



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4  
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**COMPARACIÓN PREOPERATORIA Y POSTOPERATORIA DEL NIVEL DE  
CALIDAD DE VIDA DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON  
INCONTINENCIA URINARIA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS  
R-2017-3606-42**

**TESIS**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

**UROLOGÍA GINECOLÓGICA**

PRESENTA

Dra. Karen Miroslava Castro Mondragón

TUTOR DE LA TESIS

Dra. Carmen Janet Marín Méndez

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. en C. Eunice López Muñoz



Ciudad de México.

Diplomación oportuna, Julio 2018.  
Graduación, Febrero 2019.



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.

## **CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**

Por medio de la presente informo que la Dra. Karen Miroslava Castro Mondragón, residente de la especialidad en Urología Ginecológica ha concluido la escritura de su tesis **Comparación preoperatoria y postoperatoria del nivel de calidad de vida de la función sexual en pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos**, con número de registro R-2017-3606-42, por lo que otorgamos autorización para su presentación y defensa de la misma.

---

**Dr. Oscar Moreno Álvarez**

Director

Unidad Médica de Alta Especialidad,  
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala",  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

---

**Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer**

Director de Educación e Investigación en Salud,  
Unidad Médica de Alta Especialidad,  
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala",  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

---

**Dr. Sebastián Carranza Lira**

Jefe de la División de Investigación  
Unidad Médica de Alta Especialidad,  
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala",  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

---

**Dra. Carmen Janet Marín Méndez**

Tutor de la tesis

Médico especialista en Urología Ginecológica,  
Unidad Médica de Alta Especialidad,  
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala",  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

---

**Dra. en C. Eunice López Muñoz**

Asesor Metodológico

Investigador de la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva,  
Unidad Médica de Alta Especialidad,  
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala",  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
Agradecimientos	5
Resumen	6
Abstract	7
Marco teórico	8
Justificación	17
Planteamiento del problema	17
Pregunta de investigación	17
Objetivos	18
Hipótesis	18
Material y métodos	18
Diseño del estudio	19
Ubicación y población de estudio	19
Criterios de selección	19
Variables de estudio	20
Muestreo	22
Tamaño de la muestra	22
Estrategia de trabajo	22
Análisis estadístico	22
Procesamiento de datos	22
Aspectos éticos	23
Resultados	24
Discusión	37
Conclusión	42
Referencias bibliográficas	43
Anexo 1. Hoja de recolección de datos	45
Anexo 2. Consentimiento informado	47
Anexo 3. Diagrama de BUMP	48
Carta Dictamen	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

		<b>Pág.</b>
Figura 1.	Clasificación del IMC según la OMS	24
Figura 2.	Frecuencia de comorbilidad	25
Figura 3.	Tipo de cirugía uroginecológica previa	26
Figura 4.	Tipo de incontinencia urinaria	26
Figura 5.	Alteraciones relacionadas con la incontinencia urinaria	27
Figura 6.	Dispareunia postquirúrgica	31

## ÍNDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
Tabla 1.	Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov de las variables cuantitativas	24
Tabla 2.	Frecuencia de tabaquismo y alcoholismo	25
Tabla 3.	Grado y tipo de prolapso genital	27
Tabla 4.	Tipo de cirugía realizada	28
Tabla 5.	Frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.	30
Tabla 6.	Manejo de las complicaciones postquirúrgicas.	30
Tabla 7.	Puntaje del cuestionario PISQ-2 pre y postquirúrgico (Prueba del signo de Wilcoxon).	32
Tabla 8.	Proporción de pacientes con afectación en los dominios emotivo, físico y de pareja pre y postquirúrgica.	33
Tabla 9.	Proporción de pacientes con afectación en el resultado global de la evaluación pre y postquirúrgica.	33
Tabla 10.	Cambio en el estado de afectación pre y postquirúrgica del dominio emotivo.	34
Tabla 11.	Cambio en el estado de afectación en el resultado global de la evaluación pre y postquirúrgica.	35

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por darme tanto y todo en la vida, quien siempre me ha protegido y me ha puesto a las mejores personas en mi camino.

A Ulises Castro Ramírez e Irma Mondragón Argueta, mis hermosos padres, por permitir mis ausencias y mi falta de atención cuando más me necesitaban, por siempre creer en mí y luchar hombro con hombro para impulsarme a que lograra cumplir mis metas. Todos sus esfuerzos, cuidados y amor incondicional, son los elementos que hoy me permiten, concluir una muy importante etapa de mi vida como persona y profesionista.

A mis hermanas Monserrat y Mirelle que son la muestra más grande de que el amor puro existe, les agradezco por cada momento compartido, tanta felicidad que aportan a mi vida y sobre todo su apoyo inmenso, con tal de verme cumplir mi objetivo. Las adoro bebés.

Reconocer y agradecer sinceramente a la Dra. Carmen Janet Marín Méndez por compartir su sabiduría conmigo y despertar en mí el amor por la Uroginecología, incluso cuando apenas era una residente “chiquita” su R3, por su enorme contribución en mi desarrollo como especialista, por todos los momentos vividos y de enorme aprendizaje. Mi respeto y admiración por siempre.

Agradecer encarecidamente a la Dra. Eunice López Muñoz, por toda la paciencia y apoyo para concretar este objetivo, mi más sincera admiración por toda su capacidad y conocimiento científico, su responsabilidad y ejemplo profesional, la enaltecen por siempre. Sabe cuánto la estimo y respeto.

A todos mis maestros del Servicio de Urología ginecológica, Dra. Edna Cortes Fuentes, Dra. Dubeth Caisapanta Maldonado, Dr. Raúl Herrera, que sembraron en mí, una parte de ellos, no solo su amistad, que estoy segura que será para siempre, sus conocimientos compartidos, su tiempo y paciencia, por siempre invaluable.

A mis compañeros de la subespecialidad, puesto que con ellos el camino para completar esta meta, fue divertido y más sencillo, los llevo en mi corazón.

Al HGO4 Luis Castelazo Ayala mi “casa”, mi “catedral”, muy orgullosa de pertenecer a los médicos formados por esta noble institución.

A todas mis pacientes, quienes reafirman mi decisión de seguir en el camino de la Medicina.

Gracias a todos....

## RESUMEN

**Antecedentes:** La disfunción del piso pélvico se asocia con alteraciones en la función sexual. Se ha demostrado una mejoría en los síntomas que producen dichas patologías posterior a la cirugía correctiva, sin embargo no se ha evaluado la calidad de vida en la función sexual antes y después de la cirugía.

**Objetivo:** Evaluar la diferencia en el nivel de calidad de vida antes vs. 3 meses después del tratamiento quirúrgico.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, longitudinal, comparativo, prospectivo, incluyó pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos, atendidas en el periodo comprendido del 1 de septiembre a 31 de marzo de 2018, se solicitó carta de consentimiento informado. Se aplicó el cuestionario PISQ-12, previo a la intervención y 3 meses después de la cirugía. Se realizó estadística descriptiva con tablas y gráficos de frecuencias para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se efectuó prueba del signo de Wilcoxon para comparar media del puntaje obtenido antes y 3 meses después del procedimiento quirúrgico correctivo.

**Resultados:** El 63% no tenían trastorno de la función sexual, 32% con trastorno moderado y 3% con trastorno severo. Posterior a cirugía el 1% con trastorno severo mejoraron a trastorno moderado y 3% con trastorno moderado permanecieron igual. Dominios físico y de pareja fueron los que presentaron mayor mejoría posterior a la cirugía.

**Conclusiones:** Las técnicas quirúrgicas mejoraron significativamente la función sexual de las pacientes con disfunción del piso pélvico, obteniendo estas mujeres mejora en su calidad de vida.

**Palabras clave:** función sexual; trastorno; incontinencia; prolapso; calidad de vida; mujeres.

## **ABSTRACT**

**Background:** Pelvic floor dysfunction is associated with alterations in sexual function. It has been shown an improvement in the symptoms that produce these pathologies after corrective surgery, however the quality of life in sexual function before and after surgery has not been evaluated.

**Objective:** To evaluate the difference in the level of quality of life before vs. 3 months after the surgical treatment.

**Material and Methods:** Observational, longitudinal, comparative, prospective study, included patients with urinary incontinence and prolapse of pelvic organs, attended in the period from September 1 to March 31 of 2018, an informed consent letter was requested. The PISQ-12 questionnaire was applied, prior to the intervention and 3 months after the surgery. Descriptive statistics were made with tables and graphs of frequencies for the qualitative variables, measures of central tendency and dispersion for the quantitative variables. A Wilcoxon sign test was performed to compare the average of the score obtained before and 3 months after the corrective surgical procedure.

**Results:** 63% had no sexual function disorder, 32% had a moderate disorder and 3% had a severe disorder. After surgery, 1% with severe disorder improved to moderate disorder and 3% with moderate disorder remained the same. Physical and partner domains were those that presented greater improvement after surgery.

**Conclusions:** Surgical techniques significantly improved the sexual function of patients with pelvic floor dysfunction, obtaining these women improving their quality of life.

**Key words:** sexual function; disorder; incontinence; prolapse; quality of life; women.

## 1. MARCO TEORICO

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social que se relaciona con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia (1). La actividad sexual en las mujeres es importante por muchas razones diferentes, incluyendo la fuerte necesidad de intimidad emocional. Los modelos lineales sexuales tradicionales describen la respuesta sexual como invariable, igual en hombres y mujeres, donde el deseo siempre precede a la excitación. Más recientemente, se ha desarrollado un nuevo modelo no lineal de la respuesta sexual femenina que integra la intimidad emocional, los estímulos sexuales y la satisfacción de la relación (2). Este modelo reconoce que el funcionamiento sexual femenino es más complejo y que no es lineal como en el caso del hombre, empezando muchas mujeres un encuentro sexual desde un punto de neutralidad sexual.

