes en pacientes con trastornos del piso pélvico y de acuerdo con ellas su calidad de vida es afectada. Los cuestionarios generales y específicos de calidad de vida han demostrado que dichos trastornos tienen efectos significativamente negativos. Los problemas sexuales son rara vez síntomas voluntarios, de hecho, algunas mujeres mayores pueden creer que una vida sexual satisfactoria será posterior a resolver su sintomatología. Controversialmente las pacientes pueden experimentar que su vida sexual será cambiada drásticamente después de la reparación del cistocele (4, 5, 8).

Ulmsten y Petros fueron los primeros en describir la cinta libre de tensión (TVT tension free vaginal tape), procedimiento para tratar a las mujeres afectadas por incontinencia urinaria de esfuerzo. Otras técnicas fueron subsecuentemente reportadas como el TOT (trasobturador tape).

Los efectos de estos procedimientos en la función sexual de las mujeres aún sigue siendo pobremente estudiados (3).

En 2003, Levan desarrolló una cinta vaginal transobturador de adentro hacia fuera, procedimiento en el cual se pasa una aguja iniciando debajo de la uretra media y es dirigida hacia la vejiga a través del foramen oval (7).

La morbilidad de la incontinencia urinaria tiene un impacto en el bienestar social, psicológico, ocupacional, doméstico, físico y sexual de la mujer. En cuanto a la cirugía pélvica reconstructiva usando tejidos de la paciente, los efectos de este desorden en la función sexual están pobremente estudiados, pues la mayoría de los esfuerzos están enfocados a curar la incontinencia y la reconstrucción de la anatomía normal de la pelvis más que al efecto de la función sexual. Actualmente se desconoce la función sexual de las mujeres que son sometidas a reparación del prolapso genital con procedimientos quirúrgicos recientes usando malla transvaginal no absorbible.

La excitación sexual resulta en congestión y engrosamiento de la pared vaginal, ya sea como producción o secreción de moco. De hecho, todas estas funciones pueden ser alteradas como resultado de la cirugía vaginal. Adicionalmente, la disección vaginal distal amplia o la disección de la pared vaginal prolapsada puede causar lesión distal al nervio pélvico perineal y cavernoso, el cual alcanza el tejido del clítoris y subsecuentemente conduce a dificultad en lograr el orgasmo femenino o actividad sexual satisfactoria. En contraste, el tratamiento quirúrgico efectivo de la incontinencia

urinaria puede mejorar la función sexual postoperatoriamente. Los reportes de la función sexual después de la cirugía reconstructiva varían. Algunos autores han notificado mejora en la función después de la cirugía, algunos otros no han informado cambios. El uso de la malla transvaginal para reparar el prolapso vaginal puede resultar en un aumento de dolor en la paciente o en su pareja debido a resequedad u otros problemas, particularmente si la malla ha erosionado la vagina. Sin embargo, este procedimiento usando la malla transvaginal no implica una fijación del abultamiento vaginal como en el caso de la colpopexia sacroespinal o sacropexia transabdominal, o plicación del tejido de la fascia o del músculo elevador que es responsable del 20% de la dispareunia de novo. Por lo tanto, estos procedimientos, además de conservar la forma de la vagina, podrían prevenir un deterioro de la función sexual. No obstante, estos nuevos métodos, son generalmente desarrollados y cada vez más llevados a cabo, aunque el uso de material sintético en la cirugía reconstructiva pélvica continúa en debate. Esto es crucial para determinar cuándo tal procedimiento tiene riesgo de afectación en la función sexual postoperatoria (6).

La colocación de un cabestrillo medio uretral se refiere a la operación utilizada para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en mujeres. La cinta no eleva la uretra, sino que proporciona una plataforma resistente en la uretra media para mantener la continencia ante el aumento de la presión intraabdominal. Es una técnica mínimamente invasiva y eficaz para resolver la incontinencia urinaria de esfuerzo.

