



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

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

**EVALUACIÓN CON EL CUESTIONARIO PISQ-12
SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES
INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE POR
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y/O
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS, EN POBLACIÓN
MEXICANA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN:**

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. MARIANA MONTEJANO DEL PRADO



HOSPITAL ESPAÑOL

**TUTOR-DIRECTOR DE TESIS
DR. GUILLERMO TULIO ORTIZ MANI**

CIUDAD DE MÉXICO, 2021



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.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	3
1.1. INTRODUCCIÓN	3
1.2. ANTECEDENTES	5
1.3. PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	7
1.4. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	14
1.5. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	18
1.6. CUESTIONARIO PISQ-12	21
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. OBJETIVOS	23
5. HIPÓTESIS	23
6. MATERIALES Y MÉTODOS	24
7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	26
9. RESULTADOS	27
10. DISCUSIÓN	37
11. CONCLUSIÓN	39
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
13. ANEXOS	43

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) ocupan un importante lugar entre las enfermedades crónicas no transmisibles, presentando prevalencia e incidencia importante en la actualidad, principalmente en el grupo de mujeres posmenopáusicas. 1 Debido al aumento en la expectativa y calidad de vida de las mujeres, la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y el prolapso de órganos pélvico (POP), son dos patologías que afectan a gran parte de la población de este grupo de edad, en diferentes magnitudes; interviniendo en la calidad de vida de las pacientes. Afectando el ámbito social, laboral, mental, interpersonal y sexual de las mujeres.

La prevalencia de incontinencia urinaria mundial se reporta en un 55%; en México no existen datos precisos sobre prevalencia de esta patología, pero diversos estudios en poblaciones específicas reportan prevalencias del 13.8% y 48%. 2 De los cuales 33.3% aproximadamente presentan IUE. 3

En cuanto al POP sintomático (útero, uretra, vagina, vejiga e intestino) es el menos frecuente de los trastornos del suelo pélvico, con una prevalencia estimada de 2.9 a 6%, pero con importantes repercusiones en la salud general de la mujer, incluso provocando a su vez IUE secundaria (latente, potencial u oculta), ocasionando incapacidad de orinar o vaciado incompleto de la vejiga. 4.

En ambas condiciones se recomienda de primera instancia un manejo médico-conservador, el cual presenta tasas de éxito variables, sin embargo, el riesgo a lo largo de la vida de que una mujer sea operada por prolapso es de 11%, y aproximadamente un tercio requiere reintervención quirúrgica (Hott HA, 2007) 5. Suponiendo hasta el 30 % de la cirugía mayor ginecológica, la corrección quirúrgica para POP sintomática depende de varias circunstancias: el tipo de prolapso,

expectativas de paciente, IUE concomitante, posibilidades económicas, deseo de función sexual, entre otros.

En el caso de la incontinencia urinaria de esfuerzo, la cirugía es el tratamiento de elección para aquellos casos con sintomatología grave o para aquella que no ha respondido al tratamiento conservador. Datos a largo plazo sugieren que la operación de Burch y la malla suburetral libre de tensión tienen porcentajes similares de mejoría de manera objetiva, para la incontinencia urinaria de esfuerzo. 5 Se conocen de los éxitos de las cirugías correctivas de POP e IUE en cuanto a calidad de vida y mejoría de sintomatología inicial, sin embargo, es necesario evaluar a la par los cambios en el terreno de la función sexual.

Ambas patológicas reportan alteraciones importantes en el desempeño y adecuado funcionamiento de la sexualidad. En la práctica encontramos poca información acerca de la repercusión de la función sexual de mujeres afectadas con algún trastorno del suelo pélvico, en especial en pacientes que deciden la intervención quirúrgica como método de tratamiento. Se cuenta con ciertas herramientas de evaluación como cuestionarios auto aplicables para valorar el grado de disfunción sexual presente en pacientes con POP y/o IUE, ejemplo el cuestionario PIS-Q (Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) en su versión acortada de 12 preguntas, se considera confiable para población general con diagnóstico de DSP, pretendiendo establecer a que nivel de los 3 dominios de la función sexual se puede encontrar la alteración (comportamiento-emoción, físico y/o relacionados a la pareja). 6

El presente estudio tiene por objetivo evaluar los cambios en la función sexual de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso de órganos pélvicos después del tratamiento quirúrgico correctivo.

1.2 ANTECEDENTES

De acuerdo con proyecciones de la población en México realizada por el CONAPO en 2006, cada década se incrementará en alrededor del 70% la población de mujeres mayores de 50 años, lo que implica que de acuerdo a estos cálculos, para el año 2050 esta población podría alcanzar un valor cercano a los 27 millones; es decir, la cantidad de mujeres postmenopáusicas respecto a valores del año 2010, sería triplicada (GPC 2011). Durante esta etapa de la vida, se presentan ciertos cambios esperados y patológicos, involucrando modificaciones fisiológicas y anatómicas.

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) y sexual ocupan un importante lugar entre las enfermedades crónicas no transmisibles; con el aumento de la expectativa y calidad de vida de las personas; estos padecimientos alcanzan una notable repercusión negativa en la calidad de vida de quienes la padecen. 7 La mayoría de las DSP presentan como antecedente en común: edad avanzada, multiparidad, cirugías pélvicas previas, partos instrumentados, obesidad, ciertas enfermedades crónicas, ciertos medicamentos y algunas toxicomanías. Las alteraciones ya sean anatómicas y/o funcionales de las estructuras que forman el piso pélvico, provocan en las mujeres múltiples afecciones con sintomatología variable, estas pueden ser: incontinencia urinaria y fecal, prolapso de órganos pélvicos, dolor pélvico y disfunción sexual. Estas patologías no suponen un riesgo vital, sin embargo, sus consecuencias sociales, emocionales 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. 11 La prevalencia de estas alteraciones es extremadamente alta, se ha estimado que alguna de las tres entidades más frecuente, la IUE, el POP y la incontinencia fecal pueden afectar hasta un tercio de las mujeres adultas.

El tema de disfunción sexual en mujeres en general, sigue siendo un tema complejo, con múltiples connotaciones difíciles de abordar la mayoría de las ocasiones en la

consulta de ginecología y en la práctica encontramos poca información acerca de la repercusión de la función sexual de mujeres afectadas con alguna DSP.

Siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y el prolapso de órganos pélvicos (POP) dos de las condiciones más comunes de este grupo y que en muchos de los casos se presentan ambas entidades juntas, serán estudiadas a fondo y con mayor interés; hablando de la definición, epidemiología, factores de riesgo, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico, clasificación y tratamiento, tanto conservador como quirúrgico. Teniendo como objetivo principal la función sexual de las pacientes con las patologías previamente mencionadas.

1.3 PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (POP)

Se conoce a como prolapso al desplazamiento hacia abajo o hacia delante de algún órgano desde su localización habitual. Puede presentarse a diferentes niveles del aparato genital, como lo es en la pared vaginal anterior y/o posterior, útero, cérvix o cúpula vaginal (en pacientes post operadas de histerectomía), pudiendo ser de un solo compartimento, de 2 o de varios.