La sexualidad parece un tema sencillo y fácil de abordar ya que se refiere a algo que forma parte del propio ser del individuo, con frecuencia se relaciona con la actividad coital exclusivamente, aunque incluya otros aspectos y que de forma permanente sea mostrada por el sujeto (3). La sexualidad es una parte fundamental en la vida del ser humano, mediante ella este ha podido reproducirse, conocer su anatomía y relacionarse con el sexo opuesto; si bien la actividad sexual es algo natural, un alto porcentaje de personas en algún momento de sus vidas relata presentar alguna alteración de la misma y, como consecuencia, no disfruta de una actividad sexual satisfactoria (4).

Actualmente la función sexual es considerada como uno de los indicadores más importantes de la calidad de vida, la cual está influenciada por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales (4,5). Es por ello que, no debe comprenderse la sexualidad humana sin reconocer de antemano su carácter pluridimensional; es decir, aquella que incluye una dimensión personal, individual, donde se expresa el yo del individuo; una dimensión de pareja donde haya una expresión de vivencias, goce, placer o displacer en la pareja; una dimensión familiar donde se manifieste la reproducción y la comunicación filial, así como también una dimensión social donde se exprese comunicación y mandatos sociales (6).

Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5, la disfunción sexual femenina (DSF) incluye trastornos del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo y trastornos sexuales por dolor genito-pélvico o penetración (7). Para diagnosticar en una mujer una disfunción sexual es clave investigar el grado de preocupación que este problema le produce. Existe acuerdo en que la definición de la disfunción sexual femenina implica que a la mujer le preocupa este problema sexual, en mayor o menor grado.

Existe una asociación entre disfunción sexual femenina y una pobre salud física, mental y un deterioro en la calidad de vida (7). Desde el punto de vista clínico es importante tener en cuenta distintos factores que influyen en la salud sexual, el papel del contexto interpersonal, social y de la salud mental son importantes, pero también lo son la enfermedad crónica y la salud sexual de la pareja. Los efectos de la enfermedad sobre la función sexual pueden ser mediados directamente por los mecanismos fisiológicos o por factores psicológicos relacionados con la enfermedad. El tratamiento en sí de la propia enfermedad puede afectar la función sexual. La comorbilidad de las mujeres con disfunción sexual es muy común, y en el marco de la evaluación de la disfunción sexual es necesario evaluar factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de ésta (8).

La patología del suelo pélvico, incluyendo la incontinencia urinaria, la incontinencia anal y el prolapso de órganos pélvicos, es muy prevalente, afectando aproximadamente a un tercio de las mujeres adultas. Aunque esta patología no supone un riesgo vital para estas mujeres, sus consecuencias sociales y económicas pueden ser importantes; sus síntomas pueden causar alteraciones significativas e interferir con las actividades de la vida diaria incluyendo la capacidad de funcionamiento físico, social y sexual (8)

La disfunción sexual en la mujer tiene diversas causas, sin embargo desórdenes del piso pélvico como la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos, pueden tener influencia en la satisfacción y funcionalismo sexual. La relación entre el prolapso de órganos pélvicos y la función sexual no es del todo entendida, las mujeres con esta patología pueden manifestar dispareunia, decremento en la capacidad

orgásmica, disminución de la libido y sentimientos de miedo o vergüenza en relación a su alteración anatómica (9).

En el estudio de la función sexual, al igual que cualquier problema uroginecológico crónico, no debe ser subestimado en relación con otros factores que se consideran más relacionados, como son la edad o la menopausia, y es importante considerar el papel que factores anatómicos-biológicos pueden tener en la respuesta sexual de la mujer. Las consecuencias psicológicas de la patología del suelo pélvico pueden llegar a ser clínicamente relevantes y afectar la vida sexual (por ejemplo depresión relacionada con la incontinencia urinaria grave), limitando la respuesta a la capacidad para iniciar relaciones sexuales o la propia respuesta sexual. Debido a ello es importante conocer los efectos en la actividad y la función sexual del dolor pélvico secundario a los problemas uroginecológicos.

En países desarrollados se ha reportado una prevalencia del 30% para la disfunción sexual en mujeres de mediana edad, secundario a disfunción del piso pélvico manifestado por prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria, con una tendencia al aumento en relación con la edad (10). Anualmente se llevan a cabo aproximadamente 200,000 procedimientos quirúrgicos en pacientes que padecen de prolapso de órganos pélvicos, estimándose que una mujer durante toda su vida tiene un riesgo de ser llevada a cirugía por prolapso de órganos pélvicos del 11.1% y que posterior a su tratamiento quirúrgico, el funcionamiento sexual se restablece incluso hasta en más de 100% de los casos (10).

En la actualidad en países en vías de desarrollo como Venezuela la incidencia de disfunción del piso pélvico es baja, siendo reportada en 9.4%, es decir 1 de cada 10 mujeres presenta disfunción; estando relacionada con la incontinencia urinaria de esfuerzo y afectando principalmente a mujeres en etapa de climaterio y menopausia (11).

Algunos estudios han encontrado que los trastornos del suelo pélvico afectan negativamente el funcionamiento sexual, donde casi la mitad de las pacientes con incontinencia urinaria considera que su trastorno urinario ha afectado negativamente la función sexual. Sin embargo, otros estudios han encontrado que la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria no difiere de la

de aquellas mujeres con continencia y sin prolapso (12), de ahí radica la interrogante para el presente estudio, el determinar la importancia de afectación a la calidad de vida en mujeres con patología de piso pélvico.

En la consulta ginecológica de la paciente con trastornos del piso pélvico, es frecuente que la sexualidad integre un componente implícito de las preocupaciones de estas pacientes; surgiendo frecuentemente durante la entrevista clínica elementos que orientan a alteraciones de la sexualidad. En estudios que han considerado el estudio de la función sexual como una forma de medir los resultados de las intervenciones efectuadas para tratar los problemas del piso pélvico, la mayoría de sus participantes, si bien han convenido que el sexo es una parte importantes de sus vidas, muchas no se encuentran satisfechas con su vida sexual, puesto que su capacidad de tener y de disfrutar del sexo había empeorado en los últimos 6 meses, por la presencia de estos trastornos (11).

La evaluación de la actividad y de la función sexual en cada visita médica debería formar parte del contenido habitual de la atención a las pacientes que consultan por problemas uroginecológicos, con el objetivo de realizar un tamizaje que permita la identificación de las mujeres con posibles problemas sexuales. Es aconsejable que las preguntas relacionadas con la actividad y la función sexual se hagan durante la entrevista clínica estando la mujer vestida y no durante la exploración física; así se evita que el hablar de sexualidad produzca un mayor grado de ansiedad y sensación de vulnerabilidad, que el que ya de por sí, para la mayoría de las mujeres, supone la exploración pélvica. Cuanto más cómodo se sienta el médico con la terminología sexual, más sencillo será para la paciente comunicar sus preocupaciones sexuales y discutir las. Los cuestionarios auto administrados son un método discreto y reproducible para evaluar la salud sexual femenina. Tanto clínicos como investigadores reconocen la importancia de la obtención de información de los pacientes sin sesgos y de una manera reproducible. Los cuestionarios en general miden información subjetiva de una forma objetiva (13).

Las alteraciones sexuales siguen siendo un tema de importancia en la consulta ginecológica, por lo que en los últimos años se han elaborado múltiples pruebas a fin de valorar la función sexual femenina, existiendo diversas pruebas de evaluación que

se pueden dividir en pruebas específicas y generales. Las pruebas específicas estudian la función sexual femenina con disfunción del suelo pélvico, mientras que las pruebas generales la estudian sin patología previa específica. A continuación se presentan las pruebas más empleadas, sus características particulares y generales, así como sus interpretaciones de resultados con el fin de valorar la disfunción sexual en mujeres con patologías de piso pélvico.

#### Cuestionarios de Sexualidad.

<b>Específicos</b>	<b>Generales</b>
PISQ-12	SHF 12
PISQ 31	PISQ 24
FSF 1	FSM
ICIQ-VSEX	SFQ-IV
ICIQ- V	SHOW-Q

PISQ-12 (España Pons 2008); PISQ-31 (Romero AA 2003); SHF-12 y SHF-24 , *Sexual History Form* (Creti1988, Ware 1996); FSFI (Wiegand M 2005); FSM, Cuestionario de la función sexual de la mujer (Sánchez 2004); ICIQ-VSex, *Internacional Consultation on Incontinent Moular Questionarie* (Abrams 2006); SFQ-V1, *Sexual function questionnaire* (Quick FH 2002); CSFQ, *Changes in Sexual Functioning Questionnaire* (Bobes FH 2002); ICIQ VS, *International Consultation on Incontinence Questionnaire Vaginal Symptoms* (Price 2006); SHOW-Q, *Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire* (Learnan 2008).

En la actualidad, la valoración del funcionamiento sexual se ha determinado por medio de aplicación del cuestionario *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-31), mismo que fue creado por Rogers y cols. y diseñado inicialmente como un instrumento específico, fiable, válido y auto-administrado para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia (urinaria o fecal), dicho cuestionario tiene 31 ítems y contiene 3 dimensiones: emocional, física y de la pareja (8).

Los mismos autores que desarrollaron el PISQ-31 presentaron una versión corta de 12 ítems del mismo cuestionario. Éste último tiene una puntuación máxima de 48 y puede ser convertido a su versión PISQ-31 multiplicando sus puntuaciones por 2.58. Es específico para evaluar la función sexual en mujeres con incontinencia y prolapso. El cuestionario *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* en su versión corta (PISQ-12) en castellano fue desarrollado por la Dra. España y cols. y es el primer cuestionario validado y adaptado culturalmente para su uso en lengua castellana como medio de evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso

genital y/o incontinencia urinaria (Anexo 1). El estudio de adaptación cultural y validación se llevó a cabo mediante cuatro fases: traducción (traducción al español de las 12 preguntas del cuestionario original), retrotraducción (las 12 preguntas traducidas del inglés al español fueron de nuevo traducidas al inglés y mediante consenso de expertos se generó la versión española definitiva), panel de pacientes y expertos (verificaron que la población española entendía e interpretaba lo mismo al leer los ítems traducidos, equivalencia conceptual entre la versión norteamericana original y la versión española) y evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del PISQ-12 (análisis estadísticos de factibilidad, validez y fiabilidad) (8).