La cinta es un tejido de malla abierta que es estable y se cree que promueve el crecimiento interno de colágeno a través del tiempo. Esto evita la necesidad de anclar el arnés en los huesos u otros tejidos. La cinta está prevista para la colocación debajo de la uretra media porque ésta es la zona más crítica en comparación con la continencia de la uretra proximal o cuello de la vejiga, que son el foco de la lucha contra la mayoría de los procedimientos para la incontinencia. La cinta no eleva la uretra, sino que ofrece una plataforma de resistencia contra la presión intraabdominal. Este concepto hace cada vez más hincapié en todos los tipos de cirugía de la incontinencia y es fundamental para el procedimiento del cabestrillo mediouretral. Las agujas siguen la rama isquiopública (TOT), que permite la colocación de la cinta sin una incisión abierta (8).

En 2003, se realizó un estudio que tuvo como objetivo desarrollar una forma corta de una condición específica, fiable, validada y un instrumento para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria. El

cuestionario sexual en mujeres con prolapso del órgano pélvico y/o incontinencia urinaria (PISQ-12) fue desarrollado a partir de los datos de 99 de 182 mujeres encuestadas con el cuestionario sexual de forma larga (PISQ-31). Aparte, 46 pacientes adicionales fueron reclutadas para una mayor validación. Las puntuaciones del cuestionario de la forma corta se sometieron a un análisis de correlación con las puntuaciones del formato largo, con el cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria, cuestionario - 7 (IIQ-7), el formulario de antecedentes sexuales -12 (SHF-12) y el cuestionario de síntomas (SQ).

El PISQ-12 es una forma corta reconocida y fiable que evalúa la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y/o prolapso de órganos pélvicos (4).

JUSTIFICACIÓN:

La incontinencia urinaria es un padecimiento frecuente, con una prevalencia estimada entre el 25-45%. En México se realizan aproximadamente 53 000 cirugías antiincontinencia al año.

Las pacientes con incontinencia urinaria con frecuencia presentan disminución de la libido, disminución de la vida sexual y dificultad para conseguir el orgasmo durante el coito.

Actualmente la literatura mundial ha demostrado que existen modificaciones en la función sexual de las pacientes sometidas a cirugía antiincontinencia, ya sea con uretrosuspensión de Burch o con colocación de TVT, lo anterior basado en la realización de cuestionarios de calidad de vida previos y posteriores al procedimiento quirúrgico, los cuales evalúan distintos parámetros tales como síntomas vesicales, intestinales, vaginales y sexuales.

Con base en lo anterior se decide realizar el presente protocolo con la finalidad de analizar el impacto de la cirugía antiincontinencia con cinta libre de tensión TVT-0 (transobturador vaginal tape) en la vida sexual y así poder ofrecer un beneficio demostrable a las pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe impacto en la función sexual en las pacientes sometidas a cirugía con TVT-O por incontinencia urinaria en el Hospital de Ginecoobstetricia N.4 Luis Castelazo Ayala?

HIPÓTESIS

Las pacientes sometidas a colocación de TVT-O por incontinencia urinaria de esfuerzo mejoran la función sexual.

OBJETIVOS:

a) GENERAL:

1. Evaluar la función sexual de las pacientes antes y después de la cirugía con TVT-O para incontinencia urinaria.

b) ESPECÍFICOS:

2. Valorar los resultados de continencia urinaria posteriores a la cirugía.
3. Analizar los resultados sexuales posteriores a la colocación de TVT-O.
4. Comparar la función sexual previa y posterior a la colocación de TVT-O.
5. Evaluar la función sexual de acuerdo a la presencia o ausencia de funcionamiento ovárico.

METODOLOGÍA

- Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, en el Servicio de Uroginecología en el Hospital de Ginecoobstetricia N.4 Luis Castelazo Ayala, en el periodo 2009-2010.
- La población fueron todas las mujeres sometidas a colocación de TVT-O en el Hospital de Ginecoobstetricia N. 4 Luis Castelazo Ayala del 2008 al 2009.
- **CRITERIOS:**
 - **INCLUSIÓN:**

Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo a quienes se les colocó TVT-O en el periodo 2008-2009.

Pacientes con vida sexual activa.
 - **EXCLUSIÓN:**

Pacientes que no tienen vida sexual activa.
 - **ELIMINACIÓN**

Pacientes que no desearon contestar el cuestionario.