Epidemiología

Se estima que 9 de cada 10 mujeres presentan algún tipo o grado de POP a lo largo de su vida. Sin embargo, no todas son sintomáticas, aquellas que lo son y requieren algún tipo de corrección quirúrgica se estima en un 11% y el de reintervenciones por falta de adecuada corrección de la incontinencia y recidivas puede alcanzar 29% 16. Estas cifras que se encuentran a nivel mundial, en México se siguen subestimando.

Factores de riesgo:

- Numero de gestas, a mayor cantidad de gestas, mayor el riesgo, por cada gesta, aumenta el riesgo 1.2 veces.
- Parto vaginal: debido a las modificaciones sobre el tejido conectivo, nervioso y muscular, provocadas por la presión en el piso pélvico por la gesta. Se estima que para mujeres con un parto vaginal el OR fue 1.89, para las que habían tenido 2 partos de 2.49 y 3 partos 3-61.
- Productos macrosomicos, En el año 2009 Valsky publico que el OR de trauma del elevador del ano aumentaba a 2 cuando la circunferencia craneana era mayor a 35cm y 3,4 veces cuando el diámetro era sobre 35.5 cm. 17
- Prolongación del trabajo de parto y/o del periodo expulsivo. El OR se duplica cuando el periodo expulsivo era mayor a 90 minutos y aumentaba a 3.5 veces cuando se prolongaba sobre los 160 minutos. 17
- Desgarros durante el parto, episiotomías
- Parto instrumentado (fórceps)

- Cirugía pélvica previa
- Ejercicios de alto impacto en piso pélvico
- Menopausia o estados hipoestrogenicos
- Edad: por cada 10 años de vida, la incidencia aumenta al doble a partir de los 20 años, secundario a la pérdida de firmeza y elasticidad propios de la edad y al estado hipoestrogenico
- Cualquier motivo que ocasiona elevación de la presión intra abdominal (Estreñimiento, tos crónica, etc)
- Obesidad 31-39% y sobrepeso 40-75% presentaron algún tipo de POP
- Colagenopatias
- Traumas de piso pélvico
- Raza negra
- Tabaquismo, por el estrés oxidativo producido por este.

Fisiopatología

La fisiopatología del POP se podría resumir en una lesión intrínseca o extrínseca del musculo elevador del ano, lo que produce un aumento del área del hiato urogenital fisiológico; lo que a su vez produce estiramiento y ruptura de los elementos de sostén (fascias y ligamentos). Dependiendo del lugar de la lesión, dependerá la manifestación del prolapso. Si la mujer presenta alguno de los factores de riesgo previamente mencionados, el principal siendo el parto vaginal, esta lesión se podría presentar en etapas tardías.

Estas disfunciones del piso pélvico dependen de diferentes condiciones que aumentan el riesgo de padecerlas: factores predisponentes, estimulantes, promotores y descompensatorios.

Tabla 1.

Factores de riesgo de POP

Factores Predisponentes	Factores Estimuladores	Factores Promotores	Factores Descompensadores
• Sexo	• Parto	• Constipación	• Envejecimiento
• Neurológico	• Lesión neurológica	• Profesión	• Demencia
• Anatómico	• Lesión muscular	• Recreación	• Debilidad
• Colágeno		• Obesidad	• Enfermedades
• Muscular	• Radiación	• Cirugía	• Medioambiente
• Cultural	• Ruptura de tejido	• Enfermedad pulmonar	• Medicamentos
• Ambiental	• Cirugía radical	• Tabaquismo	
		• Menopausia	
		• Infecciones	
		• Medicamentos	

Modificado de: Bump Q Norton P. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. In: Bump R and Cundiff G, guest editors. Obstetrics and Gynaecology Clinics of North America. Urogynecology and Pelvic Floor Dysfunction. Vol. 25 N4 Dec 1998.

Diagnostico

Se hara en cuanto a la clínica de la paciente, suelen referir sensación de peso o dolor en región genital, presión, cuerpo extraño, sensación de plenitud en la pelvis y/o dolor lumbar inespecífico. En ocasiones se acompaña de incontinencia urinaria de esfuerzo y/o dificultad para evacuar. Asi como a veces presenta sangrado transvaginal (lesión de la mucosa vaginal al estar expuesta) y/o infecciones recurrentes. Muchas veces su único síntoma es disfunción sexual. pueden utilizar ciertos estudios de gabinete como la resonancia magética dinámica y el ultrasonido transperineal 3D y 4D.

Clasificación

En el año 1996 la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) publicó una estandarización en la terminología del POP, la cual es conocida como POP-Q, en el 2006 una modificación de la descripción original, con el fin de simplificar la clasificación 18. El fin de utilizar el POP-Q de manera estandarizada es el de evitar el uso de terminologías como cistocele y/o rectocele. Así como el uso de escaso material para su clasificación y posterior decisión terapéutica. Se asigna 2 puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al *cérvix* (C), un punto en relación al *fórnix* posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (tv), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb). Todos estos valores se llevan a una cuadrícula para un registro adecuado. El punto de referencia utilizado para objetivar el descenso de los distintos puntos antes descritos es el himen. Cuando los números se encuentran por sobre el himen se marcan como negativos. Cuando se encuentran fuera de éste se marcan como positivos. Registrados estos valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical. Estos serán:

0: cuando no hay descenso.

I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen.

II: el descenso es +/- 1cm del himen.

III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm de la longitud vaginal.

IV: cuando estamos frente a una prociencia completa

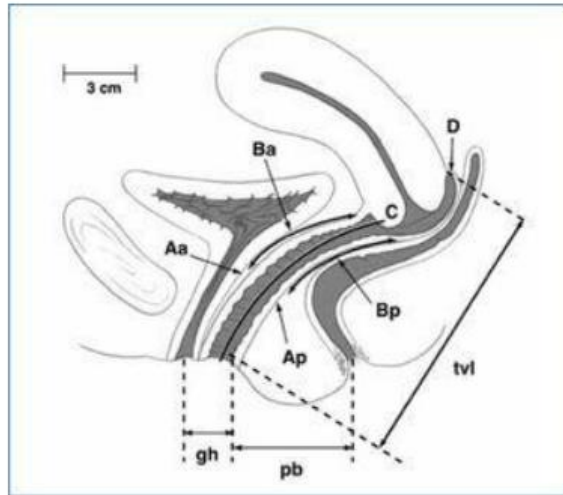


Figura 3.

Puntos de referencia clasificación POP-Q

J.L De Lancey. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction. Achievable goals for improved prevention and treatment. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:1488-95

(0,09MB).

Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cuello uterino o cúpula vaginal C
Hiato genital gh	Cuerpo perinatal pb	Largo vaginal total tvl
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Fórmix posterior D

Figura 4.

Tabla registro puntaje POP-Q

Traducido de: Bump R, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardisation of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10-17

(0,09MB).