El cálculo de la puntuación del cuestionario PISQ-12, se realiza mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem, de 0: siempre, a 4: nunca; invirtiéndose la puntuación para los ítems 1, 2, 3 y 4. El PISQ-12 aborda el orgasmo y la incontinencia con dos preguntas, y con solo una, la excitación, la satisfacción, el dolor coital, la frecuencia en las relaciones sexuales, el prolapso genital, el miedo-vergüenza ante la relación sexual, la eyaculación precoz y la disfunción eréctil.

El cuestionario se divide en los mismos tres dominios que la versión larga o PISQ-31:

1. Dominio conductual o emotivo: ítems 1, 2, 3 y 4.
2. Dominio físico: ítems 5, 6, 7, 8 y 9.
3. Dominio relativo a la pareja: ítems 10 y 11.

El disponer de un cuestionario corto facilita su uso para evaluar los resultados de los tratamientos, para comparar las puntuaciones de antes y después del tratamiento y matizar el concepto de éxito o fracaso del mismo (14).

La evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria mediante cuestionarios permite obtener e identificar las disfunciones sexuales en estas mujeres. El cuestionario del tipo PISQ, ha sido utilizado para valorar la actividad y la función sexual general, así como los resultados después del tratamiento, siendo considerado actualmente como el único cuestionario

condición-específico con gran utilidad para comparar grupos de mujeres con distintos problemas uroginecológicos (13).

El tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos, debe disminuir los síntomas, mantener y eventualmente mejorar la funcionalidad de los órganos pélvicos así como también restituir la anatomía. Una mala valoración de cualquiera de estos aspectos generará un error en la elección de la técnica o materiales a utilizar, haciendo altamente probable las recidivas o la aparición de complicaciones a largo plazo (12,15).

Las técnicas quirúrgicas clásicas poseen un alto porcentaje de recurrencia, que puede ser del 5 al 40% para prolapso anterior (12). Se ha encontrado que la corrección quirúrgica se acompaña de frecuentes recidivas por fallas en la pared o compartimiento anterior aproximadamente en un 30% de las pacientes, y hasta un 3 a 5% de recidiva del prolapso de cúpula (9). Estas cifras han propiciado un replanteamiento de la fisiopatología del prolapso y el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas como las cintas y mallas; sin embargo, éstas no se encuentren disponibles en una gran parte de los hospitales del sector público.

Los procedimientos reconstructivos, tienen como objetivo mantener la longitud, el diámetro y el eje vaginal fisiológico, a fin de preservar la función sexual, urinaria e intestinal (10). En este sentido, posterior a la corrección quirúrgica de los trastornos del piso pélvico se ha informado una mejoría de la función sexual cercana a un 24%, encontrándose solo un 5% de casos que han manifestado lo contrario. La colpoplastia posterior, se ha asociado con un empeoramiento de la función sexual y aumento de la dispareunia (11). Por consiguiente, en la investigación de los resultados de tratamientos para estas patologías, hay que tener en cuenta, que cualquier medida que se proponga para resolver los problemas de piso pélvico, debería ser evaluable desde el punto de vista de la paciente, en cuanto al impacto en su calidad de vida del tratamiento aplicado y su relación con los cambios en los síntomas urinarios, anorectales y sexuales (14).

Al respecto de la incontinencia urinaria está documentado que es un problema que afecta aproximadamente al 6% de la población estadounidense y aunque se estima una prevalencia en los adultos del 15 al 30%, se presenta en todas las edades,

detectándose un incremento progresivo según avanza la edad. Así mismo supone un gran coste, estimado en 10 billones de dólares al año. En España está reconocido como un problema de salud que genera un gran gasto económico a los sistemas sanitarios públicos. En Madrid, en el año 2000, generó el 8.8% del gasto total de farmacia (15). El interés por el concepto y la medida de la calidad de vida en el área de la salud surge por varios motivos. Por un lado, el entendimiento de la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no solamente como la ausencia de enfermedad y dolencia; por otro lado, el extraordinario desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria, han propiciado el interés por la medida de la “calidad de vida”, cuyo propósito consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo (16).

Se ha descrito que tras la cirugía de la incontinencia, la puntuación media de todas las escalas de cuestionarios de calidad de vida son significativamente inferiores a las que presentaban las pacientes previamente a la misma. La mejoría en la puntuación de la escala de salud general tras la cirugía anti-incontinencia se ha relacionado con un menor número de frecuencia miccional nocturna después de la cirugía, una media menor de escapes de orina al día durante la última semana después de la cirugía y una mejoría en la puntuación de la escala sueño/energía. El desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria, ha favorecido los resultados y ha disminuido el número de complicaciones, manifestándose en la evolución favorable de los cambios miccionales tras la cirugía y en una mejoría de la calidad de vida tras la intervención. En la literatura existen distintos estudios sobre calidad de vida en pacientes intervenidas de incontinencia urinaria utilizando diversos cuestionarios en donde se manifiesta que la calidad de vida de las pacientes mejora en todas las dimensiones (salud mental, desarrollo social, satisfacción sexual) tras la cirugía (16).

La escala de relaciones personales es considerada una de las que más se beneficia tras la intervención, presentado una media de puntuación superior de satisfacción a la previa registrada. La mejoría en la calidad de vida de las pacientes operadas es patente en todos los trabajos consultados y oscila entre el 80% y el 96% de los casos,

se ha demostrado que conforme transcurre el tiempo tras la cirugía, la puntuación del cuestionario va mejorando. Tras la cirugía, las variables que más se asocian con la mejoría de la calidad de vida son: mayor intervalo entre las micciones diurnas (>120 minutos), no tener escapes de orina y no tener complicaciones postquirúrgicas. Un mayor intervalo entre las micciones, les da a las pacientes una autonomía que antes no tenían y les permite realizar actividades fuera de casa que antes les eran negadas. No tener escapes de orina, es la variable repetida por excelencia, lo cual hace que mejoren en todas las facetas y escalas del cuestionario, pues es lo que más valoran las pacientes y lo que persiguen con la operación y también el no tener complicaciones derivadas de dicha intervención, lo cual les retrasaría su mejoría, o incluso inciden en un detrimento de su estado de salud previo si las pacientes están peor que antes de operarse debido a estas complicaciones. En definitiva, lógicamente, la calidad de vida mejora en mayor medida en relación a la mayor gravedad de síntomas urinarios antes de la intervención (17).

Por último, la cirugía de la incontinencia urinaria ha demostrado producir una mejoría en los síntomas que produce dicha patología y de la importancia o problemática que la paciente le confiere a los mismos. Está claro que esta mejoría repercute en la calidad de vida de las pacientes, en mayor o menor medida, en función de que las pacientes estén totalmente secas o con algún escape de orina a la semana. Podemos afirmar que la calidad de vida de las mujeres sometidas a cirugía por incontinencia urinaria, mejora en todas las dimensiones valoradas sobre todo en la menor limitación de la actividad física, diaria y social (18).

Un estudio realizado en el año 2011, en nuestro Hospital, mostró que la colocación de cinta libre de tensión transobturadora en pacientes con incontinencia urinaria tenía un impacto positivo en la vida sexual de las pacientes, concordante con lo descrito en la literatura mundial, sin embargo, es necesario evaluar el cambio en el puntaje del PISC-12 antes y después de realizar otro tipo de cirugías correctivas tanto en pacientes con incontinencia urinaria como prolapso de órganos pélvicos.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos presentan una gran morbilidad y una elevada incidencia, así como consecuencias importantes en el bienestar social de las personas afectadas. Uno de los factores más importantes que se modifican es la función sexual, siendo frecuente la insatisfacción sexual en la mayoría de las mujeres con estas patologías, incluso cuando los síntomas de la disfunción del piso pélvico son mínimos. La detección temprana y el tratamiento efectivo son los factores más importantes que pueden reducir la intensidad y las consecuencias sexuales mayores.

Hasta el momento existen pocos estudios a nivel mundial que determinan el nivel de calidad de la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos y ninguno en población mexicana, este campo de importancia esencial sigue siendo poco estudiado actualmente en nuestra población.

### **Pregunta de investigación**

¿Existen diferencias en el nivel de calidad de vida de la función sexual de las pacientes antes vs. 3 meses después del tratamiento quirúrgico correctivo para incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos?

## **3. JUSTIFICACIÓN**

Es necesario comparar el nivel de calidad de vida de la función sexual en pacientes mexicanas con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos, previo y posterior a los procedimientos quirúrgico correctivos, ya que en nuestro medio no está documentado, con el fin de establecer estrategias de acción para mejorar la calidad de vida de dichas pacientes por medio de una atención en salud multidisciplinaria.

## **4. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la diferencia en el nivel de calidad de vida de la función sexual de las pacientes antes vs. 3 meses después del tratamiento quirúrgico correctivo para incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer el nivel de calidad de vida de la función sexual en pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos antes de la cirugía correctiva.
- Conocer el nivel de calidad de vida de la función sexual en pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos 3 meses después de la cirugía correctiva.
- Comparar el nivel de calidad de vida de la función sexual en pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos antes vs. 3 meses después de la cirugía correctiva.

## **5. HIPÓTESIS**

Existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) del 80% en el nivel de calidad de vida de la función sexual de las pacientes antes vs. 3 meses después del tratamiento quirúrgico correctivo para incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos.

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio**

Observacional, longitudinal, comparativo, prospectivo.

### **Lugar o sitio del estudio**

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Urología Ginecológica en la consulta de primera vez y en la consulta subsecuente del postoperatorio, en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala (UMAE HGO4), IMSS.

### **Población de estudio**

Pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos, que acudieron al consultorio de Urología Ginecológica de la UMAE HGO4, IMSS, en el periodo comprendido entre el **1 de septiembre de 2017 y el 31 de marzo de 2018**.