Pacientes en quienes no se pudo recolectar la información completa.
 - **Variable confusora: función ovárica.**

- **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

- Se incluyeron a todas las pacientes sometidas a colocación de TVT-O en el periodo 2008-2009.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

INDEPENDIENTE:

Cirugía con TVT-O por incontinencia urinaria: colocación de un cabestrillo medio uretral para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. La cinta proporciona una plataforma resistente en la uretra media para mantener la continencia ante el aumento de la presión intraabdominal. Es una técnica mínimamente invasiva y eficaz para resolver la incontinencia urinaria de esfuerzo.

DEPENDIENTE

Impacto sexual: las modificaciones del cuestionario aplicado en retrospectiva al momento previo a la colocación del TVT-O y tres meses después de la colocación del mismo. En ambos casos el interrogatorio se realizó mediante entrevista personal.

TIPO DE VARIABLES

Cualitativas nominales

- **PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La información se recolectó mediante una entrevista directa a las pacientes que fueron sometidas a colocación de TVT-O. Se aplicó el “**CUESTIONARIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN INCONTINENCIA URINARIA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (PISC-12)**”. Este cuestionario es considerado actualmente por la Sociedad Internacional de Continencia como el instrumento de elección para evaluar la función sexual en las pacientes que son sometidas a cirugía de piso pélvico. El cuestionario lo aplicó el investigador principal y/o el asesor en conjunto con el servicio de psicología del hospital. La evaluación fue seis meses previos a la cirugía y tres meses o más posteriores a ella.

- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizaron medidas de tendencia central para reportar las características poblacionales. Se utilizó la prueba de Wilcoxon, prueba de hipótesis estadística no paramétrica para el caso de dos muestras relacionadas o mediciones repetidas en una sola muestra.

ASPECTOS ÉTICOS:

La presente tesis cumple con las normas éticas establecidas a nivel internacional e institucional, y considerando que la información requerida para la realización de este estudio no modifica ni atenta contra la integridad de las pacientes, independientemente de que la información se recolectó por entrevista personal, el presente proyecto no requiere de carta de consentimiento informado.

RECURSOS FINANCIEROS, HUMANOS Y FACTIBILIDAD

- **FINANCIEROS:**

- Los gastos generados por el estudio fueron absorbidos por el investigador.

- HUMANOS:
 - Dra. Lucía Aguirre Antonio
 - Dra. Edna Cortés Fuentes

- MATERIALES:
 - Físicos: hoja, papel, pluma, computadora.
 - Los propios del HGO N.4 Luis Castelazo Ayala (expedientes).

 - UBICACIÓN ESPACIAL: En el Servicio de Uroginecología del Hospital de Ginecoobstetricia N.4 Luis Castelazo Ayala.

 - UBICACIÓN TEMPORAL: Periodo de enero 2008 a diciembre 2009.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No requiere por las características del estudio y por la manera en como se obtuvo la información.

Este estudio se sometió al Comité Local de Investigación de Salud, el cual, de acuerdo con las recomendaciones médicas éticas y de investigación fue aprobado y se le asignó el número de registro: R-2010-3606-12.

RESULTADOS:

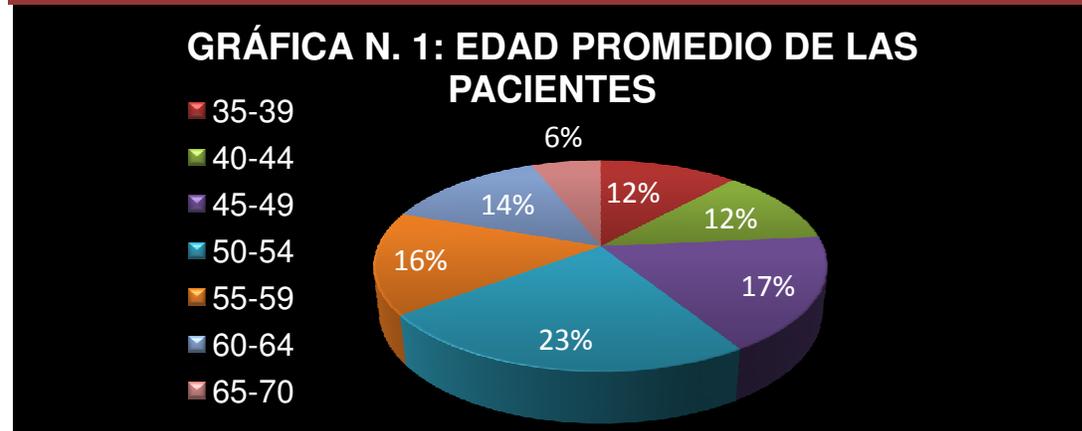
Se registraron 69 pacientes sometidas a cirugía antiincontinencia en el periodo 2008-2009, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se excluyeron siete pacientes por no ser localizadas o no acudir a la cita.
- De las 62 restantes, se eliminaron 11 pacientes por no tener vida sexual activa independientemente de la causa.
- Se aplicó la encuesta en total a 51 pacientes con vida sexual activa a más de seis meses de la cirugía antiincontinencia, y se obtuvieron los siguientes resultados:

El rango de edad de las pacientes sometidas a cirugía antiincontinencia con colocación de TVT-O fue de 35 a 70 años, predominó el grupo etario de 50-54 años (n=12), que ocupa el 23% de la población.

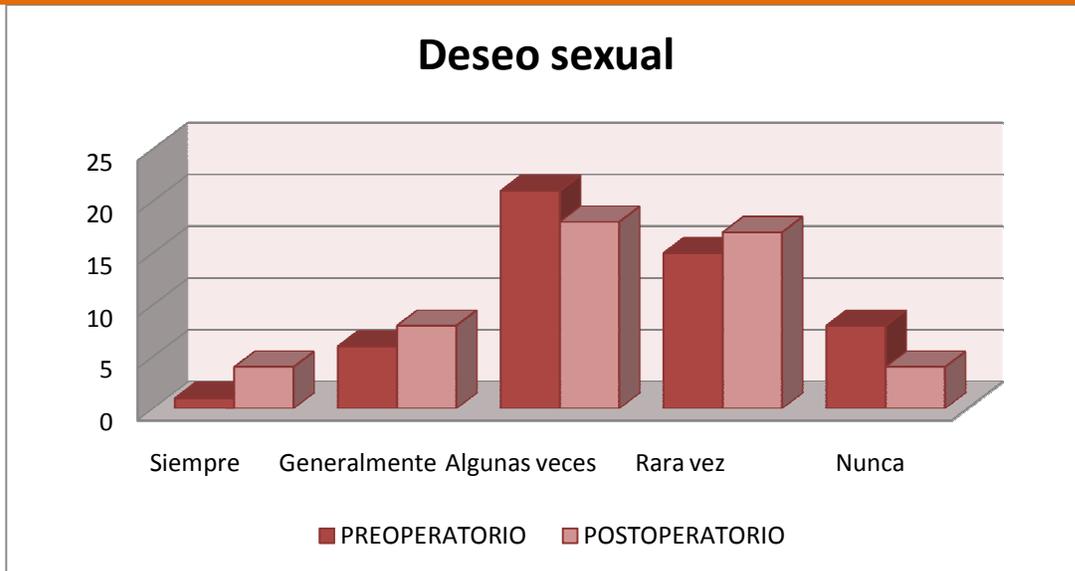
**TABLA 1:
EDAD PROMEDIO DE LAS PACIENTES**

EDAD	N. PACIENTES	PORCENTAJE
35-39	6	11.76%
40-44	6	11.76%
45-49	9	17.65%
50-54	12	23.53%
55-59	8	15.69%
60-64	7	13.73%
65-70	3	5.88%
TOTAL:	51	100%



En la siguiente tabla se observan las diferencias de la frecuencia del deseo sexual, se muestra un discreto aumento en el postoperatorio (n=12) en relación al preoperatorio (n=7)

Tabla N. 2	Frecuencia de		de	
deseo sexual	PREOPERATORIO	%	POSTOPERATORIO	%
Siempre	1	1.96%	4	7.84%
Generalmente	6	11.76%	8	15.69%
Algunas veces	21	41%	18	35.29%
Rara vez	15	29.41%	17	33.33%
Nunca	8	15.60%	4	7.84%
TOTAL	51	100%	51	100.00%



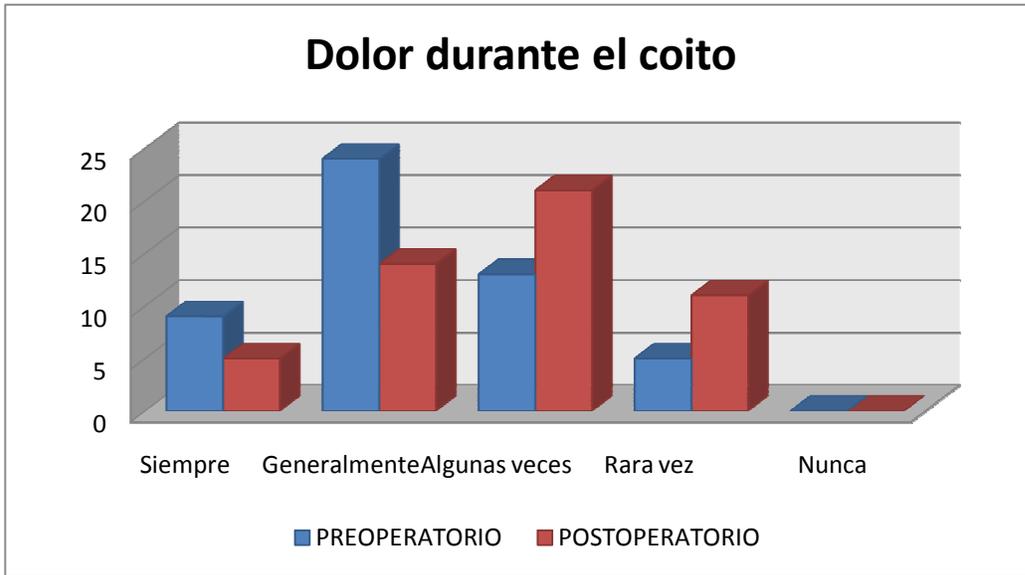
La incontinencia urinaria durante el acto sexual se presentaba en el 56% de las pacientes (n=29), mejoró notablemente en los seis meses postquirúrgicos y se presentó sólo en el 3.92% (n=2).

Tabla N. 3 Presencia de incontinencia urinaria durante el acto sexual	PREOPERATORIO %		POSTOPERATORIO %	
Siempre	9	17.65	0	0
Generalmente	20	39.2	2	3.92
Algunas veces	13	25.5	21	41.18
Rara vez	6	11.8	17	33.33
Nunca	3	5.9	11	21.57
TOTAL	51	100.0	51	100



Se observa que la dispareunia prevaleció en la respuestas de Siempre y Generalmente ocupando el 64.71% (n=33); y en la evaluación postoperatoria dicha alteración disminuye a sólo el 37.25% (n=19).

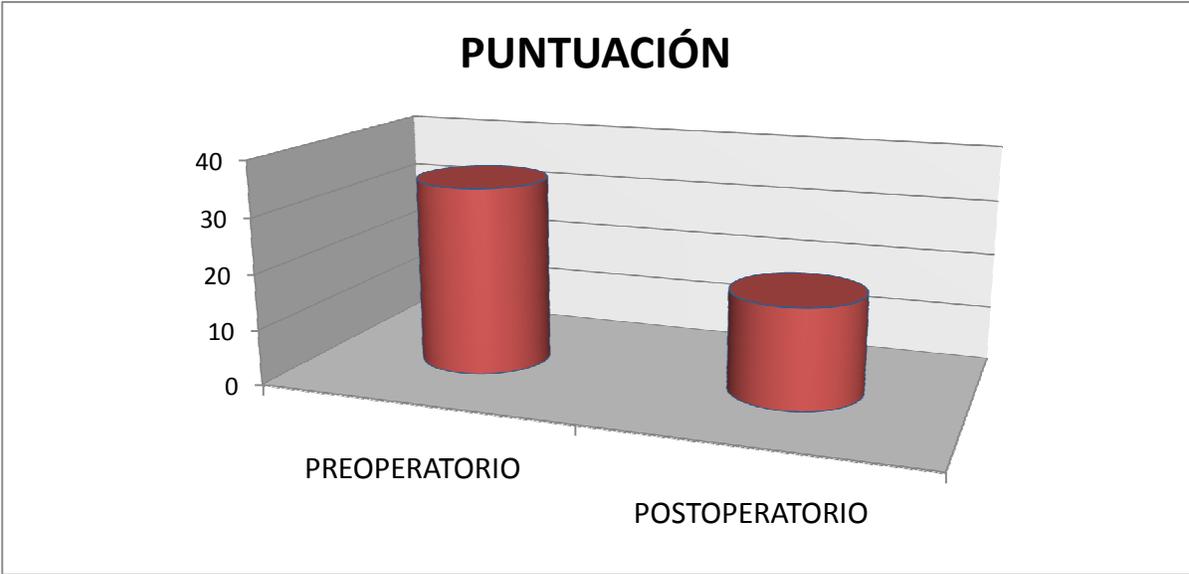
Tabla N. 5 Dolor durante el coito	PREOPERATORIO %		POSTOPERATORIO %2	
Siempre	9	17.65	5	9.80
Generalmente	24	47.06	14	27.45
Algunas veces	13	25.49	21	41.18
Rara vez	5	9.80	11	21.57
Nunca	0	0.00	0	0.00
TOTAL	51	100.00	51	100.00