Tratamiento

El abordaje terapéutico del POP dependerá de la severidad de los síntomas acompañantes, el estado de salud y los deseos o expectativas de la paciente. Se encuentra el tratamiento conservador y el manejo quirúrgico. El abordaje quirúrgico tiene como objetivo recuperar la anatomía vaginal, recuperar la función sexual, restaurar y preservar la función vesical e intestinal. El abordaje quirúrgico suele ser el de última elección, cuando el manejo conservador ha fallado o es rechazado por la paciente. Está indicado en pacientes sintomáticas con prolapso grado III, pacientes con o sin síntomas con POP grado III y IV (clasificado con POP-Q). Se cuenta con diferentes técnicas quirúrgicas, pero en todas se tiene que tener presente reconstruir los elementos de sostén, debemos asegurarnos que los 3 niveles descritos por De Lancey sean reparados y conectados entre ellos.

En el caso de la corrección del compartimiento anterior, lo importante es definir si existe o no compromiso del compartimiento apical. Si no hay compromiso apical en pacientes sin cirugías previas y sin factores de riesgo adicional, el resultado utilizando técnicas tradicionales, como la plicatura de la línea media o la reparación sitio específica son una buena alternativa, ya que reportan un éxito cercano al 90%. Durante mucho tiempo la solución era con colocación de mallas de contención, con resultados anatómicos favorables, sin embargo la tasa de complicaciones inherentes al uso de las mallas era relevante. Ya solo se recomienda el uso de mallas en aquellos casos en los que el prolapso sea mayor a un estadio II, recidiva, que no haya suficiente fascia para la vaginorrafia y en aquellos casos en donde haya aumento de la presión intra abdominal. En caso de haber compromiso de la zona apical, se recomienda realizar alguna de las técnicas de reconstrucción del ápice vaginal.

En el caso de prolapso del compartimiento posterior, las técnicas actuales ofrecen una excelente alternativa para su corrección. Los resultados mostrados al comparar la reparación por vía vaginal con plicatura en la línea media o utilizar biológicos o utilizar mallas sintéticas, demostraron que el éxito es de casi el 90% de los casos al utilizar la reparación como método principal.¹⁹

En caso de ser un problema neto del compartimento apical, las alternativas muestran en general buenos resultados. La sacrocolpopexia tanto por laparotomía o laparoscopia son el gold standard. El resto de técnicas es comparada con esta, ejemplo la suspensión sacroespinal, la cual muestra buenos resultados, sin embargo, a diferencia de la sacrocolpopexia, esta modifica el eje vaginal hacia los costados, lo que podría provocar la aparición de prolapso del compartimento anterior. Otra técnica es la suspensión a los ligamentos útero sacras alto por vía vaginal, pero el riesgo de acodadura de uréteres y obstrucción de estos demostró ser de hasta 11%. Y por ultimo a aquellas pacientes de edad avanzada y sin vida sexual activa y/o deseo de tenerla, se ofrecen los procedimientos obliterativos como la colpocleisis de Le Fort o la Colpectomía parcial. 20

1.4 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, clasificándose en tres tipos: de urgencia, de esfuerzo y mixta. Con fines de este trabajo nos enfocaremos en la IUE, la cual se define como la pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo, objetivamente demostrable y capaz de ocasionar un problema higiénico-social para la paciente. Esta puede deberse a dos causas: hipermovilidad uretral y deficiencia intrínseca del esfínter uretral (alteraciones anatómicas).

Epidemiología

La IUE parece aumentar gradualmente durante la vida adulta, tiene mayor incidencia a la mediana edad y aumenta de manera constante en las personas de edad avanzada (ACOG Practice Bulletin, 2005). Se estima que la IUE afecta de 30 a 40% de las mujeres mexicanas, dependiendo de la definición utilizada la variación de la prevalencia esta entre 26 – 57%. Las mujeres mayores de 60 años tienen 1.5 a 2 veces más probabilidad de presentar IUE que las de menor edad. La diferencia en la incidencia y la prevalencia de esta patología es que el espectro de síntomas es ampliamente variable, suelen recurrir a la consulta médica en estadios avanzados en donde la función sexual, social e higiénica se ve comprometida.

Factores de riesgo

Las causas más comunes son:

- Cirugías pélvicas previas
- Menopausia, edad avanzada
- Trastornos médicos que aumenten la presión intraabdominal
- Levantamientos constante y persistente de objetos pesados, así como pujo constante
- Daño neurológico
- Enfermedades de tejido conectivo

Fisiopatología

La IUE es aquella en la que hay pérdida urinaria cuando la presión vesical supera a la presión máxima uretral durante actividades (Valsava) que aumentan la presión abdominal, sin contracción concomitante del pubovesical o detrusor, lo que suele suceder por transmisión anormal de la presión abdominal a la uretra o una pérdida inherente del tono uretral. La localización y conjugación normal de la uretra juega un papel importante a modo de esfínter anatómico y la adecuada localización del cuello vesical permite la compresión de la uretra contra la pared vaginal anterior cuando aumenta la presión abdominal. Así que lo que se puede entender es que la contención urinaria es secundaria a la adecuada coaptación de estas estructuras anatómicas al momento del llenado y vaciamiento vesical. Cualquier circunstancia que no permita el adecuado funcionamiento de este sistema, como un prolapso de órganos pélvicos, provocara una mayor movilidad de la uretra lo que provoca la disminución de la compresión y la inhibición del flujo de orina cuando se generan fuerzas abdominales.

Diagnostico

Las pacientes con IUE suelen acudir a consulta por síntomas como el esquema o pérdida de orina durante actividades cotidianas como toser, estornudar, levantamiento de objetos, correr, caminar, reír, o cualquier esfuerzo físico, incluso el levantarse de una silla. La pérdida de orina puede ir de unas cuantas gotas a grandes volúmenes, lo que ocasiona en diferentes grados disfunción social e incomodidad personal.

Para el diagnóstico es necesario valorar la sensibilidad y motricidad, evaluando todos los dermatomas. Al igual un examen vaginal en posición de litotomía y con la vejiga semi llena. Otro método diagnóstico es realizando una prueba de esfuerzo en donde la paciente se encuentra con la vejiga llena y se solicita a la paciente realice algún esfuerzo, como toser, y se observe fuga o salida de orina del meato uretral. Este mismo test se puede hacer rectificando con unas pinzas de anillos la uretra hasta la posición retropública (prueba de Marshall Bonney).

El diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo se integra al demostrar la salida de orina durante la maniobra de Valsalva con vejiga llena, una vez que se haya descartado un proceso infeccioso con un urocultivo ($<100,000$ UFC/ml); y se complementa con la prueba de Q-tip y con la medición del volumen de orina residual postmiccional. La prueba de Q-tip consiste en introducir un hisopo estéril a través de la uretra a nivel del ángulo uretrovesical, se le dice a la paciente que puje y registra su desplazamiento en grados, siendo lo normal \leq a 30° . Cuando el desplazamiento es $>30^\circ$, se hará el diagnóstico de hipermovilidad uretral.