## **Criterios de selección**

### *Criterios de inclusión*

- Mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos.
- Mujeres derechohabientes del IMSS
- Mujeres en quienes se realizó cirugía correctiva de incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de Urología Ginecológica de la UMAE HGO4.

### *Criterios de exclusión*

- Mujeres con alteración psicológica/psiquiátrica conocida (previa a la incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos).
- Mujeres con retraso mental.
- Mujeres con discapacidad motora.

### *Criterios de eliminación*

- Pacientes que no acudieron a revaloración para aplicación de cuestionario en el postoperatorio.

## VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta el momento del estudio.	Cuantitativa continua	Años
Escolaridad	Máximo nivel educativo alcanzado por una persona.	Máximo nivel educativo alcanzado por la paciente.	Nominal	0 = Analfabeta 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Preparatoria 4 = Licenciatura 5 = Posgrado
Tabaquismo	Hábito de consumo de cigarrillos.	Hábito de consumo de cigarrillos.	Nominal dicotómica	0 = NO 1 = SI
Alcoholismo	Hábito de consumo de alcohol.	Hábito de consumo de alcohol.	Nominal dicotómica	0 = NO 1 = SI
Menopausia	Fin de la etapa fértil de la mujer y queda englobado el cese de la menstruación por 12 meses.	Fin de la etapa fértil de la mujer y queda englobado el cese de la menstruación por 12 meses.	Cuantitativa continua	Años
Antecedente de cirugía ginecológica previa	Antecedente de intervención quirúrgica como método de tratamiento para alteración ginecológica previa.	Antecedente de intervención quirúrgica como método de tratamiento para alteración ginecológica previa.	Nominal dicotómica	0 = NO 1 = SI
Índice de masa corporal	Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (Kg/m <sup>2</sup> ).	Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (Kg/m <sup>2</sup> ).	Cuantitativa ordinal	1 = Peso insuficiente ≤ 18.5 2 = Normopeso=18.5-24.9 3 = Sobrepeso Grado I=25-26.9 4 = Sobrepeso Grado II=27-29.9 5 = Obesidad Tipo I=30-34.9 6 = Obesidad Tipo II=35-39.9 7 = Obesidad Tipo III (mórbida)=40-49.9 8 = Obesidad Tipo IV (extrema)=>50
Incontinencia Urinaria	Cualquier pérdida involuntaria de orina, ya sea por esfuerzo, urgencia o mixta.	Cualquier pérdida involuntaria de orina, ya sea por esfuerzo, urgencia o mixta.	Nominal	0 = Esfuerzo 1 = Urgencia 2 = Mixta
Prolapso de órganos pélvicos	Descenso de uno o más estructuras pélvicas: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, el ápex de la vagina (cérvix/útero) o la cúpula vaginal posterior a histerectomía.	Descenso de uno o más estructuras pélvicas: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, el ápex de la vagina (cérvix/útero) o la cúpula vaginal posterior a histerectomía.	Nominal	0 = Cistocele 1 = Rectocele 2 = Cúpula 3 = Uterino
Comorbilidad	Presencia de otras enfermedades excepto alteración psicológica/psiquiátrica o retraso mental.	Presencia de otras enfermedades excepto alteración psicológica/psiquiátrica o retraso mental.	Nominal dicotómica	0 = NO 1 = SI
Tipo de comorbilidad	Enfermedad diagnosticada en la paciente.	Enfermedad diagnosticada en la paciente.	Nominal	Especificar: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad autoinmune, etc.
Calidad de vida	Concepto propio de la sociología, alusión al nivel de comodidades de una persona, una familia o un colectivo. Esta definición es meramente orientativa del grado de satisfacción personal.	Concepto propio de la sociología, alusión al nivel de comodidades de una persona, una familia o un colectivo. Esta definición es meramente orientativa del grado de satisfacción personal.	Nominal	0 = NO 1 = SI

Función sexual	Respuesta fisiológica del organismo, si bien no es una actividad indispensable para la conservación de la propia vida, como algunas otras funciones del organismo, resulta fundamental para mantener la calidad de la misma y la sensación de bienestar y armonía biopsicológica.	Respuesta fisiológica del organismo, si bien no es una actividad indispensable para la conservación de la propia vida, como algunas otras funciones del organismo, resulta fundamental para mantener la calidad de la misma y la sensación de bienestar y armonía biopsicológica.	Nominal	0 = NO 1 = SI
Nivel de calidad de vida función sexual	Grado de nivel de calidad de vida en la función sexual de acuerdo al puntaje obtenido al aplicar el cuestionario PISQ- 2.	Grado de nivel de calidad de vida en la función sexual de acuerdo al puntaje obtenido al aplicar el cuestionario PISQ-12.	Discreta	1. Dominio conductual o emotivo: ítems 1, 2, 3 y 4. 2. Dominio físico: ítems 5, 6, 7, 8 y 9. 3. Dominio relativo a la pareja: ítems 10 y 11.

## **Muestreo**

Muestreo de casos consecutivos.

## **Tamaño de la muestra**

Se incluyeron todas las pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos que fueron atendidas en la consulta de primera vez del servicio de Urología ginecológica, en la UMAE HGO4 en el periodo comprendido entre el **1 de septiembre de 2017 y el 31 de marzo de 2018**, posteriormente fueron valoradas en la consulta subsecuente en el postoperatorio (3 meses después de la cirugía) con fin de valorar el nivel de calidad de vida posterior a tratamiento médico quirúrgico.

## **Estrategia de trabajo**

Se captaron todas las pacientes que cumplían con los criterios de selección en la consulta de primera vez del servicio de Urología Ginecológica. Se informó del proyecto a la paciente y si decidió participar, firmó la carta de consentimiento informado. Se realizó interrogatorio dirigido y se aplicó el cuestionario PISQ-12, mismo que ha sido validado y estandarizado en población de habla hispana, previo a la intervención quirúrgica correctiva de incontinencia urinaria o prolapso de órganos pélvicos. 3 meses después de la intervención quirúrgica se aplicó nuevamente el cuestionario PISQ12. La información fué captada en el cuestionario correspondiente, posteriormente se realizó base de datos y análisis estadístico.

## **Análisis estadístico**

Se realizó estadística descriptiva con tablas y gráficos de frecuencias para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Se efectuó prueba del signo de Wilcoxon para comparar media del puntaje obtenido antes y 3 meses después del procedimiento quirúrgico correctivo de incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos (por grupo de patología).

## Aspectos Éticos

1. El investigador garantiza que este estudio se apegó a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brindó mayor protección a los sujetos del estudio.
2. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación el riesgo de esta investigación se consideró como mínimo dada la aplicación de escalas o inventarios para identificar la presencia de alteraciones en la función sexual.
3. Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevó a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:
  - a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.
  - b. Este protocolo fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro: R-2017-3606-42.
  - c. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.
  - d. En este protocolo los riesgos no superaron a los posibles beneficios.
  - e. En la publicación de los resultados de esta investigación se preservó la exactitud de los resultados obtenidos.
  - f. Al tratarse de un estudio con riesgo mínimo, requirió carta de consentimiento informado por escrito (**Anexo 2**).
4. Se respetó cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont.

## Resultados

### Análisis descriptivo

Se incluyeron 120 pacientes en el estudio. Previo al análisis estadístico se realizó prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las variables cuantitativas descriptoras, sin embargo sólo el peso, talla e IMC mostraron distribución aproximada a la normal (Tabla 1). La mediana de edad de las pacientes fue de 60 años, con un rango intercuartilar de 51-68 años, con un IMC promedio de 28.2 Kg/m<sup>2</sup> (DE±4.3).

Tabla 1. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov de las variables cuantitativas

	Mínimo	Media	Mediana	Máximo	DE	P 25	P 75	p
Edad (años)	27	59	60	77	11	51	68	0.005
Peso (Kg)	45	65	65	90	10	58	72	0.200
Talla (m)	1.38	1.52	1.52	1.73	0.06	1.48	1.56	0.200
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	19.6	28.2	28.0	38.1	4.3	25.0	31.4	0.200
Edad de menopausia	34	45	45	56	4	41	48	0.026

En la Figura 1 se muestra la clasificación del IMC de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, observándose que el 75% de las pacientes presentaba sobrepeso u obesidad.



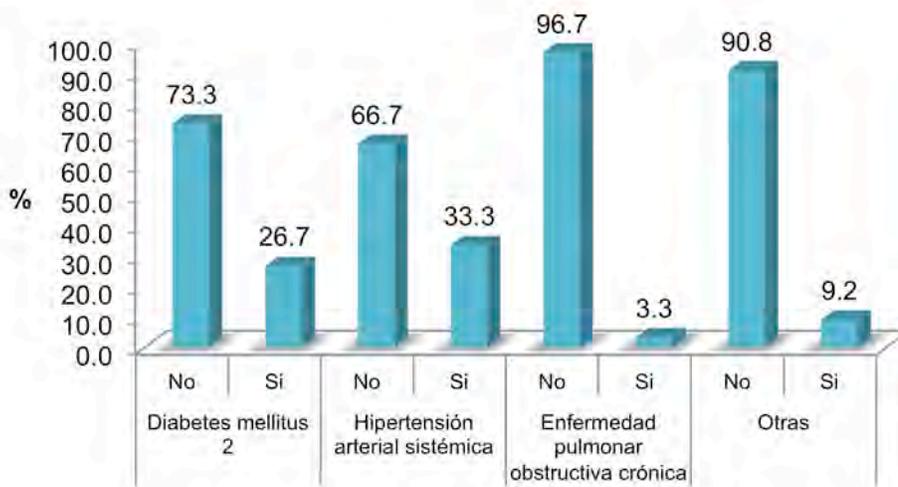
Figura 1. Clasificación del IMC (Kg/m<sup>2</sup>) según la OMS.