Finalmente se realizó la suma del total de puntos para cada cuestionario preoperatorio y postoperatorio y se parearon los resultados con El signo de Wilcoxon test (prueba de hipótesis estadística no paramétrica para el caso de dos muestras relacionadas o mediciones repetidas en una sola muestra). Se obtuvieron los siguientes datos:

	PREOPERATORIO	POSTOPERATORIO
VALOR TOTAL	51	51
MEDIANA	34	18
MÍNIMO	26	11
MÁXIMO	40	34

TABLA DE RESULTADOS			
	PREOPERATORIO	POSTOPERATORIO	P
PUNTUACIÓN	34	18	<0.001



DISCUSIÓN:

La colocación de una cinta libre de tensión transobturadora ha demostrado en la actualidad ser uno de los tratamientos de elección en las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. Alguno de los inconvenientes que estos nuevos procedimientos han sugerido tener, ha sido el dolor posoperatorio y la dispareunia. No existen hasta el momento reportes en la literatura mundial que hablen del impacto de la cirugía clásica antiincontinencia sobre la función sexual, por lo que no puede atribuirse hasta el momento que los procedimientos quirúrgicos actuales como el TVT-O deterioren ésta. El presente estudio nos muestra una significativa mejoría en la función sexual de las mujeres sometidas a la colocación de una TVT-O. Los hallazgos de nuestra investigación apoyan los resultados obtenidos en otras series, sin embargo es importante continuar con un seguimiento a largo plazo y poder elaborar un estudio comparativo con las técnicas quirúrgicas clásicas para poder valorar si la mínima invasión de estos nuevos procedimientos ofrece entre otras ventajas una mejoría en la función sexual de las pacientes.

CONCLUSIONES:

La colocación de cita libre de tensión transobsturadora en pacientes con incontinencia urinaria tiene impacto positivo en la vida sexual ya de acuerdo a los resultados obtenidos ninguna paciente presentó deterioro en la función sexual.

Es importante dar seguimiento a largo plazo a las pacientes sometidas a cirugías mínimamente invasivas para poder correlacionar resultados con cirugías clásicas y determinar así el impacto sexual en ambos casos.

Por lo anterior, es recomendable aplicar el cuestionario PISC-12 a toda paciente con incontinencia urinaria candidata a colocación de TVT-O desde el momento en que se decida dicho tratamiento quirúrgico y realizar el cuestionario en los tres meses siguientes a la cirugía.

10.- BIBLIOGRAFÍA

1. Loie Sentilhes, Aurelien Berthier, Cecile Loisel, et.al. "Female sexual function following surgery for stress urinary incontinence: tension-free vaginal versus transobturator tape procedure" *Int Urogynecol J* (2009) 20: 393-399.
2. Loie Sentilhes., Aurelien Berthier., Fabrice Sergent "Sexual function in woman before and after transvaginal mesh repair for pelvic organ prolapse" *Int Urogynecol J* (2008) 19: 763-772
3. Jha S., Radley S., Farkas A., et.al "The impact of TVT on sexual function" *Int Urogynecol J* (2009) 20: 165-169.
4. Rebecca G., Kimberly W., Dorothy K. et.al. "A short form of the Pelvic Organ Prolapse/urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)" *Int Urogynecol J* (2003) 14: 164-168.
5. Matthew D. Barber. "Questionnaires for women with pelvic floor disorders" *Int Urogynecol J* (2007) 18: 461-465.
6. *Uroginecología y disfunción del piso pélvico*, 5 ed. Donald R. Ostergard, Mc Graw Hill
7. Murphy M, Raalte H, Mercurio E., Incontinence-related quality of life and sexual function following the tension-free vaginal tape versus the "inside-out" tension-free vaginal tape obturator, *Int Urogynecol J* (2008) 19:481-487
8. Lone Mouritsen, Pathophysiology of sexual dysfunction as related to pelvic floor disorders *Int Urogynecol J* (2009) 20 (Suppl 1):S19-S25

ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No requiere por las características del estudio y por la manera en como se obtendrá la información.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN INCONTINENCIA URINARIA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (PISC-12)

La siguiente lista es un cuestionario acerca de su vida sexual y la de su pareja. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales serán utilizadas para comprender cuál es la importancia de la vida sexual de las pacientes. Al contestar, considere su sexualidad sólo en los últimos seis meses previos. Gracias por su cooperación.

1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Esta sensación puede incluir deseo por tener sexo, planear tener sexo, sensación de frustración por la falta de sexo, etcétera.

Siempre Generalmente Algunas veces Rara vez Nunca

2. ¿Usted presenta un orgasmo cuando tiene relaciones sexuales con su pareja?

Siempre Generalmente Algunas veces Rara vez Nunca

3. ¿Usted se siente sexualmente excitada cuando tiene actividad sexual con su pareja?

Siempre Generalmente Algunas veces Rara vez Nunca

4. ¿Usted se siente satisfecha con la variedad sexual en su actual vida sexual?

Siempre Generalmente Algunas veces Una vez Nunca

5. ¿Usted siente dolor durante el coito?

Siempre Generalmente Algunas veces Una vez Nunca

6. ¿Usted presenta incontinencia urinaria (fuga de orina) durante el acto sexual?

Siempre Generalmente Algunas veces Una vez Nunca

7. ¿Usted siente que la incontinencia (fecal o urinaria) restringe su vida sexual?

Siempre Generalmente Algunas veces Una vez Nunca

8. ¿Usted evita el acto sexual porque siente un “abultamiento” en la vagina (vejiga, recto o vagina salida)?

Siempre Generalmente Algunas veces Una vez Nunca

9. Cuando usted tiene sexo con su pareja, ¿tiene reacciones emocionales negativas tales como temor, disgusto, vergüenza, o sentimiento de culpa?

Siempre Generalmente Algunas veces Una vez Nunca

10. ¿Su pareja tiene problemas de “erección” que afecten su vida sexual?

Siempre Generalmente Algunas veces Una vez Nunca

11. ¿Su pareja tiene problema de “eyaculación precoz” que afecte su vida sexual?

Siempre Generalmente Algunas veces Una vez Nunca

12. Compare los orgasmos que tenía en el pasado con la intensidad de los orgasmos que tiene en los últimos seis meses:

Mucho menos intenso Menos intenso Igual de intenso

Más intenso Mucho más intenso

El puntaje se calcula sumando las puntuaciones de cada pregunta con 0 = nunca y 4 = siempre. Para las preguntas 1, 2, 3 y 4 la puntuación se utiliza al revés. El cuestionario corto se puede utilizar hasta con dos respuestas ausentes. Para manejar los valores faltantes de la suma se calcula multiplicando el número de elementos por la media de los elementos de respuesta. Si hay más de dos respuestas que falten, la forma corta ya no predice los resultados como la forma larga. El puntaje de la forma corta de resultados sólo puede ser reportado como total. Aunque la forma corta refleja el contenido de los tres factores de la forma larga, no es posible analizar los datos a nivel factor. Para comparar los resultados de forma corta y larga, multiplicar la puntuación de forma corta por 2.58.

Hospital de Ginecoobstetricia N. 4 Luis Castelazo Ayala

ANEXO: CARTA DE AUTORIZACION DEL PROYECTO POR PARTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD (CLIS)