Estudios complementarios son el examen general de orina, urocultivo, pruebas de función renal, cistouretroscopia y estudio de urodinamia; así como estudios de imagen: urografía excretora, pielografía retrógrada, cistouretrografía y ecografía de vías urinarias.

Clasificación de la IUE (Blaivas)

Tipo 0: hay síntomas de IUE pero no es evidenciada durante el examen físico ni durante el estudio urodinámico. La base vesical permanece por encima del pubis con y sin maniobra de Valsalva (no hay POP)

Tipo I: hay síntomas de IUE los cuales son demostrables por el examen físico y urodinámico. La base vesical permanece por encima del pubis con y sin Valsalva. Hay ligera hipermovilidad uretral. Generalmente se presenta con altos volúmenes y grandes esfuerzos.

Tipo IIA: hay síntomas de IE y se demuestra al examen físico y urodinámico. La base vesical permanece por encima del pubis en reposo, pero desciende con Valsalva. La hipermovilidad uretral es evidente con el esfuerzo.

Tipo IIB: Hay síntomas de IUE y se demuestra en el examen físico y urodinámico. La base vesical se encuentra por debajo del pubis en reposo y desciende aún más con Valsalva. La mala posición de la unión vesicouretral es evidente desde el reposo. Hay hipermovilidad uretral evidente con el esfuerzo.

Tipo III: Hay síntomas de pérdida de orina permanente, con mínimo esfuerzo. En esos casos es común el antecedente de cirugías previas o trastornos neurológicos. La uretra suele estar fija (congelada) y no haber movilidad uretral. Se observa en los estudios de imagen un cuello vesical abierto con escape de orina desde el reposo.

Tratamiento

Actualmente el tratamiento quirúrgico se reserva para aquellas pacientes con sintomatología que no logra ser tratada con método conservadores. Dentro de ellos se encuentran los ejercicios de Kegel (ejercicios de músculos pélvicos), biorretroalimentación, dispositivos mecánicos como pesarios, estimulación eléctrica funcional, dispositivos de inserción uretral, terapia conductual y psicoterapia. Al igual aunado al manejo conservador se puede utilizar tratamiento farmacológico como estrógenos, imipramina (en caso de incontinencia urinaria mixta) y espasmolíticos del detrusor como la oxibutinina.

El tratamiento correctivo quirúrgico dependerá de la edad, actividad y comorbilidades de la paciente. Entre ellos se encuentran

Técnicas suprapúbicas

- Uretropexia de Burch – Tanagho.
- Uretropexia de Marshall-Marchetti-Krantz.
- Uretropexia laparoscópica de Burch.
- Reparación paravaginal.

Suspensiones con aguja

- Modificada de Pereyra
- Raz
- Stamey
- Gittes
- Otras técnicas quirúrgicas
 - Cabestrillo suburetral: en pacientes con IUE por deficiencia intrínseca del esfínter (Blaivas III).
 - Inyecciones periuretrales: que pueden ser de colágeno o grasa

1.5 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Al hablar de función sexual femenina debe recordarse que se trata de un concepto complejo y multidimensional, donde juegan un importante papel no sólo las alteraciones físicas sino también aspectos psicológicos y socioculturales. Al respecto, se ha planteado que a mayor sintomatología de alteraciones de piso pélvico, las mujeres presentan mayores inconvenientes en su respuesta sexual 12

La sexualidad es parte fundamental en la vida del ser humano, mediante ella este ha podido reproducirse, conocer su anatomía y relacionarse; si bien la actividad sexual es algo natural, un alto porcentaje de personas en algún momento de sus vidas relata presentar alguna alteración y como consecuencia, no disfruta de una actividad sexual satisfactoria.⁸ Es un importante indicador de la calidad de vida, el cual esta influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales.⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS ,1992.) la disfunción sexual es la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea. La Disfunción Sexual Femenina (DSF) ocurre en un 22% a 43 % de la población general. La disfunción sexual se manifiesta como una alteración o trastorno en la respuesta sexual humana, más específicamente de alguna de las fases, ya sea el deseo, excitación, orgasmo, o dolor asociado al coito. El acto sexual va relacionado con la sexualidad y esta se define como las diferentes maneras en que experimentamos y nos expresamos como seres sexuales por naturaleza. (15)

La disfunción sexual en la mujer puede tener diversas causas, sin embargo desórdenes del piso pélvico como la incontinencia urinaria (IU) y el prolapso de órganos pélvicos, pueden tener influencia en la satisfacción y funcionalismo sexual. Sin embargo, la relación entre las alteraciones del piso pélvico 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 (prolapso o pérdida de orina).¹⁰

Las disfunciones del piso pélvico pueden provocar infecciones del tracto urinario, disfunciones sexuales y/o anorectales. Los síntomas de estas disfunciones pueden clasificarse en dispareunia, tanto superficial (introito) como profunda, coito obstruido, laxitud vaginal, gases vaginales, abstinencia y dolor uretral, vulvar, vaginal, perineal y pélvico.

Por lo tanto, al evaluar clínicamente a las mujeres con problemas de suelo pélvico, es importante tener en cuenta si son sexualmente activas y si no lo son hay que explorar si la inactividad sexual, puede estar relacionada con su problema de suelo pélvico (12)

Los procedimientos reconstructivos, tienen como objetivo mantener la longitud, diámetro y el eje vaginal fisiológico, a fin de preservar la función sexual, urinaria e intestinal ¹³. En este sentido, posterior a la corrección quirúrgica de los trastornos del piso pélvico se han informado una mejoría de la función sexual cercana a un 24%, encontrándose solo un 5% de casos que han manifestado lo contrario. Sin embargo, la colpografía posterior, se ha asociado con un empeoramiento de la función sexual y aumento de la dispareunia. 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 suelo 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 ¹²

El interés por información sobre la función sexual es esencial para el manejo adecuado de la sexualidad y los problemas sexuales, es por ello que el objetivo de este estudio es evaluar la función sexual de las mujeres con procedimientos

quirúrgicos correctivos para el tratamiento de prolapso genital y/o incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se cuenta con multiples herramientas para valorar la función sexual de las mujeres, sin embargo pocos son específicos para aquellas que presentan alguna patología de piso pélvico y la disfunción sexual pueda ser atribuible y/o secundaria a este padecimiento. El cuestionario

1.6 CUESTIONARIO PISQ-12

Publicaciones más antiguas que examinan la relación entre la disfunción del suelo pélvico, así como la Los efectos de su tratamiento sobre la función sexual femenina se han visto limitados por el uso de cuestionarios no validados y no específicos de la afección o por no controlar las variables de confusión, incluida la edad y el estado menopáusico. Este artículo revisará los cuestionarios utilizados para evaluar la función sexual en uroginecología, el impacto de la PFD en la función sexual y el impacto de la cirugía para PFD en la función sexual.

Es un instrumento auto-administrado, fiable, válido y específico para evaluar la función sexual en pacientes con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia . Ha sido validado en mujeres heterosexuales, sexualmente activas, con prolapso genital o incontinencia urinaria, encontrándose que sirve para predecir la puntuación de la forma original Asimismo, se ha realizado la confiabilidad de los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman entre las puntuaciones del cuestionario PISQ-12 y las puntuaciones de otros cuestionarios: “Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form” (ICIQ-UI-SF), Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) y Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV). La validez de concepto ha sido determinada por medio de la aplicación de la prueba de la T de Student para comparar las medias en la puntuación en el PISQ-12 entre subgrupos con y sin vejiga hiperactiva evaluada mediante el cuestionario CACV, y con disfunción sexual moderada versus severa, evaluada mediante el FSM. 9

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La intervención quirúrgica para tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso genital modifica la función de vida sexual de las mujeres?

3. JUSTIFICACIÓN

Dentro de la consulta ginecológica en México el prolapso de órganos pélvicos sintomático y la incontinencia urinaria de esfuerzo son patologías de consulta frecuente, de las cuales un importante porcentaje ha requerido intervención quirúrgica para su corrección, mejorando relativamente la calidad de vida de las pacientes. El aspecto de función sexual sigue siendo un tema que no se aborda con frecuencia durante la consulta ginecológica, a pesar de tener un rol de suma importancia en la salud física y mental de las mujeres. Las razones que pueden explicar la ausencia de evaluación de la función sexual en la consejería ginecológica, son fundamentalmente la falta de tiempo y el conocimiento insuficiente del manejo de las disfunciones sexuales en la mujer secundario a estas condiciones. Se recomienda la evaluación de la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y prolapso de órganos pélvicos con o sin tratamiento quirúrgico, porque estas condiciones, independientemente de su severidad, causa impacto negativo en la calidad de vida general.

Por lo anterior es importante y necesario que, dentro de la valoración pre quirúrgica de una paciente con las patologías mencionadas, al momento de plantearle la opción de intervención quirúrgica como tratamiento, especificar si esta presenta modificaciones (benéficas o perjudiciales) de la función sexual, para una toma de decisiones consciente e informada.

4. OBJETIVOS

Objetivo primario:

- a) Evaluar si la intervención quirúrgica de pacientes con diagnóstico de prolapso genital e incontinencia urinaria de esfuerzo presentan modificación en la función de vida sexual.

Objetivos secundarios:

- a) Calcular la incidencia de pacientes intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico de de prolapso genital e incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Español de Enero 2016 a Enero 2021
- b) Valorar las consecuencias en la función sexual de las mujeres afectadas de la patología del suelo pélvico
- c) Identificar las mujeres con patología de suelo pélvico sexualmente activas
- d) Caracterizar la población de mujeres intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico de de prolapso genital e incontinencia urinaria de esfuerzo

5. HIPÓTESIS

Nula: No existe mejoría en la función de vida sexual posterior a una intervención quirúrgica por prolapso genital y/o incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres intervenidas en El Hospital Español de México.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio a realizar

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, retrolectivo, analítico y con medición psicométrica

Población

A) Criterios de inclusión

- 1) Pacientes con diagnóstico de prolapso genital y/o incontinencia urinaria de esfuerzo
- 2) Pacientes con vida sexual activa
- 3) Pacientes con posibilidad de contestar un cuestionario por teléfono

B) Técnica de muestreo: No probabilística, casos consecutivos, por conveniencia

C) Criterios de exclusión:

- 1) Pacientes sin vida sexual activa antes o después de la intervención quirúrgica

Descripción de procedimiento

1. Revisión de expedientes clínicos y obtención de datos
2. Identificar pacientes con intervención quirúrgica para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso genital.
 - Se revisaron los expedientes clínicos de las mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso genital, en el Hospital Español de México, identificadas previamente en el archivo clínico electrónico al introducir las palabras “Incontinencia urinaria” y “Prolapso genital femenino” (Clasificación de CIE 10 en sistema Florence de expediente clínico electrónico).
 - Se identificó a aquellas pacientes que fueron sometidas a alguna intervención correctiva para incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso genital.

- Se obtuvieron datos personales de las pacientes, como nombre, teléfono, edad, fecha de intervención, diagnóstico, tipo de intervención y una revisión del expediente clínico para obtener otras variables de importancia como comorbilidades, cantidad de sangrado durante procedimiento quirúrgico, tipo de procedimiento correctivo, tiempo con diagnóstico, evolución postquirúrgica.
3. Realizar llamadas telefónicas explicando a pacientes procedimiento y realizar cuestionario PISQ-12

Aplicación de cuestionario

- Se realizaron llamadas telefónicas de un teléfono fijo del Hospital Español, se explicara con precisión a claridad a pacientes el motivo de la llamada, se preguntara si la paciente tiene vida sexual activa actualmente y/o previo al procedimiento quirúrgico y se realiza Cuestionario sobre Función Sexual y Prolapso Vaginal / Incontinencia de orina - PISQ-12
4. Revisión de expedientes médicos y estudios de laboratorio, físicos y electrónicos para obtención de variables.
 5. Análisis de datos
 - Se caracterizó a la población a través de medidas de resumen estadístico , frecuencias y proporciones en las variables categóricas. Y en las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión; media y desviación estándar para las variables con distribución normal; y mediana, rango mínimo y máximo en variables cuantitativas sin distribución normal

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una descripción por medio de análisis de frecuencias y medidas de tendencia central. Se realizó el análisis de Estadística inferencial para contrastar la hipótesis propuesta. Se utilizaron los programas informáticos Minitab 17 y Excel.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

No hubo conflictos de interés. Se obtuvo el consentimiento verbal de todas las pacientes incluidas en el estudio. Los datos referentes a identidad se mantuvieron en anonimato para el análisis de resultados.

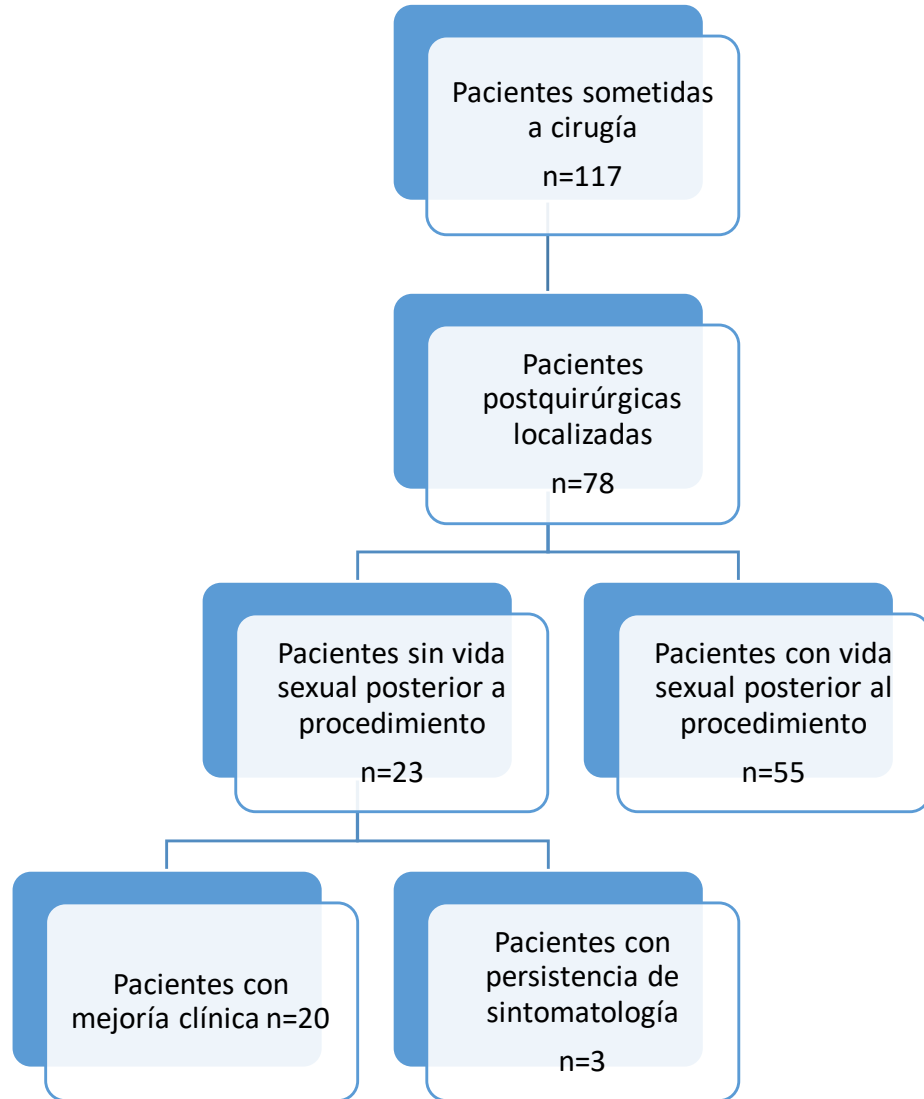
9. RESULTADOS

Se llevó a cabo la revisión de los expedientes de las pacientes sometidas a cirugía del servicio de Ginecología en el periodo comprendido entre Enero 2016 y Enero 2021 del Hospital Español de México cuyo diagnóstico de ingreso fue incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso de órganos pélvicos.

Se recabaron los expedientes de 117 pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos correctivos como colocación de cintas transuretrales y colpoperineoplastias.

De las 117 pacientes, nos logramos comunicar con la totalidad de las pacientes basados en el teléfono registrado en el expediente clínico. De estas, 78 pacientes estuvieron de acuerdo y dieron su consentimiento verbal para utilizar los datos referentes a los resultados obtenidos del cuestionario PISQ-12. Se contestaron los cuestionarios por vía telefónica de únicamente 55 pacientes (70.5%) debido a que el 29.5% (n=23) mencionaron al inicio de la llamada telefónica que no practicaban vida sexual activa previa o posteriormente al procedimiento quirúrgico.

A estas pacientes se les preguntó si a pesar de contar con vida sexual activa si habían tenido mejoría clínica en cuanto al padecimiento previo. El 87.3% (n=20) refirió mejoría en su totalidad, sin episodios recurrentes de incontinencia y mejoría en la calidad de vida.



Se tomaron en cuenta para el análisis estadístico del cuestionario PISQ-12 a las 55 pacientes que en un inicio refirieron vida sexual activa posterior al procedimiento correctivo de prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria. La mediana de edad fue de 62 años con una desviación estándar de 5.7 años.

TABLA 1. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Intervención quirúrgica	Cantidad	Frecuencia
Colocación de cinta suburetral	32	27.3%
Colpoplastia anterior	20	17.0%
Colpoplastia posterior	6	5.1%
Reinserción de anillo pericervical	7	5.9%%
Colpoperineoplastia más colocación de cinta	52	44%
Total	117	100%

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron vía vaginal, correspondiendo a colocación de cintas suburetrales, colpoplastias (anterior y/o posterior) y reinserción de anillo pericervical. En la tabla 1 se muestran la frecuencia de cada una de las intervenciones quirúrgicas. Aquellas pacientes a las que se les realizó todas las intervenciones en conjunto para la corrección del prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo se clasificaron como colpoperineoplastia más colocación de cinta suburetral los cuales fueron la mayoría (n = 52), debido a que en el diagnóstico de ingreso presentaron ambos padecimientos.

TABLA 2. DIAGNÓSTICO DE INGRESO

Intervención quirúrgica	Cantidad	Frecuencia
Incontinencia urinaria de esfuerzo	30	25.6%
Enteroccele o rectoccele	10	8.5%
Cistocele	32	27.3%
Prolapso no especificado	45	38.4%
Total	117	100%

En la tabla 2 se muestran los diagnósticos de ingreso siendo el más frecuente el prolapso no especificado en 38.4% (n=45). La gran cantidad de pacientes presentaron diagnóstico de ingreso mixto, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo y el prolapso genital las 2 patologías a tratar quirúrgicamente.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en frecuencia por cada pregunta del cuestionario PISQ-12.

Tabla 3. Pregunta #1 ¿Con que frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizar, sentir frustración debido a la falta de relaciones sexuales, etc.

	FRECUENCIA	%
Todos los días	20	36.3%
1 vez a la semana	5	9.0%
1 vez al mes	10	18.1%
Menos de 1 al mes	10	18.1%
Nunca	10	18.1%
Total	55	100%

De la tabla que contesta la pregunta #3 que contesta la pregunta sobre el deseo sexual, podemos observar que el 36.3% de las pacientes encuestadas

refieren diario tener algún tipo de deseo sexual en cualquiera de sus modalidades.

Tabla 4. Pregunta #2 ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?

	FRECUENCIA	%
Siempre	6	10.9%
Frecuentemente	11	20%
Algunas veces	24	43.6%
Rara vez	5	9.0%
Nunca	9	16.3%
Total	55	100%

De la tabla 4 que contesta la frecuencia con la que las pacientes que las pacientes alcanzan el orgasmo, se muestra que la mayoría contestó que algunas veces 43.6% (n=24), siguiéndole a esta la respuesta de nunca con 16.4% (n=9).

Tabla 5. Pregunta # 3 ¿Siente excitación sexual (se ecita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?

	FRECUENCIA	%
Siempre	5	9%
Frecuentemente	9	16.3%
Algunas veces	32	58.1%
Rara vez	5	9 %
Nunca	4	7.2 %
Total	55	100%

De la tabla 5 se puede observar que más de la mitad de las pacientes encuestadas 58.1% (n = 32), refieren excitación por sus parejas.

Tabla 6. Pregunta # 4 ¿Estas satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?

	FRECUENCIA	%
Siempre	5	9%
Frecuentemente	7	12.7%
Algunas veces	35	63%
Rara vez	5	9 %
Nunca	3	5.4 %
Total	55	100%

Con la pregunta 4 en donde se contesta si las pacientes presentan satisfacción con las diferentes actividades sexuales compartidas con su pareja, el 63% (n=35) contestaron que algunas veces.

Tabla 7. Pregunta # 5 ¿Siente dolor durante la relación sexual?

	FRECUENCIA	%
Siempre	4	7.2%
Frecuentemente	6	10.9%
Algunas veces	18	32.7%
Rara vez	22	40%
Nunca	5	9 %
Total	55	100%

Esta pregunta que responde a la pregunta de si la paciente durante la relación sexual presenta algún tipo de dolor, el 40% (n=22) respondió que rara vez. Solo un 7.2% (n=4) pacientes contestaron que siempre durante la relación sexual presentaban algún tipo de molestia, de las cuales las 4 pacientes fueron post operadas de algún tipo de corrección quirúrgica de prolapso genital.

Tabla 8. Pregunta # 6 ¿Sufre incontinencia de orina (fuga de orina) durante la actividad sexual?

	FRECUENCIA	%
Siempre	3	5.4%
Frecuentemente	7	12.7%
Algunas veces	10	18.1%
Rara vez	15	27.2%
Nunca	20	18.1%
TOTAL	55	100%

Al contestar la pregunta de si las pacientes presentaron durante la relación sexual fuga de orina, secundaria al esfuerzo a simplemente durante la relación sexual, el 27.2% (n=15) contestó que rara vez presentan fuga, de estas, la totalidad de las 15 paciente presentaron el diagnostico pre-quirurgico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Tabla 9. Pregunta #7 El miedo a la incontinencia (heces u orina) ¿restringe su actividad sexual?

	FRECUENCIA	%
Siempre	2	3.6%
Frecuentemente	6	10.9%
Algunas veces	11	20.0%
Rara vez	30	54.5%
Nunca	6	10.9%
TOTAL	55	100%

Al contestar si el miedo, la simple idea, limitaba a las pacientes para poder tener actividad sexual, más de la mayoría contestó que rara vez 54.5% (n=30).

Tabla 10. Pregunta # 8 ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?

	FRECUENCIA	%
Siempre	1	1.8%
Frecuentemente	4	7.2%

Algunas veces	8	14.5
Rara vez	9	16.3%
Nunca	33	60%
TOTAL	55	100%

Esta tabla al contestar si las pacientes evitan el acto sexual debido a alguna sintomatología secundaria al prolapso de órganos pélvicos, más de la mitad 60% (n=33) contesto no presentar esta limitante. Aquella paciente que contesto que siempre (1.8%), es una paciente con múltiples cirugías correctivas de diferentes prolapsos genitales (enterocele, rectocele, colpocele y cistocele).

Tabla 11. Pregunta #9 Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?

	FRECUENCIA	%
Siempre	0	0%
Frecuentemente	1	1.2%
Algunas veces	2	3.6%
Rara vez	4	7.2%
Nunca	48	87%
TOTAL	55	100%

Al contestar esta pregunta de si se tiene algún sentimiento negativo hacia la pareja sexual, la mayoría contesto que nunca (n=48), el 87%.

Tabla 12. Pregunta #10 ¿Tiene su compañero algún problema de la erección que afecte su actividad sexual?

	FRECUENCIA	%
Siempre	1	1.2%
Frecuentemente	3	5.4%
Algunas veces	6	10.9%
Rara vez	10	18.1%
Nunca	35	63.6%
TOTAL	55	100%

Al detectar si probablemente la disfunción sexual se la paciente era secundario a un problema relacionado con la pareja, la mayoría de las pacientes refirieron no este no ser el problema 63.6% (n=35).

Tabla 13. Pregunta #11 ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?

	FRECUENCIA	%
Siempre	0	0%
Frecuentemente	1	1.2%
Algunas veces	1	1.2%
Rara vez	2	3.6%
Nunca	51	92%
TOTAL	55	100%

Al igual que la pregunta previa esta evalúa si las pacientes presentan dificultad para la relación sexual secundario a algún problema con la pareja, la mayoría 92% (n=51) comentaron que nunca.

Tabla 14. Pregunta #12 En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?

	FRECUENCIA	%
Mucho menos intenso	2	3.6%
Menos intensos	3	3.6%
Igual de intensos	45	81.8%
Más intensos	3	3.6%
Mucho más intensos	2	3.6%
TOTAL	55	100%

Al contestar esta pregunta, la mayoría de las pacientes comentaron tener la misma intensidad durante el orgasmo 81.8% (n=45).

10. DISCUSIÓN

De los diagnósticos de ingreso el más común fue el prolapso no especificado debido a que una gran cantidad de las pacientes no contaban con el diagnóstico de acuerdo con la clasificación de POP Q, que es la utilizada internacionalmente para identificar la localización y grado del descenso del defecto ya sea posterior (enterocele) o anterior (colpocele, cistocele).

La gran cantidad de pacientes presentaron diagnóstico de ingreso mixto, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo y el prolapso genital las 2 patologías a tratar quirúrgicamente. En el expediente clínico se especificaba en el 82.7% de los casos que el motivo por el cual se decide por parte de la paciente la resolución quirúrgica fue debido a la sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo, siendo la corrección del prolapso de órganos pélvicos un evento secundario.

Al realizar el cuestionamiento vía telefónica se observó que la mayoría de las pacientes no contaban con el conocimiento de a que se refería el encuestador al hablar del deseo sexual, se tuvo que explicar a más de la mayoría de las pacientes el concepto de deseo sexual. Sobre la capacidad de la paciente de alcanzar un orgasmo efectos durante a la relación sexual con su pareja, a la mayoría de las encuestadas se les especifico que, en los últimos 6 meses, ya que este cuestionario solo evalúa los últimos 6 meses, a lo que 28 pacientes (50.9%) contestaron que previo a estos 6 meses podrían asegurar que más de algunas veces se llegó al orgasmo (frecuentemente). La gran mayoría de las pacientes 58.1% de las pacientes refirieron sentir excitación antes y/o durante la relación sexual con sus parejas. 40% de las pacientes post operadas refieren rara vez presentar dispauremia durante la relación sexual asociada a la penetración, sin especificar el tipo de molestia o la intensidad, solo en una ocasión una de las pacientes que contesto frecuentemente. Al contestar la pregunta de si las pacientes presentaban aun algún tipo de fuga durante la relación sexual, el 27.2% comentaron que rara vez, se onda un poco más en la pregunta y se preguntó cantidad de fuga y si esto les ocasionaba algún tipo de incomodidad. Del total de pacientes que contestaron (siempre, frecuentemente, algunas veces o rara vez) (n=35) 63.3% comentaron que

la fuga era mínima (sensación de fuga). De este 63.3%, el 57.1% (n=20) comentaron que esta fuga de orina si les ocasionaba incomodidad e inconveniente durante el acto sexual. Al preguntarles que si este miedo a presentar incontinencia limitaba la actividad sexual más de la mitad (54.5%) de las pacientes contestaron que rara vez, a las cuales se les pregunto aunado a esto si se sentirían juzgadas y/o incomodados por su pareja o si la incomodidad era propia, la lo cual el 32% comento que les incomodaría que sus parejas presencian algún acto de incontinencia durante la actividad sexual. Una de las pacientes al preguntarle si evitaba el acto sexual secundario al sentir la presencia de algún tipo de bulto en vagina contesto que siempre se ve limitada por esto, al revisar su expediente clínico se observó que es una paciente con múltiples cirugías correctivas de prolapsos de órganos pélvico, incluso colocación de malla para corrección del defecto anterior 15 años previo a la última cirugía realizada para corrección de la estasis pélvica. No se investigó más sobre aquellas pacientes en las que comentaron que la falta de actividad sexual fue secundario a alguna disfunción o alteraciones sexual en la pareja, sin embargo, fue mínimo el resultado positivo para esto.

Al preguntarle a las pacientes si hubo algún cambio en la intensidad o la calidad del orgasmo la mayoría 81.8% contesto no presentar cambio en la intensidad del orgasmo.

11. CONCLUSIÓN

El cuestionario PISQ-12 es una herramienta útil para evaluar los aspectos de la sexualidad en las mujeres con alteraciones del piso pélvico, ya que las preguntas incluyen tanto sintomatología de incontinencia urinaria como de prolapso genital.

Es bien sabido que existe una disminución en la actividad sexual que va acorde a la edad de la mujer menopaúsica por los cambios hormonales que podría ocasionar a nivel anatómico y fisiológico de los músculos del piso pélvico, y por la disminución en la libido, entre otras causas. Este cuestionario únicamente se enfocó en la valoración de las fases de excitación y orgasmo de las cuatro fases de respuesta sexual descritas por Master y Johnson. En este estudio encontramos que las pacientes presentan deseo, excitación sexual y la capacidad de llegar a la fase orgásmica se mantienen posterior a la intervención quirúrgica, por lo que podemos concluir que la corrección del prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria de esfuerzo influye de manera importante en la sexualidad de las pacientes.

De acuerdo a los resultados encontrados en nuestra población podemos concluir que la cirugía correctiva de los padecimientos previamente mencionados tiene beneficios no sólo físicos sino también en el ámbito psicológico y por ende en la calidad de vida, aumentando la frecuencia de actividad sexual.

Las limitaciones del estudio son que el tamaño de muestra es pequeño ya que se llevó a cabo por conveniencia de acuerdo a las cirugías realizadas en el Hospital Español e, igualmente el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso genital, son de las indicaciones quirúrgicas con menos prevalencia en el Hospital Español. Otra limitación de este estudio fue que se perdió un porcentaje del tamaño de muestra debido a que no se logró contactar a 39 de las pacientes, de las 78 pacientes contactadas, sólo 55 presentaron vida sexual.

Este cuestionario está creado para contestarse como autoevaluación, al ser realizado vía telefónica por un interventor, podría tener sesgo al no contestar con la verdad por pena en cuanto al tema.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Perez N., et all. Disfuncion de suelo pélvico y sexual en mujeres. Invest. Medicoquir 2019 (marzo-abril); 11 (Supl. 1)
- 2) Téllez-Díaz Trujillo JA, Aragón-Castro MA, Vázquez-Niño LC, Gutiérrez-Rosales R, Ruvalcaba-Oceguera GE, Guerrero-Reyes G. Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Rev Mex Urol. 2017;77(5):411-8.
- 3) Gonzalez-Maldonado L., et al. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. Revista Mexicana de Urología ISSN: 2007-4085, Vol. 79, núm. 3, mayo-junio 2019: pp. 1-14.
- 4) Mancera-Sonora A y col. Prolapso de órganos pélvicos. Rev Hosp Jua Mex 2013; 80(4): 248-250
- 5) Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared Vaginal Anterior (Cistocele) e Incontiencia Urinaria de Esfuerzo, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010
- 6) Kammerer-Doak. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J (2009) 20 (Suppl 1):S45–S50. The International Urogynecological Association 2009
- 7) Rodríguez, N.M., Torres, J.M., Delgado, J.A., Adams, E.M., & Lara, H.R. (2019). Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres.

- 8) Arcos E, Molina I, Oelrich P. Evaluación de la función sexual de mujeres en edad reproductiva. Centro de Salud Familiar Rahue Alto, Osorno. Cuad Méd Soc 2006;46(4):274-83
- 9) 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(4):765-70.
- 10) Burrows L, Meyn L, Walters M, Weber A. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 2004;104(5):982-8.
- 11) Urdanet J., et al. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. Volumen 78. 2013, 2da edición. Sociedad chilena de obstétrica y ginecología.
- 12) Flores C, Araya A, Pizarro- Berdichevsky J, Díaz C, Quevedo E, González S. Descripción de la función sexual en mujeres con alteraciones de piso pélvico en un hospital público de Santiago. Rev Chil Obstet Ginecol 2012;77(5):331-7.
- 13) España M, Puig M, González M, Zardain P, Rebollo P. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del "Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)". Actas Urol Esp 2008;32(2):211-9.
- 14) Thiel R, Thiel M, Dambros M, Riccetto C, López V, Rincón M, et al. 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(3):315-20.

- 15) Bechara A, Casabe A, Bertolino V. Disfunción sexual femenina. Rev. Arg de Urol. [En Internet] 2009 [Acceso 22 de marzo del 2015];67(4):187-202 Disponible en: <https://studylib.es/doc/7445955/disfuncion-sexual-femenina>
- 16) Pascual MA. Incontinencia urinaria. Prevalencia y calidad de vida. Progresos de Obstetricia y Ginecología 2002; 45 (Supl. 1): 2-9.
- 17) Valsky D.V., *et al.* Fetal head circumference and length of second stage of labor are risk factors for levator ani muscle injury, diagnosed by 3-dimensional transperineal ultrasound in primiparous women. Am J Obstet Gynecol, 201 (2009), 91.e1-91e7
- 18) Bump R., Mattiasson A., Bo K., *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction. Am J Obstet Gynecol, 175 (1996), pp. 10-17
- 19) S. David C, Prolapso genital femenino. Elsevier, Vol 24, Num 2, marzo 2013.
- 20) Descouvieres C, Cohen D, *et al.* Partial Colpectomy: Surgical alternative in elderly patients with severe in Apical Segment. IPFDS 2005 Bs Aires Poster Sesión III

13. ANEXOS

CONFIDENCIAL	FECHA [__][__][__]
Cuestionario PISQ-12	
Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal/Incontinencia de orina (PISQ-12)	
<u>Instrucciones:</u> A continuación encontrará una lista 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 qué aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, ponga una cruz en la casilla que, desde su punto de vista, responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos <u>6 meses</u> . 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 debido a la falta de relaciones sexuales, etc.	
<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> 1 vez al mes <input type="checkbox"/> menos de 1 al mes <input type="checkbox"/> Nunca	
2. ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
3. ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
4. ¿Está satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
6. ¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
7. El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
8. ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
9. Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
10. ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
11. ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?	
<input type="checkbox"/> Mucho menos intensos <input type="checkbox"/> Menos intensos <input type="checkbox"/> Igual de intensos <input type="checkbox"/> Más intensos <input type="checkbox"/> Mucho más intensos	