En cuanto al antecedente de tabaquismo o alcoholismo, la frecuencia de cada una de ellas se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2. Frecuencia de tabaquismo y alcoholismo.**

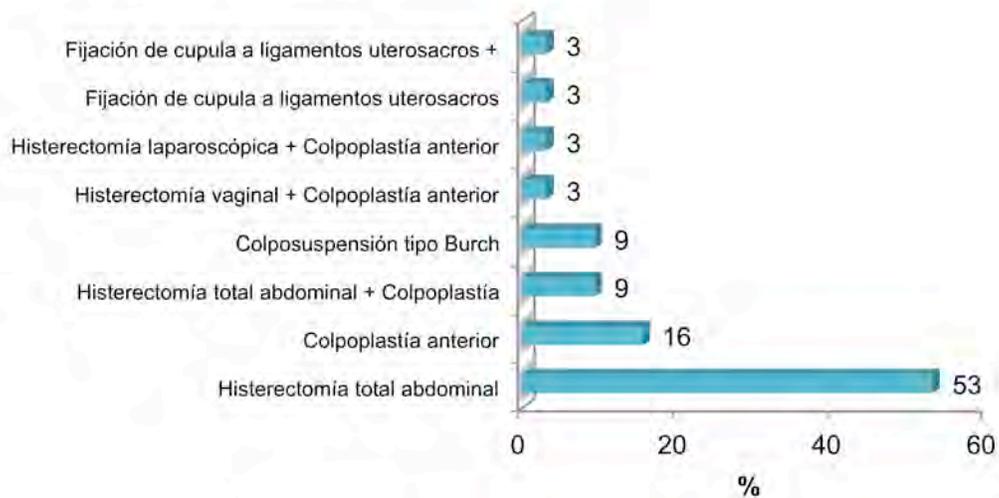
		N	%
<b>Tabaquismo</b>	No	96	80
	Si	24	20
<b>Alcoholismo</b>	No	108	90
	Si	12	10

El 41.7% de las pacientes presentó alguna comorbilidad, en la Figura 2 se muestra la frecuencia de cada una de ellas. Las otras comorbilidades reportadas fueron: asma e insuficiencia venosa (2 casos de cada una de ellas), depresión, artritis reumatoide, gonartrosis, osteoartrosis, varices esofágicas, miocardiopatía y enfermedad renal crónica (1 caso de cada una de ellas).



**Figura 2. Frecuencia de comorbilidad.**

El antecedente de cirugía uroginecológica previa se reportó en el 27% de las pacientes. El tipo de cirugía reportada se muestra en la Figura 3.



**Figura 3. Tipo de cirugía uroginecológica previa**

Respecto a la menopausia, el 91.7% de las pacientes la había presentado. La mediana de edad de la menopausia fue de 45 años con un rango intercuartilar de 41-48 años (Tabla 1).

El 67.5% de las pacientes presentó antecedente de incontinencia urinaria. La frecuencia del tipo de incontinencia urinaria se muestra en la Figura 4.



**Figura 4. Tipo de incontinencia urinaria.**

En 5.7% de los casos, la incontinencia urinaria se acompañó de otras alteraciones (Figura 5).



**Figura 5. Alteraciones relacionadas con la incontinencia urinaria.**

El prolapso genital se reportó en el 71.7% de los casos, en la Tabla 3, se muestra el estadio y puntos del prolapso de órganos pélvicos de acuerdo al diagrama de R. Bump (24) (Anexo 3) y la frecuencia de cada uno de ellos. La frecuencia de prolapsos de la pared anterior (puntos Aa y Ba) fue de 53% y se observaron desde estadios II hasta IV. La frecuencia de prolapsos apicales (puntos C) fue de 38% y se observaron estadios II y III, mientras que la frecuencia de prolapsos de la pared posterior (puntos Ap y Bp) fue de 9% con estadios II hasta IV.

**Tabla 3. Grado y tipo de prolapso genital.**

Grado y tipo	N	%
PG II Aa	5	6
PG II Ba	17	20
PG II Bp	1	1
PG II C	6	7
PG III Ap	1	1
PG III Ba	19	22
PG III Bp	4	5
PG III C	7	8
PG III C Cúpula	2	2
PG III C Elongación cervical	1	1
PG IV Ba	4	5
PG IV Bp	2	2
PG IV C	17	20

El tipo y frecuencia de cirugía realizada para incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4. Tipo de cirugía realizada.**

<b>Cirugía</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Colocación de TOT</b>	25	20.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva+colocación de TOT</b>	15	12.5
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva</b>	14	11.7
<b>Colpoplastía anterior + colocación de TOT</b>	7	5.8
<b>Colocación de TVT</b>	4	3.3
<b>Colpoplastía anterior</b>	3	2.5
<b>Colposacropexia</b>	3	2.5
<b>Colposuspensión de Burch</b>	3	2.5
<b>Fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso+corrección de enterocele + perineoplastía + colocación de TOT</b>	3	2.5
<b>Fijación de cúpula a ligamentos uterosacros + colocación de TOT</b>	2	1.7
<b>Fijación de cúpula a ligamentos uterosacros + colpoplastía anterior y posterior</b>	2	1.7
<b>Fijación de cúpula a ligamentos uterosacros + colpoplastía anterior + colocación de TOT</b>	2	1.7
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + fijación de cúpula a ligamentos uterosacros + colocación de TOT + perineoplastía</b>	2	1.7
<b>Histeropexia a ligamentos uterosacros+colocación de TOT</b>	2	1.7
<b>Cabestrillo suburetral</b>	1	0.8
<b>Cabestrillo suburetral + laparotomía exploradora</b>	1	0.8
<b>Colocación de Calistar + colocación de TOT</b>	1	0.8
<b>Colpoplastía anterior y posterior+colocación de TOT + perineoplastía</b>	1	0.8
<b>Colpoplastía anterior + corrección de enterocele</b>	1	0.8
<b>Colpoplastía anterior + corrección de enterocele+perineoplastía</b>	1	0.8
<b>Colposacropexia + corrección de enterocele</b>	1	0.8
<b>Colposacropexia + colposuspensión de Burch</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso + colocación de TVT</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso + colpoplastía anterior</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso + colpoplastía anterior + colocación de TOT</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso + colpoplastía anterior + corrección de enterocele</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso + corrección de enterocele</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso + corrección de enterocele + colocación de TOT</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso+corrección de enterocele + perineoplastía</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamentos uterosacros</b>	1	0.8

<b>Fijación de cúpula a ligamentos uterosacros + colpoplastía posterior + colocación de TOT</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula a ligamentos uterosacros + corrección de enterocele + perineoplastía</b>	1	0.8
<b>Fijación de cúpula con material protésico + corrección de enterocele</b>	1	0.8
<b>Histerectomía total abdominal + colposuspensión de Burch</b>	1	0.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + corrección de enterocele</b>	1	0.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + corrección de enterocele + perineoplastía</b>	1	0.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + excéresis de tumor</b>	1	0.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + fijación de cúpula a ligamentos uterosacros + colocación de TOT</b>	1	0.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso + colpoplastía posterior</b>	1	0.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + fijación de cúpula a ligamento sacroespinoso + corrección de enterocele</b>	1	0.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + fijación de cúpula a ligamentos uterosacros</b>	1	0.8
<b>Histerectomía vaginal reconstructiva + fijación de cúpula a ligamentos uterosacros + colocación de TOT</b>	1	0.8
<b>Histeropexia a ligamentos uterosacros + colocación de TOT + salpingoclasia bilateral</b>	1	0.8
<b>Histeropexia a ligamentos uterosacros + colpoplastía anterior</b>	1	0.8
<b>Histeropexia + colpoplastía anterior + colocación de TOT</b>	1	0.8
<b>Laparotomía exploradora + colposacropexia + colposuspensión de Burch</b>	1	0.8
<b>Traquelectomía</b>	1	0.8

El 23.3% de las pacientes presento complicaciones después de la cirugía, en la Tabla 5 se muestra la frecuencia de cada una de ellas.

**Tabla 5. Frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.**

<b>Complicación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Dolor en periné</b>	9	32.1
<b>Atrofia severa</b>	3	10.7
<b>Obstrucción de tracto de salida</b>	3	10.7
<b>Dolor en brazo izquierdo de la TOT</b>	3	10.7
<b>Atrofia moderada</b>	2	7.1
<b>Atrofia leve</b>	1	3.6
<b>Dehiscencia parcial de la perineoplastia e incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a deficiencia intrínseca del esfínter</b>	1	3.6
<b>Dolor en brazo derecho de la TOT</b>	1	3.6
<b>Dolor en línea media suburetral+atrofia</b>	1	3.6
<b>Exposición menor de 0.5 cm en brazo derecho</b>	1	3.6
<b>Hematoma de cúpula</b>	1	3.6
<b>Incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a deficiencia intrínseca del esfínter</b>	1	3.6
<b>Sensación de cuerpo extraño</b>	1	3.6

En la tabla 6 se muestra el manejo que recibieron las pacientes que presentaron complicaciones postquirúrgicas.

**Tabla 6. Manejo de las complicaciones postquirúrgicas.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estrógenos locales</b>	9	32.1
<b>Cita para revaloración</b>	8	28.6
<b>Antiinflamatorios no esteroideos</b>	3	10.7
<b>Manejo conservador, micciones programadas</b>	2	7.1
<b>Reintervención por incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a deficiencia intrínseca del esfínter</b>	1	3.6
<b>Reintervención por incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a deficiencia intrínseca del esfínter + antibiótico</b>	1	3.6
<b>Analgésico</b>	1	3.6
<b>Infiltración local</b>	1	3.6
<b>Manejo conservador con punción</b>	1	3.6
<b>Uretrolisis</b>	1	3.6

Posterior al tratamiento quirúrgico, el 39.2% de los casos presentó dispareunia. En la Figura 6 se muestra la frecuencia que reportaron las pacientes.

A todas las pacientes incluidas en el estudio se les realizó la evaluación del grado de nivel de calidad de vida en la función sexual prequirúrgica y postquirúrgica de acuerdo al puntaje obtenido al aplicar el cuestionario PISQ-2. Al realizar prueba de Kolmogorov-Smirnov ninguna de las variables tuvo distribución aproximada a la normal.



**Figura 6. Dispareunia postquirúrgica.**

### *Análisis inferencial*

Se realizó evaluación del grado de nivel de calidad de vida en la función sexual prequirúrgica y postquirúrgica (por dominio y global) al aplicar el cuestionario PISQ-2. Se observó que en la evaluación prequirúrgica el 98.34% de las pacientes presentaba alteración en la calidad de vida en la función sexual.

Se efectuó prueba del signo de Wilcoxon para evaluar diferencias en el puntaje obtenido en la evaluación prequirúrgica vs. la postquirúrgica, observándose mejoría con diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de todos los dominios y en el puntaje global (Tabla 7).

**Tabla 7. Puntaje del cuestionario PISQ-2 pre y postquirúrgico (Prueba del signo de Wilcoxon).**

		Mínimo	Media	Mediana	Máximo	DE	P 25	P 75	p
<b>Dominio emotivo</b>	Prequirúrgico	0	10	10	16	4	7	13	0.000
	Postquirúrgico	5	12	12	16	3	9	15	
<b>Dominio físico</b>	Prequirúrgico	1	14	15	20	4	12	18	0.000
	Postquirúrgico	12	19	20	20	1	19	20	
<b>Dominio pareja</b>	Prequirúrgico	1	7	8	8	2	6	8	0.001
	Postquirúrgico	1	7	8	8	1	7	8	
<b>Total</b>	Prequirúrgico	12	31	32	44	7	27	36	0.000
	Postquirúrgico	26	38	38	44	4	35	41	

En el dominio emotivo un puntaje menor a 16 puntos fue considerado afectado, en el dominio físico un puntaje menor a 20 puntos fue considerado afectado y en el dominio pareja un puntaje menor a 8 fue considerado afectado. En la tabla 8 se muestra la proporción de pacientes con afectación de los dominios antes mencionados tanto en la evaluación prequirúrgica como postquirúrgica, mismos que mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) mediante prueba exacta de Fisher, con una reducción en la proporción de pacientes que presentaban afectación de alguno de los dominios.

**Tabla 8. Proporción de pacientes con afectación en los dominios emotivo, físico y de pareja pre y postquirúrgica.**

			<b>N</b>	<b>%</b>	<b>P</b>
<b>Dominio emotivo</b>	Prequirúrgico	Afectado	113	94.2	0.002
		No afectado	7	5.8	
	Postquirúrgico	Afectado	108	90.0	
		No afectado	12	10.0	
<b>Dominio físico</b>	Prequirúrgico	Afectado	106	88.3	0.045
		No afectado	14	11.7	
	Postquirúrgico	Afectado	58	48.3	
		No afectado	62	51.7	
<b>Dominio pareja</b>	Prequirúrgico	Afectado	48	40.0	0.000
		No afectado	72	60.0	
	Postquirúrgico	Afectado	32	26.7	
		No afectado	88	73.3	

El resultado global de la evaluación de la calidad de vida en la función sexual prequirúrgica y postquirúrgica fue interpretado como sin trastorno con 30 puntos o más, con trastorno moderado con 17 a 29 puntos y con trastorno severo con 16 puntos o menos (Tabla 9). Mediante prueba exacta de Fisher se observó una reducción significativa ( $p < 0.05$ ) en la proporción de pacientes con trastorno moderado y severo después de la cirugía.

**Tabla 9. Proporción de pacientes con afectación en el resultado global de la evaluación pre y postquirúrgica.**

			<b>N</b>	<b>%</b>	<b>P</b>
<b>Resultado global</b>	Prequirúrgico	Sin trastorno	75	62.5	0.008
		Trastorno moderado	41	34.2	
		Trastorno severo	4	3.3	
	Postquirúrgico	Sin trastorno	116	96.7	
		Trastorno moderado	4	3.3	
		Trastorno severo	0	0.0	

En la tabla 10 se observa la proporción de pacientes que modificaron el estado de afectación de los dominios emotivo, físico y pareja respectivamente. El 88% de las

pacientes con dominio emotivo afectado permanecieron con afectación postquirúrgica, 3% que no estaban afectadas se afectaron, 7% mejoraron y 10% permanecieron sin afectación. El 46% de las pacientes con dominio físico afectado permanecieron con afectación postquirúrgica, 3% que no estaban afectadas se afectaron, 43% mejoraron y 9% permanecieron sin afectación. El 26% de las pacientes con dominio pareja afectado permanecieron con afectación postquirúrgica, 1% que no estaban afectadas se afectaron, 14% mejoraron y 59% permanecieron sin afectación. Es decir que los dominios físico y pareja fueron los que presentaron mayor mejoría.

**Tabla 10. Cambio en el estado de afectación pre y postquirúrgica del dominio emotivo.**

		<b>Dominio emotivo postquirúrgico</b>				<b>p=0.000</b>	
		Afectado		No afectado		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Dominio emotivo prequirúrgico</b>	Afectado	105	88	8	7	113	94
	No afectado	3	3	4	3	7	6
	Total	108	90	12	10	120	100
		<b>Dominio físico postquirúrgico</b>				<b>p=0.045</b>	
		Afectado		No afectado		Total	
<b>Dominio físico prequirúrgico</b>	Afectado	55	46	51	43	106	88
	No afectado	3	3	11	9	14	12
	Total	58	48	62	52	120	100
		<b>Dominio pareja postquirúrgico</b>				<b>p=0.000</b>	
		Afectado		No afectado		Total	
<b>Dominio pareja prequirúrgico</b>	Afectado	31	26	17	14	48	40
	No afectado	1	1	71	59	72	60
	Total	32	27	88	73	120	100

Sin embargo, al evaluar la proporción de pacientes con cambio de estado de afectación en el resultado global se observó que 63% permanecieron sin trastorno, 32% con trastorno moderado y 3% con trastorno severo mejoraron a sin trastorno, 1% con trastorno severo mejoraron a trastorno moderado y 3% con trastorno moderado permanecieron igual. Es decir que el 97% de las pacientes no reportaron trastorno en el resultado global de la evaluación de la calidad de vida en la función sexual postquirúrgica (Tabla 11.)

**Tabla 11. Cambio en el estado de afectación en el resultado global de la evaluación pre y postquirúrgica.**

		Resultado global postquirúrgico				p=0.008	
		Sin trastorno		Trastorno moderado		Total	
		N	%	N	%	N	%
Resultado global prequirúrgico	Sin trastorno	75	63	0	0	75	63
	Trastorno moderado	38	32	3	3	41	34
	Trastorno severo	3	3	1	1	4	3
Total		116	97	4	3	120	100

Las pacientes fueron clasificadas en dos grupos en función del cambio en el puntaje global observado entre la evaluación pre y postquirúrgica, en aquellas que mejoraron (aumento en el puntaje  $\geq 2$  puntos) o las que permanecieron igual o incluso empeoraron ( $\leq 1$  punto), con la finalidad de identificar si alguna de las variables de estudio se asociaba con dicha situación.

Se realizó prueba U de Mann Whitney para comparar la edad, IMC y edad de la menopausia, entre las pacientes que mejoraron y las que no lo hicieron, sin observar diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.934$ ,  $p=0.307$  y  $p=0.386$ , respectivamente).

Mediante prueba de  $X^2$  o exacta de Fisher (cuando la frecuencia en las celdas fue  $\leq 5$ ), no se observaron diferencias entre las pacientes que mejoraron y las que no lo hicieron en función de la clasificación del IMC de acuerdo a la OMS ( $p=0.812$ ), tabaquismo ( $p=0.532$ ), alcoholismo ( $p=0.097$ ), antecedente de cirugía previa ( $p=0.778$ ), presencia de incontinencia urinaria ( $p=1.00$ ), tipo de incontinencia

( $p=0.376$ ), presencia de prolapso ( $p=1.00$ ), grado de prolapso ( $p=0.426$ ), tipo de cirugía realizada ( $p=0.588$ ), presencia de comorbilidad ( $p=0.619$ ), diabetes mellitus ( $p=1.00$ ), hipertensión arterial ( $p=0.793$ ), enfermedad pulmonar obstructiva crónica ( $p=0.503$ ), presencia de complicaciones quirúrgicas ( $p=0.329$ ), manejo de las complicaciones ( $p=0.101$ ) y reintervención (0.293).

## DISCUSIÓN

La investigación sobre las alteraciones sexuales que presentan las pacientes con disfunción del piso pélvico se ha realizado con frecuencia en países desarrollados y es escasa en pacientes provenientes de países en vías de desarrollo, como el nuestro.

La función sexual y su estudio ha sido considerada como una forma de medir los resultados de las intervenciones efectuadas para tratar los problemas del piso pélvico, la mayoría de las pacientes manifiestan deterioro en su vida sexual, puesto que su capacidad de tener y de disfrutar del sexo, se ve comprometida por esta disfunción (19).

Al igual que en grandes series de estudios en donde se han identificado los factores de riesgo para la disfunción del piso pélvico, entre ellos el más importante, la presencia de obesidad, en nuestro estudio se observó que el 75% de las pacientes presentaba sobrepeso u obesidad. El interés por este factor, resulta en que no solo condiciona compromiso del bienestar físico, sino que también, a la calidad de vida en el ámbito sexual y social, de ahí la importancia de los intentos en nuestro sistema de salud para establecer políticas de salud y estrategias para la reducción de este factor, que no solo condiciona altos costes hospitalarios por comorbilidades asociadas, sino también del tipo social (6).

Respecto a la menopausia, como factor influyente para el desarrollo de algún trastorno del piso pélvico, se determinó en el presente estudio que el 91% de las pacientes la había presentado, siendo la mediana de edad de la menopausia a los 45 años, esto coincidente con lo reportado en la literatura mundial, en donde observaremos que el prolapso genital y la incontinencia urinaria, presenta mayor incidencia en la etapa final de la vida reproductiva (4).

Cuando hablamos de la incidencia de prolapso genital, Handa y cols., señalan que el prolapso vaginal anterior ocupa hasta el 93% de los casos, mientras que para el prolapso vaginal posterior 14.8% y el prolapso uterino 20%, mientras que en nuestros resultados, observamos que la frecuencia de los prolapsos de la pared anterior (puntos Aa y Ba) fue de 53% y se identificaron desde estadios II hasta IV, en tanto que para la frecuencia de prolapsos apicales (puntos C) fue de 38% y se presentaron

mayormente con estadios II y III, mientras que la frecuencia de prolapsos de la pared posterior (puntos Ap y Bp) fue de 9% con estadios II hasta IV, resultados concordantes a lo reportado en el *Womens Health Initiative* (12).

Para la incontinencia urinaria la incidencia reportada a nivel mundial es de aproximadamente 69%, con un pico amplio de 40-60 años con un incremento continuo de 65 a 70 años, de la cual, la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente con 49%, así también para la incontinencia urinaria mixta con el 29% e incontinencia urinaria recidivante con hasta el 22%. En nuestro medio, resultó ser del 67.5%, de las cuales el 48% presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo por hipermovilidad uretral, el 36% tuvieron incontinencia urinaria mixta, y el 5% mostraron incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia intrínseca del esfínter y también 5% incontinencia urinaria del tipo recidivante (12).

En este estudio, se identificó que previa a la intervención quirúrgica la frecuencia de disfunción sexual femenina es alta para casi todos los ítems evaluados en el PISQ-12, con aproximadamente 98% de las pacientes que presentaban alteración en la calidad de vida en la función sexual, en tanto, que en la medición post-quirúrgica, el porcentaje de pacientes que no reportaron trastorno en el resultado global de la evaluación de la calidad de vida en la función sexual postquirúrgica fue del 97%, denotando una mejoría significativa de la función sexual femenina posterior a la cirugía correctiva del prolapso genital y anti-incontinencia, lo cual coincide con los resultados reportados por Rogers y cols. (20), con una mejoría significativa en las puntuaciones del PISQ posterior a la cirugía correctiva del prolapso genital y para cirugía anti-incontinencia.

Otro estudio de importancia es el realizado por Handa y cols. (12), quienes informaron al respecto de prolapso genital, que posterior a la intervención quirúrgica, mediante la Colposacropexia, mayor cantidad de mujeres manifestaban una mejoría de la sintomatología del piso pélvico, semejante al encontrado en nuestro reporte, confirmando con ésto el principio de que la efectividad de esta intervención quirúrgica tradicional sea considerada como el estándar de oro para corrección de prolapso de tipo apical.

En 2012 se realizó un estudio con 10 años de seguimiento para el empleo de las cintas libres de tensión en la corrección de incontinencia urinaria en donde se demostró que no solo condicionan la cura de los escapes de orina si no que reportan satisfacción hasta en el 60% de los casos, en la forma de concepción de mejoría al impacto en la función sexual, debido a que el permanecer sin pérdidas de orina incluso durante el coito, les permite a las pacientes establecer la seguridad de enfrentar el acto sexual, sin remordimiento o incertidumbre. Otra investigación (21) concluyó que en el 10% de las mujeres que recibieron tratamiento de la disfunción del piso pélvico con colocación de cinta transobturadora, no mejoraba su sexualidad. Sin embargo para nosotros la corrección de la incontinencia urinaria en todos los casos mostró mejoría significativamente estadística.

Por otra parte se ha documentado que posterior al tratamiento quirúrgico, de los trastornos del piso pélvico, se ha informado una mejoría de la función sexual cercana a un 24%, encontrándose solo un 5% de casos que han manifestado lo contrario, siendo la colpoplastia posterior, la cual se ha asociado con un empeoramiento de la función sexual y aumento de la dispareunia (11), nosotros reportamos que el 39.2% de los casos presentó dispareunia posterior a la intervención quirúrgica, no observando diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon en función del compartimiento afectado y tipo de corrección con la intervención quirúrgica (anterior, posterior o apical). Nuestros hallazgos señalan que el 60% de los casos negaron episodios de dispareunia, el 20% los manifestó rara vez, el 15 % algunas veces, el 2.5 % de los casos siempre y el 1.7 % frecuentemente, estos dos últimos mencionados se vieron determinados por la presencia de atrofia genital, los cuales ameritaron manejo con estrógenos locales y no relacionados al tipo de cirugía.

Por su parte, Pauls y cols. (22), concluyeron que la función sexual femenina no se modificaba posterior a la cirugía reconstructiva vaginal, pudiendo atribuirse este hecho a la dispareunia postoperatoria.

Tal como los resultados presentados en este estudio coinciden con lo publicado en cuanto a función sexual, para este grupo de mujeres sobre todo el compromiso en el dominio emotivo, debido a la caracterización con disminución de la libido y menor satisfacción durante la actividad sexual (12,23), aspectos de la respuesta sexual

femenina que mejoró significativamente posterior a la corrección quirúrgica del prolapso genital.

Acerca de la satisfacción sexual, en nuestros hallazgos se mostró como muy baja previa a la cirugía, sin embargo cuando se aplicó el cuestionario posterior a la cirugía, se observaron cambios significativos en el aspecto evaluado del dominio emotivo, aunque algunos estudios han descrito que las mujeres con prolapso genital refieren tener algún grado de insatisfacción con su vida sexual actual (17), otros señalan que posterior a la cirugía correctiva de prolapso la satisfacción en sus relaciones sexuales reportan mejoría clínica (12). En nuestro análisis corroboramos que el 88% de las pacientes presentaban el dominio emotivo afectado previo a la cirugía y la evaluación posterior a la cirugía describió que solo el 7% mejoraron en este rubro y el 10% permanecieron sin afectación.

Conforme a lo referido por otros investigadores (20), posterior a la cirugía, los puntajes en el dominio físico del PISQ-12 mejoraban de manera significativa después de la cirugía correctiva del prolapso genital y anti-incontinencia, lo cual pudimos evidenciar en nuestras pacientes, ya que el 46% de ellas con dominio físico afectado permanecieron con afectación postquirúrgica, el 43% mejoraron y 9% permanecieron sin afectación.

Dentro de estos ítems referidos al dominio físico, con respecto a la evaluación de incontinencia urinaria, la pérdida de orina durante la relación sexual reportada como "siempre o casi siempre" en más de dos tercios de ellas se presentaba previa a la cirugía, superior a lo descrito en literatura (6).

Cuando se evaluó el dominio de pareja, se recabó que el 26% de las pacientes con dominio pareja afectado permanecieron con afectación postquirúrgica, el 14% mejoraron y 59% permanecieron sin afectación, por lo que es importante incorporar en la atención de este grupo de mujeres una evaluación sistemática de la función sexual, centrándose no solo en la respuesta sexual femenina, sino que también identificando aquellas limitaciones de la mujer y de la pareja que pueden estar influyendo en su satisfacción sexual (17). Del mismo modo, se encontró que las mujeres manifestaron cambios en su funcionamiento sexual debido a problemas de erección o eyaculación precoz de sus parejas, sin cambios significativos posterior a la

cirugía, resultados que coinciden con lo señalado en otro estudio donde la disfunción eréctil y la eyaculación precoz se encontraban en el 40 y 47.4%, respectivamente, de las parejas de mujeres con prolapso genital (17).

Por último al evaluar la proporción de pacientes con cambio de estado de afectación en el resultado global se describe que el 63% de las pacientes permanecieron sin trastorno, el 32% de ellas se determinaron con trastorno moderado de la función sexual y el 3% con trastorno severo mejoraron posterior a la cirugía a sin trastorno, 1% con trastorno severo mejoraron a trastorno moderado y 3% con trastorno moderado permanecieron igual. Es decir que el 97% de las pacientes no reportaron trastorno en el resultado global de la evaluación de la calidad de vida en la función sexual postquirúrgica. Y en lo que respecta al análisis de los dominios pudimos identificar que los dominios físico y de pareja fueron los que presentaron mayor mejoría posterior a la cirugía.

Para nuestro estudio, la evidencia de una alta prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres con prolapso genital e incontinencia urinaria, antes de su reparación quirúrgica, manifestado por alteración en la mayoría de los indicadores valorados mediante el PISQ-12, no son concordantes con lo reportado por otros autores (23) quienes indican que más de 60% de las pacientes con disfunción del piso pélvico se encuentran satisfechas con su función sexual, es por ello que puede establecerse que aunado a las intervenciones en el manejo de síntomas y en la prevención de la disfunción del piso pélvico, es necesario generar estrategias para disminuir los efectos descritos de estas alteraciones.

Por esto, el enfoque de la mujer que presenta trastornos de piso pélvico, debe incorporar la evaluación del tipo integral donde se considera la valoración de la función sexual, para poder entregar una atención óptima y poder impactar de manera positiva a el mejoramiento de su calidad de vida; actualmente cada vez más la valoración de la función sexual es un resultado considerado en el éxito del tratamiento, es un indicador directo de calidad incluso hospitalario, lo que permite tener una aproximación objetiva del efecto de las diferentes opciones para su reparación quirúrgica.

## CONCLUSIÓN

- En este estudio se observó que el 63% de las pacientes no tenían trastorno de la función sexual y que posterior a la cirugía permanecieron sin cambios, el 32% de ellas se determinaron con trastorno moderado de la función sexual y el 3% con trastorno severo.
- Posterior a la cirugía el 1% con trastorno severo de la función sexual mejoraron a trastorno moderado y el 3% con trastorno moderado de la función sexual permanecieron igual.
- Los dominios físico y de pareja fueron los que presentaron mayor mejoría posterior a la cirugía.
- En nuestro medio las mujeres con prolapso genital e incontinencia urinaria presentan una función sexual comprometida, manifestada con trastorno moderado o severo de la función sexual, posterior a la cirugía correctiva cuando se evalúa a los 3 meses, este panorama presenta un efecto positivo, no solo funcional, si no social y de relación de pareja.
- La cirugía correctiva del prolapso genital e incontinencia urinaria, por técnicas quirúrgicas mejoraron significativamente la función sexual de las pacientes con disfunción del piso pélvico, permitiéndoles obtener a estas mujeres una vida sexual más placentera, con mejoría de su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defining sexual health: Report of technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization; January 2002:28-31.
2. Basson R. The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther* 2000;26:51-65.
3. Duany NA, Álvarez CY. Función sexual femenina en pacientes de hospital de día. *Rev Hosp Psiquiátrico Habana* 2009;6:1-2.
4. Arcos E, Molina I, Oelrich P. Evaluación de la función sexual de mujeres en edad reproductiva. Centro de Salud Familiar Rahue Alto, Osorno. *Cuad Med Soc* 2006;46:274-283.
5. Botros S, Abramov Y, Miller J, Sand P, Gandhi S, Nickolov A, et al. Effect of parity on sexual function. An identical twin study. *Obstet Gynecol* 2006;107:765-770.
6. González I, Miyar E. Respuesta sexual en la mujer climatérica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17:390-394.
7. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(Suppl1):S33-S43.
8. Espuña Pons M. Sexual health in women with pelvic floordisorders: Measuring the sexual activity and function with questionnaires-a summary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(Suppl1):S51-S56.
9. Burrows L, Meyn L, Walters M, Weber A. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2004;104:982-988.
10. Echavarría L, Londoño L, Trujillo L, Londoño L. Comparación entre la corrección con mallas sintéticas vía vaginal del prolapso genital versus técnicas vaginales tradicionales. Clínica universitaria bolivariana, Medellín, Colombia 2006-2007. *Rev Col Obstet Ginecol* 2008;59:111-117.
11. Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010;75:17-34.
12. Handa VL, Zyczynski H, Brubaker L, Nygaard I, Janz N, Richter H, et al. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:629.e1-e6.

13. Rogers RG, 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;184:552-558.
14. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehó F, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol* 2004;45:642-648.
15. Thiel R, Dambros M. Evaluación de la función sexual femenina antes y después de un procedimiento para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp* 2006;30:315-320.
16. William H, Lenderking M, Nackley J. A Review of the Quality-of-life Aspects of Urinary Urge Incontinence. *Pharmacoeconomics* 1996;9:11-23.
17. Badía Llach. Validez del cuestionario King's Health para evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin Barc* 2000; 114:647-652.
18. Martínez Córcoles B, Salinas Sánchez. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* 2008;32:202-210.
19. Kuppermann M, Learman L, Schembri M, Gregorich S, Jacoby A, et al. Effect of noncancerous pelvic problems on health-related quality of life and sexual functioning. *Obstet Gynecol* 2007;110:633-642.
20. Rogers R, Kammerer D. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:e1-e4.
21. Sentilhes L, Berthier A. Sexual function after transobturator tape procedure for stress urinary incontinence. *Urology* 2008;71:1074-1079.
22. Pauls R, Silva WA, Rooney C. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:622.e1-e7.
23. Huang AJ, Subak LL, Thom DH. Sexual function and aging in racially and ethnically diverse women. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1362-1368.
24. Bump R MD, DeLancey, MD. The standardization of terminology of female pelvic Organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *J Am Obstet Gynecol* 1996;175:10-17.



ANEXO 1. CUESTIONARIO PISQ-12  
CUESTIONARIO SOBRE FUNCION SEXUAL, PROLAPSO GENITAL E INCONTINENCIA URINARIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE EVALUACION INICIAL : \_\_\_\_\_

FECHA DE EVALUACION POSTOPERATORIA: \_\_\_\_\_

Instrucciones : A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los médicos a comprender que aspectos son importantes para las pacientes en su vida sexual. Por favor ponga una cruz en la frase que desde su punto de vista responde mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos 6 meses. Gracias por su ayuda.

1.- ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc.

Todos los días ( ) 1 vez a la semana ( ) 1 vez al mes ( ) menos de 1 vez al mes ( ) Nunca ( )

2.- ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

3.- ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

4.- ¿Esta satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

5.- ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

6.- ¿Sufre de incontinencia de orina (fuga de orina) durante la actividad sexual?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

7.- El miedo a la incontinencia (heces u orina) ¿restringe su actividad sexual?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

8.-¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

9.- Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero ¿siente reacciones emocionales negativas, como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

10.- ¿Tiene su compañero algún problema de erección que afecte su actividad sexual?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

11.- ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?

Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Algunas veces ( ) Rara vez ( ) Nunca ( )

12.- En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos 6 meses?

Mucho menos intensos ( ) Menos intensos ( ) Igual de intensos ( ) Más intensos ( )

Mucho más intensos ( )



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

**ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

**Nombre del estudio:** Comparación pre y postoperatoria del nivel de calidad de vida de la función sexual en pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos.

**Patrocinador externo (si aplica)\*:** No aplica

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_\_

**Número de registro:** \_\_\_\_\_

**Justificación y objetivo del estudio:**

Se le está invitando a participar en un estudio de investigación que se llevará a cabo en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 Luis Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El objetivo del estudio es comparar antes y 3 meses después de la cirugía para incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos, el nivel de calidad de vida de la función sexual mediante la aplicación de un cuestionario, con el fin de establecer estrategias de acción para mejorar la calidad de vida por medio de atención en salud multidisciplinaria.

Al igual que usted, otras pacientes serán invitadas a participar en esta investigación. Su participación es voluntaria. Se le invita a leer la información de este documento y a realizar las preguntas que desee antes de tomar una decisión:

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se realizará lo siguiente:

- Interrogatorio o cuestionario
- Aplicación de instrumento de recolección, que consisten en una serie de preguntas en donde deberá indicar como si presenta alguno de los datos interrogados.

**Posibles riesgos y molestias:**

Ninguno aparente.

**Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:**

No recibirá dinero o pago por su participación en esta investigación, ni le causará gastos.

Su participación en el estudio tendrá beneficios en el futuro, ya que determinaremos la necesidad de iniciar un programa de atención multidisciplinaria.

**Participación o retiro:**

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede decidir libremente si participa o no en esta investigación, ya que la atención médica y el tratamiento que amerite serán los mismos independientemente de su decisión y estarán de acuerdo a los procedimientos establecidos en el IMSS.

Si usted inicialmente decide participar en esta investigación y posteriormente cambia de opinión y quiere retirar su autorización, puede hacerlo sin ningún problema y en cualquier momento. La Dra. Janet Marín Méndez es la médico responsable de esta investigación y usted podrá dirigirse a ella en caso de dudas o comentarios.

**Privacidad y confidencialidad:**

La información que se obtenga de esta investigación es estrictamente confidencial. Sus datos personales serán guardados de forma confidencial. Los médicos de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 sabrán que usted esta participando en este estudio.

Los resultados finales de esta investigación serán presentados en conferencias, congresos o artículos científicos, sin embargo su identidad será protegida, ya que sólo se presentarán resultados globales de todas las participantes en este estudio.

En la base de datos que contendrá los resultados de las escalas, su nombre será abreviado y vinculado a un número de folio. Las bases de datos serán guardadas en equipos de computo a los cuales se tiene acceso mediante una contraseña.

Toda su información será destruida cinco años después de concluir el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante de esta investigación podrá dirigirse a: Comisión de Ética de la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4to piso, Bloque B de la Unidad de Congresos, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Colonia Doctores, México, D.F., C.P. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00, Extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

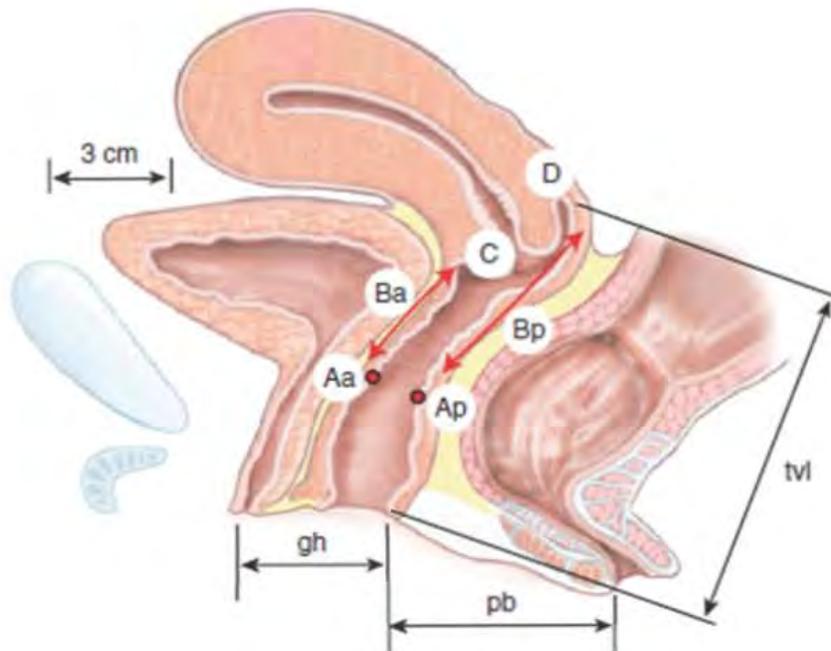
\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**ANEXO 3. DIAGRAMA DE BUMP. PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS.**



anterior wall <b>Aa</b>	anterior wall <b>Ba</b>	cervix or cuff <b>C</b>
genital hiatus <b>gh</b>	perineal body <b>pb</b>	total vaginal length <b>tvl</b>
posterior wall <b>Ap</b>	posterior wall <b>Bp</b>	posterior fornix <b>D</b>



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **17 CI 09 010 024** ante COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **16/10/2017**

**DRA. CARMEN JANET MARIN MÉNDEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Comparación preoperatoria y postoperatoria del nivel de calidad de vida de la función sexual en pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-3606-42

ATENTAMENTE

**DR. (A). OSCAR MORENO ALVAREZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL