PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

IMPACTO DE LA CIRUGÍA DE PISO PÉLVICO SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 35 A 55 AÑOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO", DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGíA Y OBSTETRICIA

AUTOR:

DR. DAVID MAURA SALINAS

DIRECTOR:

DR. JULIO GALARRAGA SOTO

DIRECTOR METODOLÓGICO:

MTR. PATRICIA ORTIZ

Quito, 2018

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que se encuentren en formación médica, brindando su apoyo en cual conlleva esta ardua profesión.

DEDICATORIA

A mis padres, Lourdes y Antonio, por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, y que hoy este culminando mi especialización.

A mi amada mujer Margarita, gracias cariño por estar al pendiente de mí y ser un gran apoyo en mi vida.

A mis maestros, médicos que han brindado sus conocimientos para mi formación como Ginecólogo.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA ……...…… I

AGRADECIMIENTOS ……..…… II

DEDICATORIA ……... III

TABLA DE CONTENIDO ……... IV

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS ..…….. VIII

RESUMEN ……. X

ABSTRACT …… XII

CAPITULO I ……... 1

1. INTRODUCCIÓN …….. 1

CAPITULO II …….. 4

2. MARCO TEÓRICO ……..……. 4

2.1. JUSTIFICACIÓN …… 4

2.2. DISFUNCIÓN SEXUAL ……..…….. 6

2.2.1. DEFINICIÓN …… 6

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO ……...……... 6

2.2.3. FISIOPATOLOGÍA …….. 7

2.2.4. ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL ……..…….. 9

2.3. PROLAPSO GENITAL E INCONTINENCIA URINARIA ……. 10

2.3.1. DEFINICIONES ……. 10

2.3.2. EPIDEMIOLOGÍA ……..… 11

2.3.3. ANATOMÍA DEL PISO PELVICO …… 12

2.3.4. FISIOPATOLOGÍA ……... 13

2.3.4.1. FISIOPATOLOGÍA PROLAPSO GENITAL …….. 13

2.3.4.2. FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO …… 14

2.3.5. CLASIFICACIÓN DEL PROLAPSO GENITAL …..…… 15
2.3.6. ESTADIOS DEL PROLAPSO …….. 16
2.3.7. TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL E INCONTINENCIA URINARIA ……... 17
2.3.8. TRATAMIENTO CONSERVADOR …… 18
2.3.9. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO …….. 19
2.3.9.1. PROLAPSO ANTERIOR …….. 19
2.3.9.2. PROLAPSO POSTERIOR ……..…… 20
2.3.9.3. PROLAPSO APICAL …… 21
2.3.9.4. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO …… 23
2.4. RELACIÓN ENTRE CIRUGÍA PÉLVICA Y DISFUNCION SEXUAL …….. 24
2.4.1. BANDA TOT Y FUNCIÓN SEXUAL …… 26
2.4.2. FIJACIÓN A LIGAMENTO SACRO ESPINOSO Y FUNCIÓN SEXUAL …….. 26
2.4.3. COLPOPERINEOPLASTIAS Y FUNCIÓN SEXUAL …… 27
2.4.4. HISTERECTOMIA Y FUNCIÓN SEXUAL …….. 27
2.5. CUESTIONARIOS PARA VALORACIÓN DE FUNCIÓN SEXUAL …….. 28
2.5.1. ÍNDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA …… 29
CAPITULO III …….. 32
3. MATERIALES Y METODOS …… 32
3.1. OBJETIVOS …….. 32
3.1.1. OBJETIVO GENERAL …….. 32
3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS …… 32
3.2. HIPÓTESIS ……... 32

3.3. TIPO DE ESTUDIO 33
3.4. UNIVERSO Y MUESTRA 33
3.4.1. UNIVERSO 33
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 34
3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN 34
3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 34
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 34
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 36
3.7.1. INSTRUMENTO 36
3.8. PLÁN DE ANÁLISIS 37
3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS 37
CAPITULO IV 39
4. RESULTADOS 39
4.1. ANALISIS DESCRIPTIVO 39
4.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS 39
4.1.2. ANTECEDENTES PERSONALES 40
4.1.3. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS 41
4.1.3.1. TIEMPO POSTQUIRÚRGICO 42
4.1.4. ANTECEDENTES SEXUALES 42
4.1.4.1. SATISFACCIÓN SEXUAL PRE Y POSTQUIRÚRGICA 42
4.1.4.2. DOMINIOS TEST ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA 43
4.2. ANÁLISIS BIVARIAL 44
4.2.1. EDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL 44

4.2.2. IMC Y DISFUNCIÓN SEXUAL 45
4.2.3. ESTADO CIVIL Y DISFUNCIÓN SEXUAL 45
4.2.4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL 46
4.2.5. PARIDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL 46
4.2.6. HISTERECTOMÍA PREVIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL 47
4.2.7. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL 47
4.2.8. TIEMPO POSTQUIRÚRGICO Y DISFUNCIÓN SEXUAL 49
4.2.9. PERCEPCIÓN SEXUAL PRE QUIRÚRGICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL 49
CAPITULO V 50
5. DISCUSIÓN 50
5.1. LIMITACIONES 53
CAPITULO VI 54
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 54
6.1. CONCLUSIONES 54
6.2. RECOMENDACIONES 55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 57
ANEXOS 64

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Factores de riesgo para prolapso genital e incontinencia urinaria de esfuerzo ……... 14

Tabla 2. Tabla de registro POP – Q y relación con niveles De Lancey ..…… 16

Tabla 3. Escala de puntuación Índice Función Sexual Femenina ……..…… 30

Tabla 4. Estudios publicados que analizan la función sexual en prolapso genital e incontinencia urinaria con uso IFSF…….. 31

Tabla 5. Características sociodemográficas ……..…… 40

Tabla 6. Frecuencias antecedentes personales …….……... 41

Tabla 7. Frecuencias procedimientos quirúrgicos …….…… 41

Tabla 8. Resultado descriptivo por dominio Test IFSF ……..…… 44

Tabla 9. Diferencia de medias entre edad y disfunción sexual ……..…….. 44

Tabla 10. Diferencia de medias entre IMC y disfunción sexual ……..…… 45

Tabla 11. Relación entre Pareja y Disfunción sexual ……..…….. 46

Tabla 12. Relación entre Nivel de instrucción y Disfunción sexual ……..……... 46

Tabla 13. Relación entre Paridad y Disfunción sexual ……..…… 47

Tabla 14. Relación entre Antecedente de Histerectomía y Disfunción sexual …….. 47

Tabla 15. Análisis entre técnica quirúrgica empleada y Disfunción sexual ….…….. 48

Tabla 16. Diferencia de medias entre tiempo postquirúrgico y disfunción sexual … 49

Tabla 17. Relación entre Percepción sexual pre quirúrgica y Disfunción sexual ….. 49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo 3 ventanas de la función sexual ……. 8

Figura 2. Ciclo de respuesta sexual ……... 9

Figura 3. Esquema de soporte del piso pélvico …….. 12

Figura 4. Anatomía funcional del piso pélvico …… 13

Figura 5. Puntos de referencia clasificación POP – Q …….. 15

Figura 6. Estadios del prolapso genital …… 17

Figura 7. Colporrafia anterior en línea media ……..…… 20

Figura 8. Colporrafia posterior en línea media …….…….. 21

Figura 9. Fijación a ligamento sacro espinoso …….…….. 22

Figura 10. Culdoplastía de Mc Call ……... 22

Figura 11. Sacrocolpopexia …….. 23

Figura 12. Banda TOT, para incontinencia …….. 24

Figura 13. Rangos valoración postquirúrgica en meses ……..…… 42

Figura 14. Satisfacción sexual pre y postquirúrgica …….…… 43

RESUMEN

Introducción: La función sexual (FS) constituye un aspecto importante en la calidad de vida de las personas, pudiendo afectarse por múltiples factores. Pocos son los estudios existentes sobre el impacto que tiene la cirugía de piso pélvico en el desarrollo de disfunción sexual (DS).

Objetivo general: Evaluar el impacto de la cirugía de piso pélvico sobre la función sexual, en mujeres de 35 a 55 años que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Eugenio Espejo.

Material y métodos: Estudio de corte transversal, que incluyeron 115 pacientes donde se evaluó la FS de mujeres con diagnóstico de prolapso genital e incontinencia urinaria, antes y después del tratamiento quirúrgico, valoración que se realizó 6 meses posteriores a la cirugía; mediante la aplicación del cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSI).

Resultados: Previo a la cirugía la percepción de insatisfacción sexual fue del 86,09% y el 13,9% presentaron satisfacción sexual. Posterior a la cirugía la DS se redujo al 47,08% en aquellas mujeres con insatisfacción previa y se incrementó al 52,2% el número de mujeres con satisfacción sexual, cuya diferencia de proporciones son estadísticamente significativas (p= 0,0000).

En la técnica con fijación a ligamento SE, disminuye la DS (OR= 0,43 y p= 0,04), en tanto que la colpoperineoplastia anterior mejoró la FS (OR=2,5 y p=0,000). La colpoperineoplastia posterior (OR= 2,53 y p= 0,000) y combinada (OR=14,75 y p=0,001) constituyen un factor de riesgo para desarrollar DS. No se encontró diferencias significativas sobre la FS en quienes se empleó técnica para colocación de banda TOT (OR= 1,10 y p=0,82).

No existe asociación significativa con el antecedente de histerectomía y DS (OR= 7,22 y p=0.05). Se asocia el sobrepeso como factor de riesgo para DS (p= 0,016).

Conclusiones: La cirugía de piso pélvico disminuye el riesgo de insatisfacción sexual, dependiendo de la técnica quirúrgica empleada. Existe una relación 6:1 prequirúrgica de mujeres insatisfechas frente a las satisfechas. Postquirúrgico la relación se redujo 1:1,09. La fijación a ligamento sacroespinoso y la colpoperineoplastia anterior mejora la FS, mientas que la colpoperineoplastia posterior y combinada generan DS. No se evidenció asociación entre la colocación de banda TOT y disfunción sexual.

Palabras clave: Disfunción sexual, calidad de vida, banda TOT, fijación ligamento sacroespinoso, colpoperineoplastia.

ABSTRACT

Introduction: The sexual function (SF) represents a very important aspect in the quality of life of people, which could be affected by multiple factors. A few are the available studies about the impact that the pelvic floor surgery has in sexual dysfunction development (SD)**.**

General Objective: To evaluate the impact of the pelvic floor surgery in relation to the sexual function, in women who are between 35 to 55 years who had surgically intervention in Eugenio Espejo Hospital.

Material and Methods: Cross sectional study, that includes 115 patients, where sexual function (SF) in women with genital prolapse and urinary incontinence diagnosis was evaluated before, as well as after surgical treatment, this evaluation was performed 6 months posterior to surgery with a Female Sexual Function Index (FSFI).

Results: Before surgery 86, 09% presented sexual dissatisfaction and 13.9% satisfaction. After surgery, the DS was reduced to 47.08% of women with dissatisfaction and the number of women with sexual satisfaction increased to 52.2%, whose difference in proportions are statistically significant (p = 0.0000).

In the ligament fixation technique (SE), decreases (SD) (OR= 0,43 y p= 0,04), meanwhile anterior Colpoperineoplasty improved the SF (OR=2,5 y p=0,000). Posterior (OR= 2,53 y p= 0,000) and combined Colpoperineoplasty (OR=14,75 y p=0,001) become a risk factor to develop S.D (p=0,000). It could not be found meaningful differences in SF of those patients that the TOT tape technique setting was applied. (OR= 1,10 y p=0,82).

There is no meaningful relation with the background of hysterectomy and SD (OR= 7,22 y p=0.05). The overweight is associated as risk factor for SD (p=0.016).

Conclusions: The pelvic floor surgery decreases the sexual dysfunction, depending of the surgical technique applied. There is a pre-surgical 6: 1 ratio of dissatisfied women versus those satisfied. Post-surgical the ratio was reduced 1: 1,09. The fixation to sacrospinous ligament and the anterior Colpoperineoplasty improve the SF, meanwhile; the posterior and combined Colpoperineoplasty generate SD. There was no associated evidence between the TOT tape and sexual dysfunction.

Key words: Sexual dysfunction, quality of life, TOT band, sacrospinous ligament fixation, colpoperineoplasty.

CAPITULO I.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud disfunción sexual se define como la dificultad o imposibilidad del individuo para participar en las relaciones sexuales tal como las desea (WHO, 2010), pudiendo ser ocasionado por factores psicológicos, físicos, sociales y culturales.

Los problemas sexuales son muy frecuentes en la población femenina, por ejemplo en Estados Unidos se estima que el 40 % de la población femenina presentan preocupación sobre aspectos de su función sexual (Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008), dentro de esta problemática, se pueden abarcar ciertas formas como: la falta de deseo sexual, excitación, incapacidad de alcanzar el orgasmo, dolor en el acto sexual o una combinación de cualquiera de ellas en mayor o menor grado.

En el Ecuador se estima que la cirugía de piso pélvico es causa de disfunción sexual en un 35 % de las mujeres, información obtenida del estudio realizado en el Hospital "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca (Ortega, Peláez, & Peña, 2016); en el Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo" no se cuenta con una estadística acerca de la influencia de la cirugía pélvica y de incontinencia, sobre la función sexual de las pacientes. Sin embargo se reporta una incidencia de 9.4% en Venezuela de disfunción sexual ocasionada por alteraciones del piso pélvico (Montiel, J, Contreras, A, & Baabel, 2013)

La sexualidad constituye un pilar importante dentro de la calidad de una persona, por lo cual las mujeres que presenta algún tipo de disfunción sexual secundario a alteraciones de la anatomía del piso pélvico reportan este problema; alrededor del 11

– 45 % de las mujeres con incontinencia urinaria, evitan tener relaciones sexuales (Rogers et al., 2001); al igual que aquellas pacientes que presentan un prolapso sintomático (Barber et al., 2002).

La disfunción sexual puede ser de causa multifactorial, pero en situaciones en las que se encuentra incontinencia o prolapso, la tasa de afectación parece ser mayor que en otras circunstancias (Blood, & Count, 2009); algunas mujeres posterior a tratamiento quirúrgico reportan mejoría de la sintomatología(Dalpiaz et al., 2008),así como se describen casos en los que reportan la presencia de dispareunia (Tunuguntla & Gousse, 2006).

El piso pélvico constituye una de las estructuras anatómicas más complejas, por lo cual requiere un manejo integral; los defectos del piso pélvico conllevan a varios problemas, entre los que destacan: incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia fecal, prolapso de órganos pélvicos, alteraciones de la percepción y del vaciamiento del tracto urinario, estreñimiento crónico, disfunciones sexuales y varios síndromes asociados a dolor crónico del área perineal.

De acuerdo al trastorno identificado a nivel de piso pélvico, se determinará el tipo de tratamiento a efectuarse, pudiendo ser el abordaje clínico – quirúrgico. En el presente estudio, se valoró la utilización de Banda TOT, la corrección de prolapso con fijación a sacro espinoso y corrección a sitio especifico anterior y/o posterior.

Existen diversas escalas para para valorar la disfunción sexual en la mujer; considerando lo complejo que puede resultar el estudio de la sexualidad humana, la Sociedad Americana de Psiquiatría agrupa los trastornos de respuesta sexual dentro de 4 parámetros: deseo, excitación, falla orgásmica y dolor sexual; los mismos que se basan en aspectos psicológicos, sin considerar procesos orgánicos, por lo cual en

la Conferencia Internacional del Consenso de Disfunción Sexual Femenina, se integran dos parámetros más de valoración: la lubricación y satisfacción sexual (Basson, Wierman, van Lankveld, & Brotto, 2010), siendo denominado como “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF); el cual se considera un instrumento de fácil aplicación y que a su vez agrupa todos los parámetros involucrados en la función sexual, en las diferentes etapas de la vida y permitiendo así medir la respuesta en diferentes terapias instauradas.

En nuestro medio se puede evidenciar que el conocimiento acerca del impacto de la cirugía pélvica sobre la función sexual es insuficiente, generando dudas en los profesionales de la salud que mantienen contacto día a día con este tipo de patología; generando además gran inquietud e incertidumbre en las pacientes que serán sometidas a procedimientos quirúrgicos; este es el fin con el que se desarrolló el presente estudio, para así lograr obtener un conocimiento integral y poder brindar una consulta especializada más acorde a las necesidades de nuestras pacientes.

CAPITULO II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. JUSTIFICACIÓN

El prolapso de órganos pélvicos constituye un problema que cada vez muestra una mayor prevalencia en nuestro medio, afectando la calidad de vida a una gran parte de las pacientes. Se estima que el riesgo de por vida en relación al requerimiento de una cirugía para corrección incontinencia o prolapso genital es del 11% (Olsen et. al, 1997), esto quiere decir que de 10 mujeres al menos una requerirá tratamiento quirúrgico de piso pélvico.

El prolapso genital y la incontinencia urinaria son motivo de consulta frecuente, quienes refieren además molestias como sensación de plenitud en vagina, dolor perineal, malestar miccional o defecatorio y dificultad coital.

El tratamiento del prolapso útero vaginal e incontinencia urinaria se encuentra basado en el defecto anatómico, por lo cual la corrección del prolapso requiere que se aplique la fijación a un nuevo punto de suspensión, con técnicas que incluyan la fijación a ligamento sacro espinoso vaginal, culdoplastía McCall y la colpopexia sacra abdominal o laparoscópica; en caso de defectos en las paredes vaginales el procedimiento indicado es la corrección de sitio especifico, mediante técnicas como la colporrafia anterior y posterior; el uso de material protésico se ha descartado por eventos adversos como la exposición, por lo cual la FDA desaconseja su uso.

Cuando existen problemas de incontinencia urinaria por esfuerzo se recomienda la utilización de banda TOT, que corrige la hipermovilidad uretral.

Los trastornos de piso pélvico en nuestro medio son frecuentes, pero poco se ha investigado en relación a la función sexual en las pacientes, posterior al tratamiento quirúrgico, tomando en consideración que constituye un aspecto importante dentro de la calidad de vida de las pacientes.

Existen reportes en relación a la colporrafia anterior mejora la función sexual (Dua, Jha, Farkas, & Radley, 2012) y un 50% de dispareunia en aquellas pacientes sometidas a colporrafia posterior (Kahn & Stanton, 1997). En fijación a ligamento sacroespinoso el 2.7 % presenta dispareunia (Lovatsis & Drutz, 2002).

Como podemos observar, las estadísticas existentes no son actualizadas y hoy en día poca investigación se ha realizado respecto al tema, considerando que han surgido cambios tanto en técnicas quirúrgicas como innovación en material protésico a utilizarse, con esta investigación planteada se pretende contribuir a generar una estadística actualizada y real de nuestro medio, ya que se ha observado gran inquietud en las pacientes que van a ser sometidas a estos procedimientos, en relación a la posible afectación sobre función sexual a futuro.

Asimismo, los resultados de este estudio contribuirán a un mayor conocimiento en el campo de uro ginecología para los profesionales que manejan a diario pacientes con patología como la ya descrita anteriormente y responder inquietudes de las usuarias de manera más concreta y acertada, brindando así una atención integral y de alto nivel.

2.2. DISFUNCIÓN SEXUAL

2.2.1. DEFINICIÓN

La disfunción sexual según la Organización Mundial de la Salud se define como la "dificultad o imposibilidad del individuo para participar en las relaciones sexuales tal como las desea (WHO, 2010), ocasionado por factores psicológicos, físicos, sociales y culturales".

La función sexual abarca varios dominios, entre los que podemos mencionar: la excitación, el deseo, orgasmo y dolor durante la relación sexual; a partir de estos dominios podemos ver que la disfunción sexual se ve originada por uno o más de ellos; con gran impacto sobre la calidad de vida de quienes la padecen.

Otras definiciones, como la que se menciona en el DMS 5, la considera como "una respuesta sexual que no sigue un proceso lineal y uniforme". (Kingsberg & Woodard, 2015); recalcando en lo difícil que puede ser marcar límites en uno o varios dominios de la función sexual; llegando a ocasionar graves repercusiones en el diario vivir de quienes la padecen.

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La prevalencia puede ser variable, desde un 38 a 64% (Del Pilar Muñoz & Anthony Camacho, 2016), siendo más frecuente en mujeres en etapa post menopaúsica; entre los dominios que reportan mayor afectación se describen: el deseo sexual y la capacidad de alcanzar el orgasmo.

Diversos factores pueden verse involucrados en el desarrollo de disfunción sexual, que tienen implicación tanto la esfera psicológica como a nivel orgánico, dentro de las cuales resaltan:

- Cansancio y estrés.
- Enfermedades mentales:
    - Depresión.
    - Psicosis.
- Condiciones gineco – obstétricas:
    - Paridad.
    - Menopausia.
    - Disfunción de piso pélvico e incontinencia urinaria.
    - Endometriosis.
    - Fibromiomatosis.
- Condiciones médicas:
    - Problemas endocrinos: diabetes, hiperprolactinemia, hipopiruitarismo.
    - Hipertensión arterial.
    - Obesidad.
- Medicamentos y drogas.
    - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
    - Nicotina.
    - Abuso de alcohol.

2.2.3. FISIOPATOLOGÍA

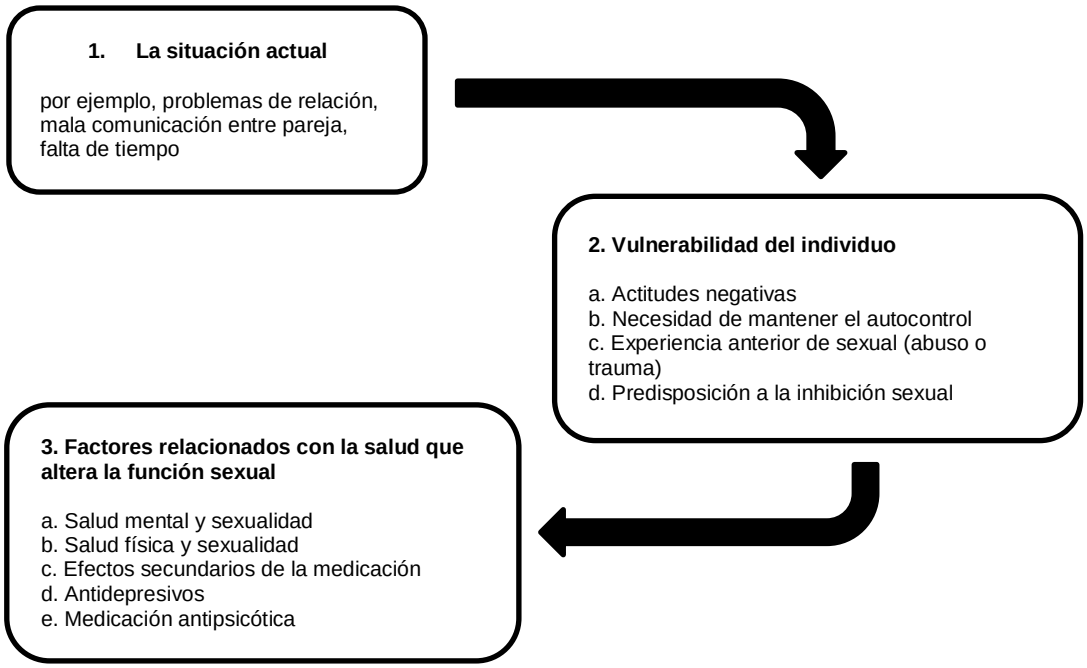
Resulta complejo explicar la fisiopatología de la disfunción sexual, debido a que intervienen múltiples factores, basándose en un enfoque biopsicosocial que

considera aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, los mismos que interaccionan en el mantenimiento del estado de bienestar de una persona (Basson et al., 2010).

Dado que la etiología de la disfunción sexual es multifactorial, se deben evaluar aquellos elementos que predisponen, precipitan y mantienen la disfunción sexual, de forma integral.

A nivel mundial, existen varias opciones propuestas por autores con el fin de enfocar y evaluar la disfunción sexual. Graham y Bancroft mencionan el modelo de "tres ventanas", en el que inicia valorando la situación actual, la vulnerabilidad de la paciente y los factores relacionados que alteran la función sexual. (Figura. 1)

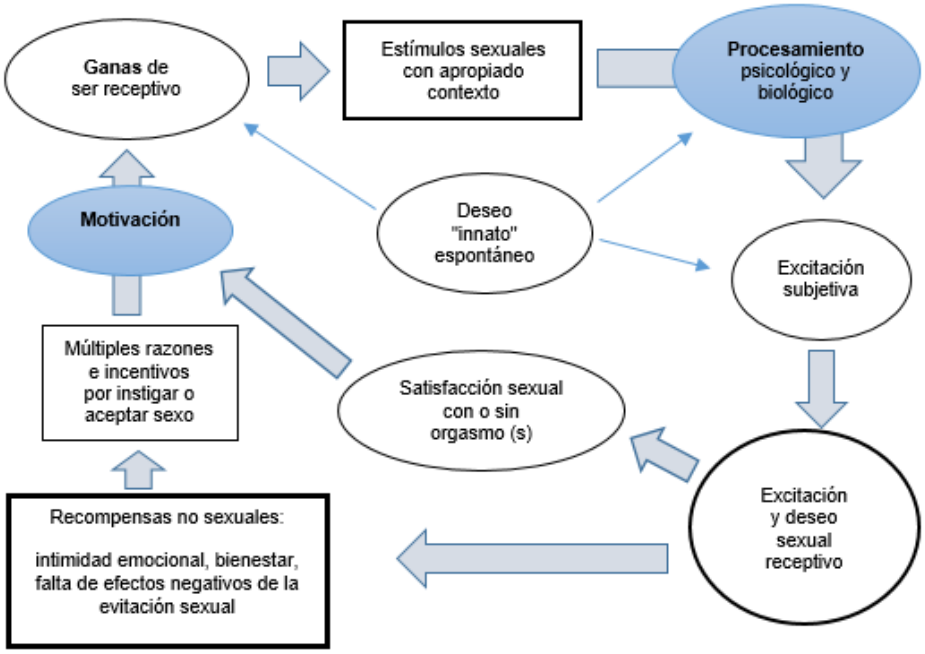
Figura 1. Modelo 3 ventanas de la función sexual.



Fuente: The "three windows" approach to understanding women's sexuality. Adapted from Graham and Bancroft. In: Gelder M, Lopez-Ibor J, Andreasen N, Geddes J, eds. New Oxford Textbook of Psychiatry. 2nd edition Oxford: Oxford University Press; 2009:472–83.

El modelo cíclico de Basson indica cada uno de los dominios de la función sexual, en el cual se puede observar que el desequilibrio de estos podría ocasionar disfunción sexual (Basson, 2005). (Figura. 2)

Figura 2. Ciclo de respuesta sexual.



Fuente: Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, *172*(10), 1327–33.

2.2.4. ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

El estudio de disfunción sexual debe realizarse de forma rutinaria a toda mujer que acude a cita ginecológica, ya que solo un pequeño porcentaje busca ayuda cuando la disfunción sexual está plenamente manifiesta y ocasiona sintomatología que afecta su calidad de vida.(Shifren et al., 2008).

Dentro de la evaluación diagnostica se abarca una serie de criterios, que deberán ser explorados a través de la historia clínica sexual que se realiza a las pacientes durante

la consulta; además cabe recalcar la importancia de realizar un examen físico exhaustivo, que nos facilite identificar la posible etiología y proporcionar soluciones que perduren en el tiempo.

Los dominios que se abarcan en el análisis de la función sexual son:

1. Trastornos del deseo
2. Trastornos de la excitación
3. Ausencia del orgasmo
4. Dolor sexual

La Conferencia de Desarrollo de Consenso en las disfunciones sexuales femeninas, integra dos parámetros adicionales: (Basson et al., 2010)

5. Trastorno de lubricación
6. Trastorno de satisfacción

2.3. PROLAPSO GENITAL E INCONTINENCIA URINARIA

2.3.1. DEFINICIONES

Definiendo el prolapso genital como el deslizamiento anormal o hernia de los órganos pélvicos, desde su posición normal de la pelvis hacia el exterior. Dentro de los órganos que se desplazan con mayor frecuencia encontramos el útero, con o sin afectación de los compartimentos anterior y posterior (Haylen et al., 2015); por lo cual estos cambios anatómicos también pueden integrar otros órganos como la vejiga, el recto e intestino.

Se define como incontinencia urinaria a cualquier perdida involuntaria de orina, pudiendo clasificarse de acuerdo a la sintomatología clínica en incontinencia de esfuerzo, de urgencia o mixta (Robles García, 2004).

En este caso nos centraremos en lo que corresponde a la incontinencia urinaria de esfuerzo, caracterizada por el escape de orina secundaria al aumento de la presión intra abdominal ante esfuerzos como: reír, toser, levantar peso, entre otros.

2.3.2. EPIDEMIOLOGÍA

Resulta difícil determinar la prevalencia exacta de esta patología, debido a elementos como: sistema de clasificación del prolapso genital, la presencia de síntomas, pacientes que no buscan atención médica o por aspectos demográficos.

Según investigaciones a nivel mundial, se estima que alrededor del 50 % de mujeres, en algún momento de su vida pierden el sistema de soporte del piso pélvico, lo que ocasiona prolapso genital (Olsen, Smith, Bergstrom, Colling, & Clark, 1997).

Así mismo establecer una prevalencia de incontinencia urinaria puede resultar difícil, pero se estima que se presenta en alrededor del 20 al 50 % de la población femenina, la misma que se encuentra condicionada principalmente por la edad, en donde se puede observar que es más frecuente en personas adultas y adultas mayores (Robles García, 2004).

Se estima que el riesgo de por vida de requerir tratamiento quirúrgico, sea por la presencia de incontinencia o por disfunción de piso pélvico es del 11% (Olsen et al., 1997).

2.3.3. ANATOMÍA DEL PISO PELVICO

La anatomía del piso pélvico se considera una de las estructuras más complejas del cuerpo humano; siendo dependiente tanto de estructuras pasivas como activas que involucran una serie de elementos anatómicos que en conjunto dan lugar al piso pélvico; por lo cual se presenta un esquema para facilitar la comprensión de la misma. (Figura. 3)

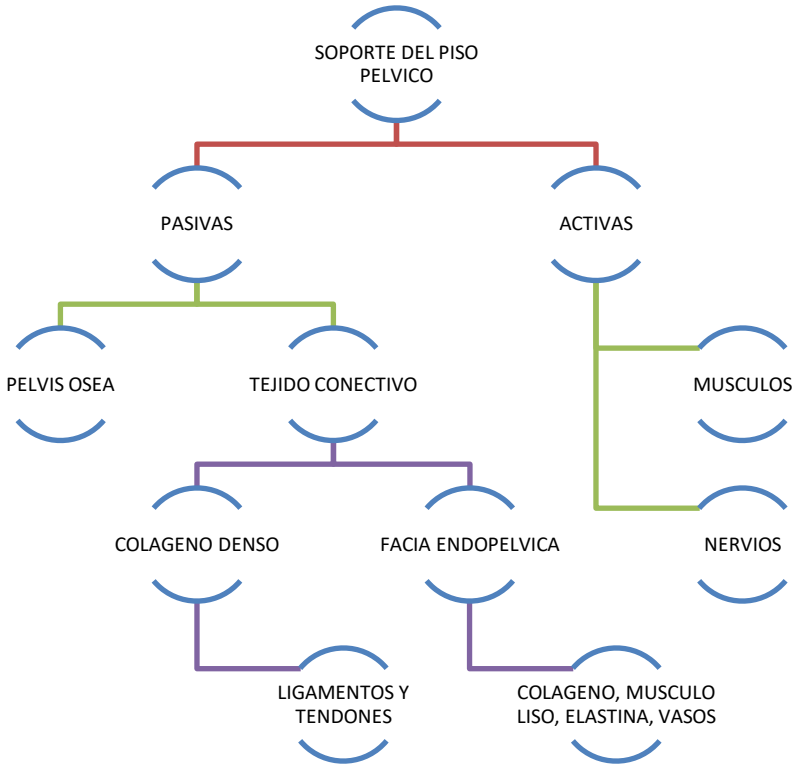


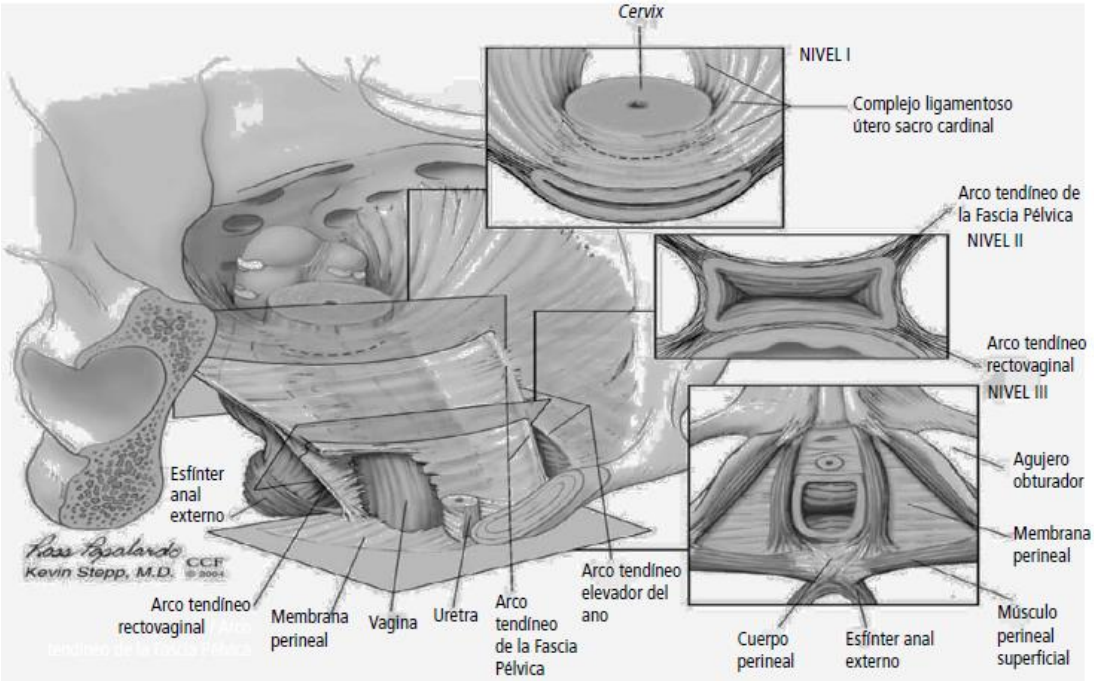
Figura 3. Esquema de soporte del piso pélvico.

Fuente: Cohens, David, et al. (2013). *Female Pelvic Organ Prolapse: What you should know.* Revista Medica Clínica CONDES. 24(2); 202-209

En 1994 se describe la hipótesis acerca de la continencia del piso pélvico llamado “modelo de hamaca” realizada por De Lancey, el cual divide la pelvis en 3 niveles, los mismos que tienen participación en la fijación de los órganos pélvicos; siendo el

defecto de uno o más de ellos el causal de dos distintos tipos de prolapso. (Figura. 4)

Figura 4. Anatomía funcional del piso pélvico.



Fuente: Pelvic Floor Dysfunction. A Multidisciplinary Approach. Editores. G Willy Dávila, Ghamal M Ghoniem, Steven D Wexner. Sección IV Anatomic Correlates. 4-1 Urologic Anatomic Correlates. Pág. 74. Jonathan Jay.

2.3.4. FISIOPATOLOGÍA

2.3.4.1. FISIOPATOLOGÍA PROLAPSO GENITAL

El origen del prolapso genital está dado por una alteración a nivel del hiato urogenital del plató del elevador del ano, ocasionando estiramiento y ruptura de los elementos anatómicos de sostén; como se mencionó anteriormente, dependiendo del nivel anatómico en el que se presenta la lesión se determina el tipo de prolapso.

2.3.4.2. FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Cuando existe un aumento de la presión intraabdominal secundario a esfuerzos físicos, la presión intravesical aumenta, superando la presión del esfínter uretral lo cual provoca la fuga de orina.

El hallazgo más relevante en la incontinencia de esfuerzo es la hipermovilidad uretral, ocasionado por la falla en el soporte del piso pélvico; además se puede atribuir a una falla intrínseca del esfínter uretral, siendo esta causa la menos frecuente (ACOG, 2014).

Tanto la disfunción del piso pélvico como la incontinencia urinaria dependen de varios factores de riesgo, pudiendo estos influir como predisponentes, estimuladores, promotores o descompensadores. (Tabla 1)

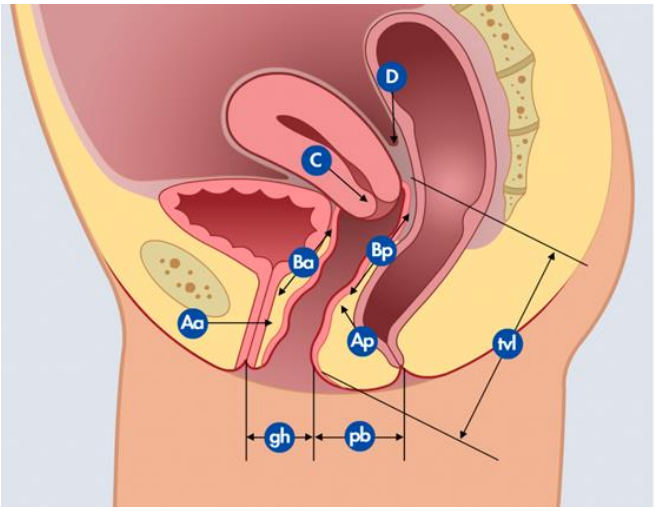
FACTORES DE RIESGO			
PREDISPONENTES	**ESTIMULADORES**	**PROMOTORES**	**DESCOMPENSADORES**
Sexo Neurológico Anatómico Colágeno Muscular Cultural Ambiental	Parto Lesión neurológica Lesión muscular Radiación Ruptura de tejido Cirugía radical	Constipación Profesión Recreación Obesidad Cirugía Enfermedad pulmonar Tabaquismo Menopausia Infecciones Medicamentos	Envejecimiento Demencia Debilidad Enfermedades Medioambiente Medicamentos

Tabla 1: Factores de riesgo para prolapso genital e incontinencia urinaria de esfuerzo
Fuente: Bump C, 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.

2.3.5. CLASIFICACIÓN DEL PROLAPSO GENITAL

La Sociedad Internacional de Continencia estableció la clasificación internacional en el año 1996, la cual se conoce como POP – Q. Fue diseñada con el fin de estandarizar los criterios diagnósticos y el manejo clínico – quirúrgico del prolapso (Cohen, 2013). (Figura. 5 y 6)

Figura 5. Puntos de referencia clasificación POP – Q.



Fuente: American Urogynecologic Society. POP – Q Tools

Partiendo con la identificación de los puntos anatómicos, se realiza el registro en una tabla de puntaje, para lo cual cada punto tiene establecida la medida en centímetros; el punto de referencia es el himen, el mismo que tiene un valor de 0 y se aplica valores negativos cuando la alteración se identifica a nivel del himen y valores positivos cuando lo sobrepasa. (Tabla. 2)

TABLA 2. Tabla de registro POP – Q y relación con niveles De Lancey.

Aa -3 3º de De Lancey: -Pubo uretral -Uretro pélvico -Diafragma urogenital	Ba -3 2º de De Lancey -Pubo cervical	C -8 1º de De Lancey -Lig. Cardinales -Uterosacros
GH 2	PB 3	TVL 10
Ab -3 3º de De Lancey -Cuerpo Perineal -Fascia recto-vaginal	Bb -3 2º de De Lancey -Fascia recto-vaginal	D -10 1º de De Lancey

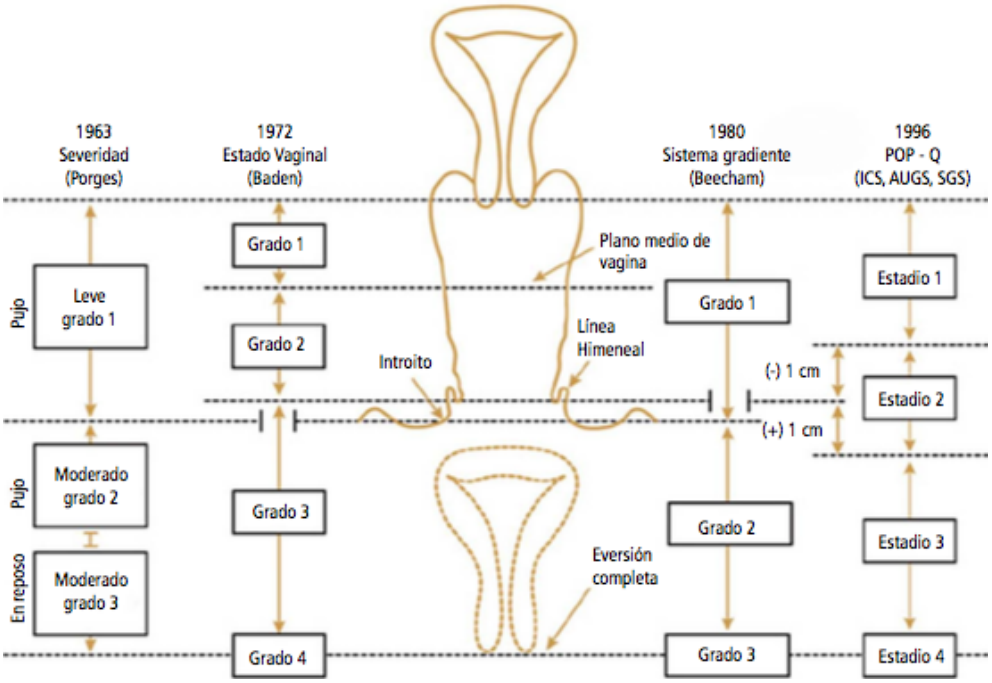
Fuente: J.L De Lancey. (2005). *The hidden epidemia of pelvic floor dysfunction. Achiavable goals for improved prevention and treatment.* Am J Obstet Gynecol; 192: 1488-95

2.3.6. ESTADIOS DEL PROLAPSO

Basándonos en la identificación de los puntos del POP- Q, se puede definir el estadio del descenso, tomando como punto de referencia el himen y así establecer si el prolapso es anterior, posterior, apical o completo (Figura. 6). Pudiendo establecerse de la forma que se detalla a continuación:

- ESTADIO 0: No prolapso
- ESTADIO I: Descenso sobre 1 cm sobre el himen
- ESTADIO II: Descenso entre +/- 1 cm del himen
- ESTADIO III: Descenso mayor a 1 cm del himen, pero no debe sobrepasar 2 cm de la longitud total de la vagina
- ESTADIO IV: Prolapso completo

Figura 6. Estadios del prolapso genital.



Fuente: Theofrastous JP, Swift SE. (2008) *The Clinical Evaluation of pelvic Floor Dysfunction*. Obstet Gynecol Clin North Am;25(4):790

2.3.7. TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL E INCONTINENCIA URINARIA

El enfoque terapéutico se encuentra sugerido cuando el prolapso genital es sintomático y además se encuentra asociado a disfunción urinaria, intestinal o problemas sexuales. El tratamiento debe realizarse en dependencia del grado del prolapso, ya que el manejo a emplear puede partir desde un tratamiento conservador o llegar a requerir corrección quirúrgica (Duarte Maldonado & Salgado, 2014).

2.3.8. TRATAMIENTO CONSERVADOR

Se constituye por una serie de medidas que tienen el fin de evitar el incremento del grado del prolapso y control de la incontinencia; se considera que deben realizarse de forma oportuna a todas las pacientes, hasta lograr decidir una conducta quirúrgica siempre y cuando el mismo se encuentre indicado y la paciente lo apruebe.

Dentro de los principales objetivos del manejo conservador se considera:

- Evitar el aumento el grado del prolapso
- Reducir síntomas
- Mejorar la fuerza de sostén del piso pélvico
- Postergar o evadir la corrección quirúrgica.

Además, entre estas medidas se incluyen modificaciones del estilo de vida por medio de la realización de ejercicio físico, reducción de peso, evitar carga de objetos pesados, cese de tabaquismo, evitar bebidas alcohólicas, restricción de cafeína, dieta rica en fibra y control de factores como el estreñimiento o la tos.

Técnicas como los ejercicios del piso pélvico tipo Kegel, se realizan con el fin de fortalecer la musculatura y así crear un mejor soporte de los músculos del piso pélvico; contribuyen a mantener o reducir el grado de prolapso, así como de mejorar la incontinencia urinaria por estrés (K. et al., 2016)

Otro tratamiento conservador que vale la pena mencionar, está dado por el uso de soportes vaginales llamados pesarios, constituido por estructuras plásticas con forma de anillo, cuya finalidad es reducir el prolapso.

2.3.9. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El manejo quirúrgico está indicado en aquellas circunstancias donde las pacientes deciden una corrección definitiva por cualquiera de las técnicas quirúrgicas disponibles o existe falla del tratamiento conservador.

Tomando la teoría integral del piso pélvico, la corrección quirúrgica no se realiza de manera aislada, ya que puede requerir más de una intervención en el mismo acto quirúrgico para corrección del prolapso. Cada procedimiento quirúrgico se lleva a cabo en el sitio especifico de lesión, pudiendo ser de tipo primaria o adicional al acto quirúrgico. (Haylen et al., 2015).

Existen diversas técnicas para la corrección quirúrgica, pudiendo involucrar abordajes ya sea por vaginal o abdominal, los mismos que son objeto de estudio y se mencionan a continuación, mientras que los demás métodos existentes se adjuntan en el ANEXO 3.

2.3.9.1. PROLAPSO ANTERIOR

Al abordar el prolapso anterior, es importante determinar si existe compromiso apical, en caso de no existir el mismo, la reparación primaria con tejido nativo de la vagina es la técnica ideal. En este procedimiento se realiza la plicatura en la línea media o del sitio especifico con una tasa de éxito del 90% (Cohen, 2013). (Figura. 7)

Se puede emplear material protésico (mallas), pero se ha dejado de recomendar su uso por la FDA debido al reporte de complicaciones como exposición, dolor e infección, entre otras.

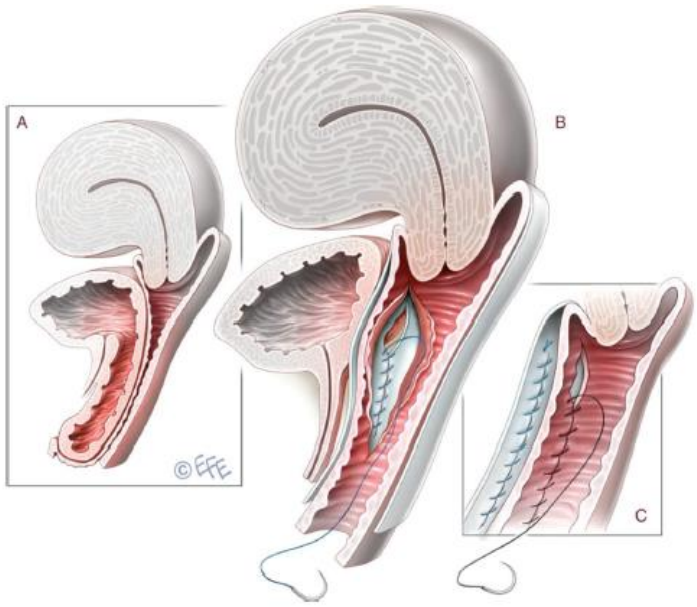


Figura 7. Colporrafia anterior en línea media.

Fuente: Haylen, B. T., Maher, C. F., Barber, M. D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., … Withagen, M. I. J. (2015). an International Urogynecological Association (Iuga) / International Continence Society (Ics) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (Pop) , 655–684.

2.3.9.2. PROLAPSO POSTERIOR

De igual forma a lo descrito cuando se presenta prolapso anterior, la reparación con el tejido nativo de la vagina con plicatura de la fascia prerrectal y aproximación de bordes con escisión de tejido, muestra buenos resultados. Caso similar a los que se evidencia cuando se ha utilizado material protésico, pero no ha llegado a superar a la reparación primaria; reportando exposición a mayor número de eventos adversos, lo cual resta efectividad a la misma.

También se puede llevar a cabo la reparación a nivel de la línea media o en el sitio especifico del defecto, con tasa de éxito del 86% y 70% respectivamente. (K. et al., 2016). (Figura. 8)

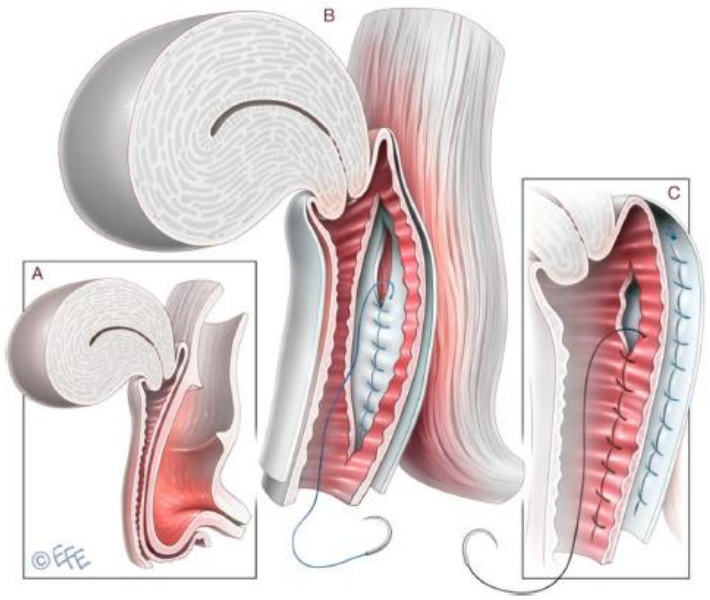


Figura 8. Colporrafia posterior en línea media.

Fuente: Haylen, B. T., Maher, C. F., Barber, M. D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., … Withagen, M. I. J. (2015). an International Urogynecological Association (Iuga) / International Continence Society (Ics) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (Pop) , 655–684.

2.3.9.3. PROLAPSO APICAL

La corrección de las lesiones a nivel del punto apical (nivel I De Lancey), constituye el pilar fundamental para el manejo del prolapso genital, considerando que la fijación de este punto corrige la mayor parte del defecto anatómico; pudiendo o no asociarla a la reparación de cara anterior y/o posterior.

Dentro de los procedimientos que podemos destacar, con su respectiva tasa de éxito son: (K. et al., 2016):

- Fijación a ligamento sacroespinoso: con una tasa de éxito del 96% (Figura. 9)

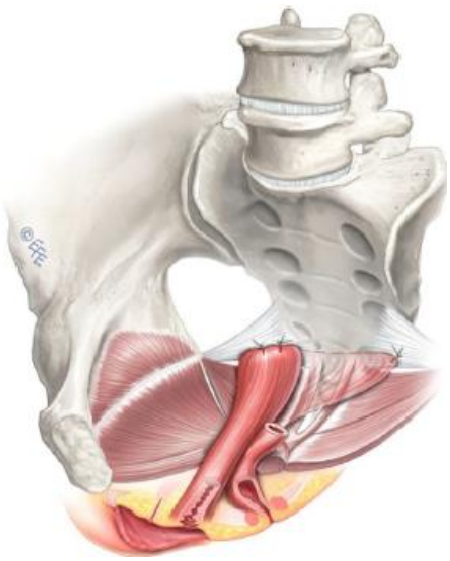


Figura 9. Fijación a ligamento sacro espinoso

Fuente: Haylen, B. T., Maher, C. F., Barber, M. D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., … Withagen, M. I. J. (2015). an International Urogynecological Association (Iuga) / International Continence Society (Ics) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (Pop) , 655–684.

- Fijación a ligamento uterosacro (Culdoplastía de Mc Call): tasa de éxito 98% (Figura. 10)

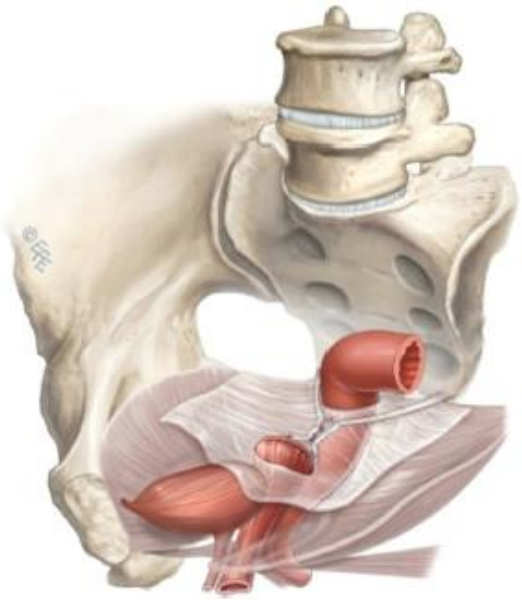


Figura 10. Culdoplastía de Mc Call

Fuente: Haylen, B. T., Maher, C. F., Barber, M. D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., … Withagen, M. I. J. (2015). an International Urogynecological Association (Iuga) / International Continence Society (Ics) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (Pop) , 655–684.

- Sacrocolpopexia abdominal, laparoscópica o robótica: se considera el gold estándar en el tratamiento, con una tasa de éxito del 78 al 100% (Figura. 11)

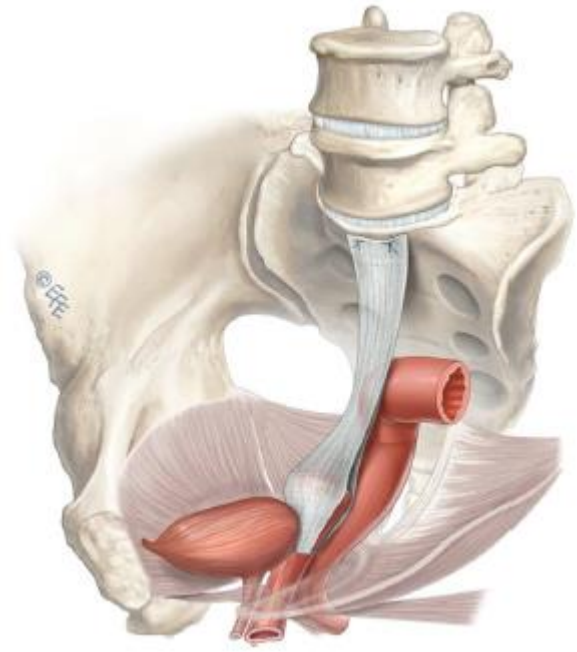


Figura 11. Sacrocolpopexia

Fuente: Haylen, B. T., Maher, C. F., Barber, M. D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., … Withagen, M. I. J. (2015). an International Urogynecological Association (Iuga) / International Continence Society (Ics) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (Pop) , 655–684.

Como una alternativa en aquellas mujeres de edad avanzada y sin actividad sexual, se puede tener a consideración aquellas cirugías obliterativas, como es el caso de la colpocleisis de Le Fort o Colpectomía parcial; constituyendo procedimientos con una tasa de éxito superior al 90% y con una morbilidad postquirúrgica mucho menor (Cohen, 2013).

2.3.9.4. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Existen múltiples tratamientos para el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero la que ha logrado ganar mayor aceptación en el medio es la colocación

de un cabestrillo suburetral a través del agujero obturatriz, con el propósito de evitar la hipermovilidad uretral. Se considera un procedimiento rápido, con bajas complicaciones posoperatorias y con una tasa de éxito del 92% (Martín Oliva, Cerezuela Requena, & González Cerrón, 2012). (Figura. 12)

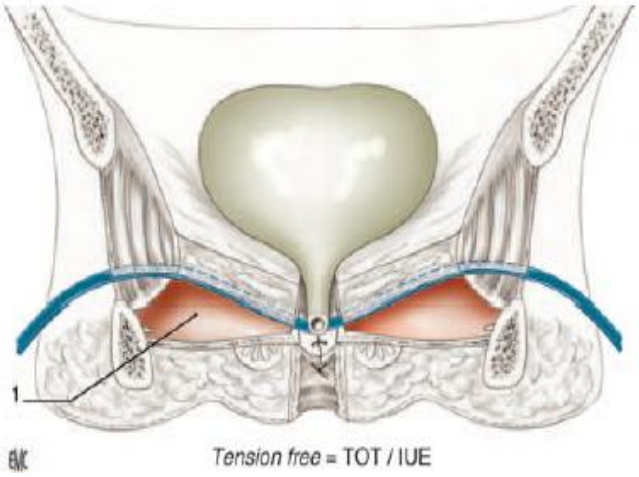


Figura 12. Banda TOT, para incontinencia.

Fuente: Delorme, E. (2005). Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer mediante banda transobturatriz. *EMC - Urología*, *37*(2), 1–5.

2.4. RELACIÓN ENTRE CIRUGÍA PÉLVICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Los trastornos del piso pélvico que integran el prolapso genital e incontinencia urinaria y fecal, se consideran problemas que alteran la función sexual, como se demuestra en el estudio de Urología Europea (Salonia et al., 2004); en el cual se describe que las personas con incontinencia urinaria, padecían trastornos del deseo sexual en un 47%, trastornos de la excitación en un 22%, trastornos del orgasmo 27% y dolor en el coito en un 18% de las participantes.

Así como el prolapso de órganos pélvicos tiene influencia sobre la función sexual, no existe diferencia entre la actividad sexual de las mujeres con prolapso en comparación con aquellas sin prolapso; pero si se evidencia que a mayor grado de prolapso genital, disminuye la frecuencia de relaciones sexuales así como las molestias al mantener relaciones sexuales como: disminución del deseo, sequedad vaginal y dispareunia (Achtari & Dwyer, 2005).

Se sabe que existen diferentes técnicas quirúrgicas para la resolución de los distintos tipos de prolapsos, pero poco se ha estudiado en relación al tema de manera individual y acerca de los efectos de la cirugía sobre la función sexual, por lo cual la información existente del tema es aislada y poco concluyente.

La corrección del defecto anatómico en los trastornos de la pelvis, tiene gran influencia sobre el futuro de la vida sexual de las pacientes, considerando que integra factores mencionados anteriormente, pudiendo ser de origen orgánico, psicológico y emocional.

Para preservar la función sexual se debe tomar en cuenta al momento de la corrección del defecto anatómico, el hecho de mantener la longitud y el calibre de la vagina. El restablecimiento de la función sexual posterior a la cirugía se debe a la interrupción de la incontinencia; mientras que el desmejoramiento se encuentra en relación directa con la existencia de dispareunia, secundaria a reparaciones en el tejido vaginal como es el caso de la perineorrafia.

Una revisión sistemática realizada por el Departamento de Urología de la Universidad de Miami, determinó el agravamiento de la función sexual posterior a la cirugía en un 17% (Tunuguntla & Gousse, 2006), pudiendo también encontrarse recuperación o ausencia de cambios sobre la función sexual, siendo estas modificaciones dependientes de la técnica quirúrgica empleada.

2.4.1. BANDA TOT Y FUNCIÓN SEXUAL

La asociación entre la colocación de banda TOT y la función sexual es variable, ya que puede exponer una amplia gama de resultados, es así que un estudio en el cual se aplicó la misma encuesta realizada en esta investigación (Índice de Función Sexual Femenina), reveló que la función sexual mejoró en el 53,3% de las pacientes, no evidenció cambios después de la cirugía en el 38%; y se deterioró en 6,7% de las participantes del estudio (Naumann et al., 2013). Como se describe en un estudio colombiano con características similares a las de nuestra población, el puntaje del IFSF mejoró a los 6 meses posterior a la cirugía, con valores pre quirúrgicos de 21, a una cifra de 27 post quirúrgico; lo cual refleja que el 95 % de las pacientes presentan satisfacción con el procedimiento realizado (Álvarez Villaraga, Chavarriaga Soto, Carreño Galeano, López, & Silva, 2017).

2.4.2. FIJACION A LIGAMENTO SACRO ESPINOSO Y FUNCIÓN SEXUAL

Encontramos varias técnicas para la corrección del prolapso apical, entre ellas la fijación a ligamento sacroespinoso constituye una técnica muy efectiva, de la cual hay pocos estudios en cuanto al seguimiento de la función sexual; se ha encontrado que la fijación a ligamento sacroespinoso mejora el placer sexual, disminuyendo la dispareunia (Thompson & Rogers, 2016). También existen reportes de que no se logra modificaciones sobre la función sexual (Kokanali, Cavkaytar, Aksakal, & Dołanay, 2015).

2.4.3. COLPOPERINEOPLASTIAS Y FUNCIÓN SEXUAL

La corrección del prolapso anterior y posterior con la plicatura de las fascias tanto anterior y posterior, además de la aproximación de los pilares del elevador del ano presentan resultados diferentes en cuanto a la función sexual.

La técnica de corrección anterior reduce la dispareunia de un 30% al 22% (Achtari & Dwyer, 2005), sin embargo se debe tomar en cuenta que de acuerdo a la teoría integral del piso pélvico, la reparación se realiza como un todo, por lo cual este procedimiento se lo lleva a cabo de manera aislada en pocos casos, ya que la mayoría tienen una reparación posterior y la dispareunia es la molestia que más aqueja.

La reparación posterior genera problemas sexuales por dispareunia, la misma que ocurre en un 21 al 27%, siendo más marcada cuando existe aproximación de los pilares del elevador del ano. La dispareunia se atribuye a una reducción del calibre del introito, por lo cual se debe evitar la realización de una perinoplastia posterior innecesaria (Tunuguntla & Gousse, 2006).

2.4.4. HISTERECTOMÍA Y FUNCIÓN SEXUAL

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que se realiza con frecuencia en la corrección de disfunción de piso pélvico, junto a otros procedimientos reconstructivos. Sobre la afectación de la función sexual podemos ver que está relacionada con efectos psicológicos negativos, secundario a la extirpación del útero

y en el cual existe alteración de la autoestima debido a la ideología de que existe una pérdida de la funcionalidad sexual y reproductiva.

Se describen reportes favorables sobre el resultado de la histerectomía así como del deseo sexual, disminución de dispareunia, aumento del orgasmo y diminución de sequedad vaginal (Rhodes, Kjerulff, Langenberg, & Guzinski, 1999). En contraste existen resultados en otros estudios que mencionan problemas frecuentes tras la histerectomía, sobre todo cuando el abordaje se lleva a cabo por vía vaginal (Sobral Portela & Soto González, 2015).

2.5. CUESTIONARIOS PARA VALORACIÓN DE FUNCIÓN SEXUAL

Como se había mencionado anteriormente, la función sexual es considerado un aspecto de gran importancia sobre la calidad de vida de las personas, por lo cual se debe tener en consideración al momento de realizar la evaluación y el tratamiento del prolapso genital e incontinencia urinaria.

Múltiples cuestionarios se han desarrollado y establecido para la valoración de la función sexual, una revisión sistemática (Daker-white & D, 2002) concluye que dos son los cuestionarios que ofrecen mayor fiabilidad y recomiendan su utilización. Entre ellos destacan el Cuestionario de sexualidad femenina de McCoy (MFSQ, *McCoy Female Sexuality Questionnaire*) y el Índice de función sexual femenina (FSFI, *Female Sexual Function Index*).

El cuestionario de sexualidad femenina McCoy, se aplica en mujeres postmenopáusicas y su finalidad es evaluar el grado de interés y la respuesta sexual. A diferencia del cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) que

evalúa todos los dominios de la función sexual: deseo, lubricación, excitación, orgasmo, satisfacción y dolor, mismos que han sido establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría. La ventaja que tiene sobre el cuestionario de McCoy radica en que el IFSF puede ser utilizado a cualquier edad.

Para la evaluación de la función sexual, específicamente en el caso del prolapso genital o incontinencia urinaria, existen dos cuestionarios: Función sexual en caso de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia (PISQ) y la versión revisada (PISQ - IR), los mismos que son validados y fiables para su aplicación, evaluando el efecto de estas enfermedades sobre la función sexual.

Para el desarrollo de esta investigación se consideró la utilización del cuestionario IFSF, ya que este instrumento permite valorar todos los dominios de la función sexual de manera integral y tiene menor complejidad para su uso; además de que no discrimina a las participantes por su grupo etario, lo cual permite abarcar una mayor población para su evaluación.

2.5.1. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrumento que fue elaborado por Rosen y cols, en el cual se abarca los 6 dominios de la función sexual. Su resultado es breve y multidimensional para evaluar las áreas clave dentro de las relaciones sexuales y función sexual en las mujeres. Entre las ventajas que presenta es ser psicométricamente sólido, fácil de aplicar y presenta habilidad demostrada para discriminar entre poblaciones clínicas y no clínicas (Rosen et al., 2000)

Este cuestionario se basa en 19 preguntas en el que se incorpora a los dominios más relevantes como: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene un valor que va de 0 a 5, cuyo puntaje debe multiplicarse por un factor constante; obteniendo un valor que debe sumarse con todos los parámetros, obteniendo valores como punto de corte en 26; por lo cual valores inferiores son indicativos de disfunción sexual. (Tabla. 3) (ANEXO 2)

Tabla 3. Escala de puntuación Índice Función Sexual Femenina

PUNTAJE INDICE FUNCION SEXUAL FEMENINA					
DOMINIOS	**PREGUNTAS**	**PUNTAJE**	**FACTOR**	**MINIMO**	**MAXIMO**
Deseo	1 – 2	1 – 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 – 6	0 – 5	0,3	0	6
Lubricación	7 – 10	0 – 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 – 13	0 – 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 – 16	0 – 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 – 19	0 – 5	0,4	0	6
RANGO TOTAL				2	36

Los coeficientes de fiabilidad del test son altos para cada parámetro que se evalúa en el mismo, con un test alfa de Cronbach sobre 0,82 con una significancia para cada uno de los dominios ($p<0,001$) (Rosen et al., 2000).

Se han realizado varios estudios con este instrumento, que analizan la función sexual en diferentes tratamientos del piso pélvico, como se describen en la siguiente tabla (Tabla.4):

Tabla 4. Estudios publicados que analizan la función sexual en prolapso genital e incontinencia urinaria con uso IFSF.

RESULTADOS

ESTUIDIO / CIRUGIA		
CIRUGIA POP CON MALLA	Alcalay et al.(Alcalay, Cosson, Livneh, Lucot, & Von Theobald, 2011)	Hoda et al (Hoda, Wagner, Greco, Heynemann, & Fornara, 2011)
Año	2011	2011
Tamaño	20	96
Tipo de estudio	Prospectivo multicéntrico	Prospectivo no aleatorizado
Seguimiento	12 meses	2 años
Resultados	Puntuación IFSF no varía	Puntuación mejora tras la cirugía
CIRUGIA POP CON MALLA	Lakeman et al. (Lakeman, Laan, & Roovers, 2014)	Azar et al. (Azar, Noohi, Radfar, & Radfar, 2008)
Año	2013	2007
Tamaño	29	76 casos y 67 controles
Tipo de estudio	Prospectivo	prospectivo
Seguimiento	6 meses	4 meses
Resultados	Puntuación IFSF no varía	Puntuación IFSF mejora
IUE TRATAMIENTO REHABILITADOR	Serati et al. (Serati et al., 2015)	Rivalta et al.(Rivalta, Sighinolfi, Micali, De Stefani, & Bianchi, 2010)
Año	2014	2011
Tamaño	34	97
Tipo de estudio	Prospectivo	Prospectivo
Seguimiento	3 meses	5 meses
Resultados	Puntuación IFSF mejora	Puntuación IFSF mejora

CAPITULO III.

3. MATERIALES Y METODOS

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar el impacto de la cirugía de piso pélvico sobre la función sexual en mujeres de 35 a 55 años que fueron intervenidas en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, durante el periodo de enero a diciembre del 2016.

3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes como edad, estado civil, gestas, índice de masa corporal, actividad sexual
- Determinar la afectación sexual de las pacientes posterior a tratamiento quirúrgico de piso pélvico.
- Comparar el riesgo de disfunción sexual entre las diferentes técnicas quirúrgicas como colocación de banda de tensión libre transobturatiz, fijación a sacroespinoso y colpoperineoplastia anterior y posterior.
- Evaluar la percepción subjetiva de la calidad sexual previo a la cirugía.

3.2. HIPÓTESIS.

La corrección quirúrgica de trastornos del piso pélvico se encuentra asociada a mayor disfunción sexual posterior al tratamiento en relación a la técnica

utilizada, en las pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”.

3.3. TIPO DE ESTUDIO

Es presente estudio es de tipo analítico de corte transversal, que comprende las pacientes fueron intervenidas con cirugía de piso pélvico entre el periodo de Enero a Diciembre de 2016, y su evaluación se realizó entre 6 a 18 meses posteriores a la cirugía.

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

3.4.1. UNIVERSO

La población a estudiar son 115 pacientes que fueron sometidas a cirugía de piso pélvico en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” durante el periodo que comprende de enero a diciembre del 2016, y que además presentan criterios de inclusión que se encuentran en relación con la técnica quirúrgica realizada y el tiempo post quirúrgico de la misma; de acuerdo a esto se desarrolló el presente trabajo con la totalidad del universo de la población objetivo de estudio, sin que sea necesario realizar el cálculo muestral.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes de 35 a 45 años de edad.
2. Pacientes que han sido colocada Banda libre de tensión (TOT).
3. Pacientes que han sido intervenidas a fijación hacia sacro espinoso.
4. Pacientes que han sido sometidas a colpoperineoplastia.
5. Pacientes que hayan cumplido 6 meses postquirúrgico.

3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes que no cumplan criterios de inclusión.
2. Pacientes con terapia de remplazo hormonal.
3. Pacientes con cirugía de piso pélvico previa.
4. Mujeres postmenopáusicas.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Número de años cumplidos	1=35-40 años 2=41-45 años 3=46-50 años 4=51-55 años
IMC	Indicador relación entre peso y talla	IMC < 20: Bajo peso IMC 21 – 24: Normal IMC 25 – 29: Sobrepeso IMC > 30: Obesidad	1= Bajo peso 2= Normal 3= Sobrepeso 4= Obesidad
GESTAS	Número de embarazos viables y no	Nulípara Multípara	1= Nulípara 2= Multípara

	viables de una mujer		
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil, en relación de si tiene o no pareja reconocida ante la ley.	Condición de una persona.	1= Soltera 2= Casada 3= Divorciada 4= Unión libre 5= Viuda
INSTRUCCIÓN	Escolaridad alcanzada	Nivel de estudio	1= Ninguno 2= Primaria 3= Secundaria 4= Superior
ANTECEDENTE HISTERECTOMIA	Extirpación quirúrgica del útero.	Tipo de histerectomía Abdominal Vaginal	1= Si 2= No
ACTIVIDAD SEXUAL	Expresión conductual de la sexualidad personal, cuyo fin es el coito	Vida sexual Activa	1= Si 2= No
TECNICA QUIRURGICA PARA PISO PELVICO	Intervención quirúrgica para corrección de prolapso y/o incontinencia	Cirugía realizada para disfunción de piso pélvico	1=Banda TOT 2=Fijación sacro espinoso 3=Colporrafia anterior 4=Colporrafia posterior 5=Colporrafia combinada
PERCEPCION CALIDAD SEXUAL PREQUIRURGICA	Percepción subjetiva de la vida sexual antes de la cirugía	Satisfecha/Insatisfecha	1= Satisfecha 2= Insatisfecha
CALIDAD SEXUAL POSTQUIRURGICA	Percepción objetiva de calidad de vida sexual posterior a cirugía	Parámetros IFSF: • Deseo • Excitación • Lubricación • Orgasmo • Satisfacción • Dolor	1= Disfunción 2= No disfunción

TIEMPO POSTQUIRURGICO	Resultado de la intervención a los 6 meses.	Tiempo postquirúrgico	1= 6 a 12 meses 2= 13 a 18 meses 3= > 18 meses

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectó mediante una matriz de registro de datos y de la aplicación de la encuesta INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA (IFSF). (Anexo 1)

Se obtuvo tanto de la historia clínica virtual del sistema de la institución y de la paciente, a quienes se les localizó vía telefónica y se les citó en la consulta externa de ginecología, además de aquellas pacientes que acuden a citas programadas.

3.7.1. INSTRUMENTO

Con la finalidad de valorar la disfunción sexual de las mujeres sometidas a cirugía de piso pélvico, se utilizó el cuestionario INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF). (ANEXO 2)

Esta encuesta comprende de 19 preguntas, con las que se puede analizar los 6 dominios de la función sexual, cuyo resultado indica disfunción con un valor ≤ 26,55.

3.8. PLAN DE ANÁLISIS

Para la recolección de la información se utilizó una Laptop Toshiba core i3, se elaboró la base de datos en el programa Excel 2013, la misma que posteriormente fue procesada y analizada, utilizando el paquete estadístico SPSS 24.0.

Dentro del análisis descriptivo para cada una de las variables nominales, se utilizó valores absolutos y porcentuales. Se calculará las medias y las desviaciones estándar de las variables continuas.

En cuanto al análisis bivarial con la utilización del Odds Ratio para determinar el riesgo disfunción sexual y su relación con las distintas técnicas quirúrgicas para corrección de trastornos de piso pélvico, se obtuvo un IC del 95%. Además, como medida de significancia se aplicará la Prueba de Hipótesis con el Chi cuadrado.

Para analizar la diferencia de medias de acuerdo la distribución de la población se aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para establecer si son simétricas o asimétricas, y en base a esta determinación se utilizó t-Student como prueba paramétrica o la U de Mann-Whitney como prueba no paramétrica.

3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS.

Esta investigación se realizará en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, que se ha solicitado la autorización previa al Comité de Bioética y al Departamento de Docencia de la institución para desarrollar el estudio.

Basándose en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, en esta actividad de investigación se persigue asegurar el cumplimiento de

las normas éticas internacionales, haciendo énfasis en la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio, así como de los resultados obtenidos.

El consentimiento informado será aplicado de acuerdo a las normas de la Organización Mundial de la Salud, donde las pacientes objeto de estudio manifiestan su participación voluntaria, libre de la influencia de terceros; dejando constancia por escrito de su consentimiento para colaborar con el presente estudio. Con esto se pretende salvaguardar la seguridad y el carácter confidencial tanto de los datos proporcionados por el Hospital Eugenio Espejo como el de las pacientes.

Cabe recalcar que este estudio, tiene como objetivo no solo aportar con el conocimiento científico y mejorar la calidad del servicio a las usuarias, sino además crear una base de datos para futuras investigaciones en relación al tema. (ANEXO 1)

CAPITULO IV.

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En el presente estudio se tomó el universo de las pacientes intervenidas por trastornos de piso pélvico desde enero a diciembre del 2016 en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, el número total de pacientes fue de 170, de las cuales 115 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

4.1.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La edad media fue de 48,15 años, (DE ± 5,04 años), con rango de 36 a 55 años.

Se observó que el grupo de edad que se presentó con mayor frecuencia fue el de 46 a 50 años con un 36,52%, seguido del grupo 51 a 55 años con un 35,65%. (Tabla 5)

El promedio del IMC fue de 25.5 kg/m2 (DE ± 2,9), con rango de 19, 3 a 36,4 kg/m2.

Encontramos porcentajes similares entre normopeso y sobrepeso con el 46,96% y 46,09% respectivamente, mientras que obesidad en 6,96%. (Tabla. 5)

Las casadas y en unión libre fueron las que mayor frecuencia presentaron, las divorciadas y viudas con menor frecuencia (6,1 % y 0,9% respectivamente). (Tabla. 5)

La mayoría tiene algún tipo de estudio primario y secundario, mientras que nivel superior y analfabetas con menor frecuencia (9,6 % y 0,9 % respectivamente). (Tabla. 5)

Tabla 5. Características sociodemográficas.

CARACTERISTICAS CLINICAS		N= 115
EDAD	Media Desviación estándar Mínimo Máximo	48,15 años 5,04 años 36 años 55 años
IMC	Media Desviación estándar Mínimo Máximo	25,5 Kg/m² 2,9 Kg/m² 19,3 Kg/m² 36,4 Kg/m²
	Normopeso Sobrepeso Obesidad	46,96 % 46,09 % 6,9 %
ESTADO CIVIL	Con pareja (Casada y Unión libre) Sin pareja (Divorciada, Soltera y Viuda)	89,5% 10,5%
INSTRUCCION	Menor instrucción (Ninguna y Primaria) Mayor instrucción (Secundaria y Superior)	44,4% 55,7%

4.1.2. ANTECEDENTES PERSONALES

La mayoría de las pacientes son multíparas que nulíparas (98,8 % vs. 2 %)

No presentaron antecedente de histerectomía la mayor parte de las pacientes (93,9%), solo el 6,1% presentaron este antecedente. (Tabla. 6)

El 7% de las pacientes no tenían actividad sexual. (Tabla. 6)

Tabla 6. Frecuencias antecedentes personales.

CARACTERISTICAS CLINICAS		N= 115
PARIDAD	NULIPARAS MULTIPARAS	3,5% 96,5%
ANTECEDENTE HISTERECTOMIA	CON ANTECEDENTE SIN ANTECEDENTE	6,1 % 93,9 %
ACTIVIDAD SEXUAL	SI ACTIVIDAD NO ACTIVIDAD	93% 7%

4.1.3. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS.

De las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas, el procedimiento que se realizó con mayor frecuencia fue la colocación de banda TOT con un 79%, seguida de la fijación a ligamento sacro espinoso con el 33%; siendo las técnicas menos empleadas aquellas correspondientes a plastias y sus diferentes variantes, con porcentajes menores al 16% respectivamente. (Tabla. 7)

Tabla 7. Frecuencias procedimientos quirúrgicos.

	SI		**NO**	
	Nº	%	Nº	%
TOT	91	79,1%	24	20,9 %
SACROESPINOSO	38	33 %	77	67 %
PLASTIA ANTERIOR	18	15,7 %	97	84,3 %
PLASTIA POSTERIOR	16	13,9 %	99	86,1 %
PLASTIA ANTERIOR/POSTERIOR	12	10,4%	103	89,6%

4.1.3.1. TIEMPO POSTQUIRÚRGICO

El tiempo postquirúrgico que se valoró en las pacientes son a los 6 a 18 meses de realizada la cirugía. El tiempo mínimo es 7 meses y un máximo de 22 meses, la media de 15,71 meses (DE ± 3,9 meses).

Con un intervalo de 6 meses tenemos el 45,22% se estudió en el rango de 13 a 18 meses postquirúrgicos, el 28,70% de 6 a 12 meses y el 26,09% mayor de 18 meses postquirúrgicos. (Figura. 13)

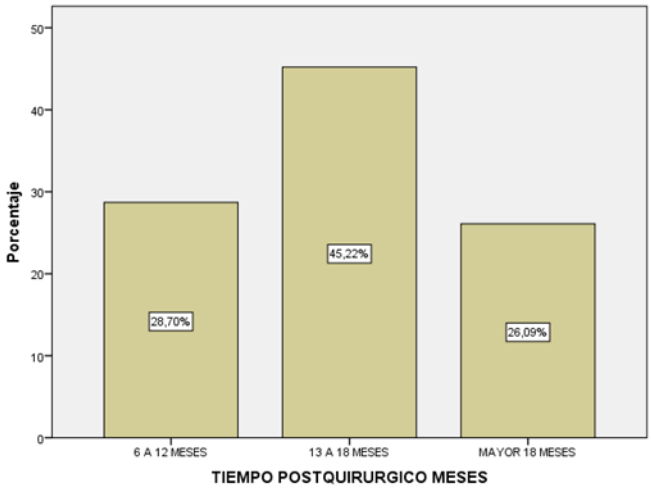


Figura 13. Rangos valoración postquirúrgica en meses.

4.1.4. ANTECEDENTES SEXUALES

4.1.4.1. SATISFACCIÓN SEXUAL PRE Y POSTQUIRÚRGICA.

Como muestra el gráfico, previo a la cirugía, la percepción de insatisfacción sexual fue del 86,09% y el 13,9% eran satisfechas.

Con la aplicación del test Índice de Función Sexual Femenino (IFSF), cuyo valor de corte es 26, encontramos que ahora el 47,8% tiene disfunción sexual y el 52,2% no tiene disfunción sexual. (Figura. 14)

La comparación de las proporciones tiene significancia estadística con valor z de 6,027 (p=0,0000).

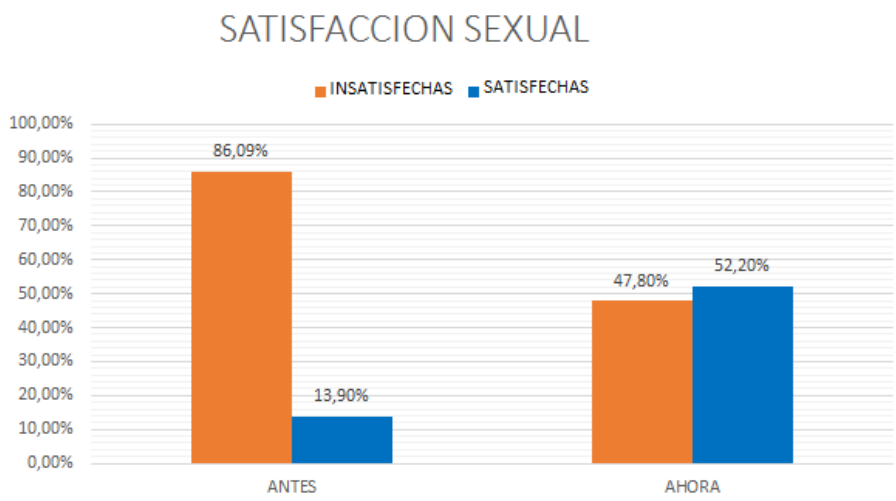


Figura 14. Satisfacción sexual pre y postquirúrgica.

4.1.4.2. DOMINIOS TEST ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

El promedio del test fue de 23,6 (DE ± 8,5), el valor más bajo fue en el dominio deseo con una media 3,5 (DE ± 1,11), seguido de excitación, lubricación y orgasmo con valor medio de 3,9. Mientras que los dominios satisfacción y dolor tienen el valor más alto con media de 4,2 y 4,1 respectivamente. (Tabla. 8)

Tabla 8. Resultado descriptivo por dominio Test IFSF.

RESULTADOS DE TEST IFSF POR DOMINIO						
DOMINIO	**N**	**Rango**	**Mínimo**	**Máximo**	**Media**	**Desviación estándar**
DESEO	115	4,80	1,20	6,00	3,5009	1,11241
EXCITACION	115	6,00	,00	6,00	3,9078	1,60843
LUBRICACION	115	6,00	,00	6,00	3,9417	1,59632
ORGASMO	115	6,00	,00	6,00	3,9896	1,63854
SATISFACCION	115	5,20	,80	6,00	4,2400	1,60857
DOLOR	115	6,00	,00	6,00	4,1809	1,79687
TOTAL TEST	115	33,40	2,00	35,40	23,6287	8,59847

4.2. ANÁLISIS BIVARIAL

4.2.1. EDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Las mujeres que presentaron disfunción sexual tuvieron una edad media de 49 años, comparado con las que no presentaron disfunción sexual con edad media de 46 años. Siendo estas diferencias significativas con un valor de p: 0,002 correspondiente a la U de Mann-Whitney (Tabla. 9)

Tabla 9. Diferencia de medias entre edad y disfunción sexual.

DIFERENCIA DE MEDIAS				
EDAD TEST CATEGORIZADO	Media	N	Desviación estándar	Valor de p
DISFUNCION SEXUAL	49,55	55	4,830	0,002
NO DISFUNCION SEXUAL	46,87	60	4,942	
Total	48,15	115	5,049	

4.2.2. IMC Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Las mujeres que presentaron disfunción sexual tuvieron un IMC medio de 26 Kg/m2 (Sobrepeso), comparado con quienes no presentaron disfunción sexual con IMC medio de 24 Kg/m2 (Normo peso). Siendo estas diferencias significativas con un valor de p: 0,016 correspondiente a la T de Student. (Tabla. 10).

Tabla 10. Diferencia de medias entre IMC y disfunción sexual.

DIFERENCIA DE MEDIAS				
IMC TEST CATEGORIZADO	Media	N	Desviación estándar	Valor de p
DISFUNCION SEXUAL	26,209	55	3,1281	0,016
NO DISFUNCION SEXUAL	24,917	60	2,5499	
Total	25,535	115	2,9018	

4.2.3. ESTADO CIVIL Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Las mujeres con disfunción sexual se presentaron en el 33,91% de casadas y 6,09% en unión libre. Quienes presentaron menor porcentaje fueron las divorciadas y viudas con el 5,22% y 0,87% respectivamente.

Se agrupó en mujeres con pareja (casadas y unión libre) y sin pareja (soltera, divorciada y viuda), mostrando mayor disfunción sexual las personas con pareja el 40% y sin pareja el 7,8% con un valor de p de Fisher 0.06 y OR: 0,269 (IC: 0,069 – 1,05), siendo estas diferencias no significativas. (Tabla. 11)

Tabla 11. Relación entre Pareja y Disfunción sexual.

PAREJA Y DISFUNCION SEXUAL								
		DS		NO DS		OR	IC	VALOR P
CON PAREJA	N	46	40,0%	57	49,6%	0,269	0,069 1,051	0,066
SIN PAREJA	N	9	7,8%	3	2,6%			

4.2.4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Presentaron disfunción sexual el 22,61 con nivel secundario y 20% con nivel primario, con menor porcentaje 4,35% nivel superior y 0,87% sin instrucción.

Se agrupo en menor instrucción (ninguno y primaria) y mayor instrucción (secundaria y superior), presentando disfunción sexual el 31 % con mayor nivel contra el 24% con menor nivel, con un valor p de 0,88 y OR: 0,94 (IC: 0,45 – 1,97), siendo estas diferencias no significativas. (Tabla. 12)

Tabla 12. Relación entre Nivel de instrucción y Disfunción sexual.

NIVEL DE INSTRUCCION Y DISFUNCION SEXUAL								
		DS		NO DS		OR	IC	VALOR P
MENOR INSTRUCCION	N	24	20,9%	27	23,5%	0,94	0,45 1,97	0,88
MAYOR INSTRUCCION	N	31	27,0%	33	2,6%			

4.2.5. PARIDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Las nulíparas presentaron 2,6 % y multíparas el 45,2 % de disfunción sexual, con un valor p Fisher de 0,34 y OR: 3,40 (IC: 0,34 – 33,7), siendo estas diferencias no significativas. (Tabla. 13)

Tabla 13. Relación entre Paridad y Disfunción sexual.

NIVEL DE INSTRUCCION Y DISFUNCION SEXUAL								
		DS		NO DS		OR	IC	VALOR P
NULIPARA	N	3	2,6%	1	0,9%	3,40	0,34 33,7	0,348
MULTIPARA	N	52	45,2%	59	51,3%			

4.2.6. HISTERECTOMÍA PREVIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Presentaron disfunción sexual 5,2 % quienes tienen antecedente de histerectomía versus el 46,2% quienes no tienen antecedente de histerectomía.

Esta asociación no tiene relación por un valor p de Fisher de 0,05 y OR: 7,22 (IC: 0,84 – 82), se concluye que estadísticamente no es significativo. (Tabla. 14)

Tabla 14. Relación entre Antecedente de Histerectomía y Disfunción sexual.

HISTERECTOMIA PREVIA Y DISFUNCION SEXUAL								
		DS		NO DS		OR	IC	VALOR P
SI	N	6	5,2%	1	0,9%	7,22	0,84 62	0,05
NO	N	49	42,6%	59	51,3%			

4.2.7. TECNICA QUIRÚRGICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Se encontró que la fijación a ligamento sacroespinoso presentó disminución de la disfunción sexual en las pacientes, obteniendo un valor de p 0,04.

La colpoperineoplastia anterior mejoró notablemente la función sexual con un valor de $p < 0,05$.

La colpoperineoplastia posterior, anterior y posterior constituye un factor de riesgo para presentar disfunción sexual con valor de p < 0,05.

En quienes se empleó banda TOT, no se encontró diferencias significativas sobre la función sexual con valor de 0,82. (Tabla. 15)

Tabla 15. Análisis entre técnica quirúrgica empleada y Disfunción sexual.

BANDA TOT								
		DS		**NO DS**		**OR**	**IC**	**VALOR P**
SI	N	44	38,3%	47	40,9%	1,10	0,44 2,70	0,826
NO	N	11	9,6%	13	11,3%			
FIJACION A SACROESPINOSO								
		DS		**NO DS**		**OR**	**IC**	**VALOR P**
SI	N	13	11,3%	25	21,7%	0,43	0,19 0,971	0,04
NO	N	42	36,5%	35	30,4%			
PLASTIA ANTERIOR								
		DS		**NO DS**		**OR**	**IC**	**VALOR P**
SI	N	0	0,0%	18	15,7%	2,3	1,83 2,90	0,000
NO	N	55	47,8%	42	36,5%			
PLASTIA POSTERIOR								
		DS		**NO DS**		**OR**	**IC**	**VALOR P**
SI	N	16	13,9%	0	0%	2,53	1,98 3,24	0,000
NO	N	39	33,9%	60	52,2%			
PLASTIA ANTERIOR/POSTERIOR								
		DS		**NO DS**		**OR**	**IC**	**VALOR P**
SI	N	11	9,6%	1	0,9%	14,7 5	1,83 118	0,001
NO	N	44	38,3%	59	51,3%			

4.2.8. TIEMPO POSTQUIRÚRGICO Y DISFUNCIÓN SEXUAL.

No hubo diferencias significativas en la media del tiempo postquirúrgico entre quienes tienen o no tienen disfunción sexual, con un valor de p: 0,099. (Tabla. 16)

Tabla 16. Diferencia de medias entre tiempo postquirúrgico y disfunción sexual.

DIFERENCIA DE MEDIAS				
TIEMPO POSTOPERATORIO TEST CATEGORIZADO	Media	N	Desviación estándar	Valor P
DISFUNCION SEXUAL	15,20	55	4,102	0,099
NO DISFUNCION SEXUAL	16,18	60	3,784	
Total	15,71	115	3,953	

4.2.9. PERCEPCIÓN SEXUAL PRE QUIRÚRGICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL.

No se encuentra diferencias significativas entre la percepción pre quirúrgico y disfunción sexual actual con un valor de p: 0,2. (Tabla. 17)

Tabla 17. Relación entre Percepción sexual pre quirúrgica y Disfunción sexual.

PERCEPCION PREQUIRURGICA Y DISFUNCION SEXUAL								
		DS		**NO DS**		**OR**	**IC**	**VALOR P**
INSATISFECHA	N	45	39,1%	54	47%	0,5	0,16 1,48	0,205
SATISFECHA	N	10	8,7%	6	5,2%			

CAPITULO V.

5. DISCUSIÓN

Partiendo del concepto de disfunción sexual como la dificultad o imposibilidad del individuo para participar en las relaciones sexuales tal como las desea (WHO, 2010), influenciado por factores psicológicos, físicos, sociales y culturales. Este complejo concepto involucra varias formas de presentación pudiendo ser la falta del deseo sexual, trastorno de la excitación, incapacidad de alcanzar el orgasmo o presencia de dolor durante el coito (American Psychiatric Association, 2013).

La disfunción del piso pélvico, hace referencia al prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria, cuya prevalencia varía de acuerdo el sitio que se estudie, se observa una incidencia 9,4% (Montiel et al., 2013), de un estudio realizado en Venezuela. Según estadísticas internacionales indican que el 11% de la población necesitará en algún momento cirugía para corrección de incontinencia urinaria y/o prolapso genital (Olsen et al., 1997).

En cuanto al efecto que tiene la cirugía de piso pélvico en la disfunción sexual, se concluye que es un factor de riesgo en un 35% , estudio realizado en el Hospital “José Carrasco Arteaga” Cuenca – Ecuador (Ortega et al., 2016), resultados que contrastan con el presente estudio donde se muestra una mayor prevalencia (47,6%).

En el presente estudio se determinó que la percepción de disfunción sexual antes de la cirugía fue del 86,09% de las pacientes, la evaluación postquirúrgica con la aplicación del cuestionario “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSI), se observó que el porcentaje de disfunción sexual disminuyó al 47,08%, con una evidente mejoría en la satisfacción sexual del 52,20%; lo que pone en evidencia una mejoría

significativa su función sexual posterior al tratamiento quirúrgico, con un valor p=0,0000 en la diferencia de proporciones; resultados que se asemejan a los descritos en otro estudio, evidenciando mejoría de la función sexual aplicando el cuestionario para determinar disfunción sexual (PISQ.12), en el cual mejoraron su puntuación postquirúrgica (p<0,001). (Montiel et al., 2013).

Al valorar la disfunción sexual según la técnica quirúrgica empleada, se evidenció que la colocación de banda TOT, no hay diferencias estadísticamente significativas sobre la FS post quirúrgica (p=0,826). Resultados que difieren a los obtenidos en otro estudio realizado en Colombia (Alvarez Villaraga y cols, 2017); en el cual el puntaje del IFSI; mejoró tras la cirugía disminuyendo la disfunción sexual (p= 0,001).

Con respecto a la fijación al ligamento sacro espinoso los resultados obtenidos en este estudio, muestran que esta técnica disminuye la disfunción sexual, siendo estadísticamente significativo (p= 0,04). Existe estudios limitados para valorar el seguimiento de las pacientes, pero hay reportes que determinan una mejoría significativa en la función sexual (Thompson & Rogers, 2016).

La corrección del prolapso anterior o posterior, se concluye que quienes se sometieron a reparación anterior mejoraron su función sexual (p=0,000); la reparación posterior y combinada por el contrario, presentaron alteración en su función sexual (p= 0,000 y p= 0,001 respectivamente), comparando con otros estudios (Dua et al., 2012), concluye que sí existe mejoría significativa en la reparación vaginal anterior; en la reparación vaginal posterior, se determinó una mejoría parcial ya que presentaron dispareunia; y con la combinación de las técnicas, no existió mejoría significativa.

En una revisión sistemática, realizada por la Sociedad Internacional de Uroginecología, determinan que la colperineoplastia empeora la FS (Jha & Gray, 2015). Resultados relacionados se evidenciaron en otro estudio desarrollado por Dua et al.(Dua et al., 2012), en el cual la reparación anterior de manera aislada mejora la función sexual, pero el deterioro se hace presente cuando se realiza conjuntamente con una reparación posterior, lo cual coincide con los resultados de esta investigación.

Entre los factores asociados como el antecedente de histerectomía, se puede ver que no hay correlación para generar disfunción sexual (p=0.05), en relación con una revisión sistemática (Sobral Portela & Soto González, 2015) la cual concluye que los niveles de satisfacción sexual fueron bajos en las pacientes histerectomizadas. Se debe recalcar que la muestra del estudio es pobre, por lo cual tal vez con una muestra mayor los resultados se aproximen a lo descrito, ya que como se puede notar el valor de p se encuentra en el límite.

Denotando los factores sociodemográficos tras una revisión de estudios, no han sido relacionados con la disfunción sexual, más bien se los utiliza de una manera descriptiva (Roos, Thakar, Sultan, De Leeuw, & Paulus, 2014). Estudio en el que describe datos de interés tales como:

- Edad: las mujeres con una edad media de 49,55 años presentaron mayor disfunción sexual, en comparación con una edad media de 46 años (p=0,002).
- IMC: Mujeres con sobrepeso tienen disfunción sexual, en comparación con pacientes de normo peso (p=0,016).
- No existe correlación entre mujeres con pareja y sin pareja, el nivel de instrucción, la paridad, ni el tiempo postquirúrgico para desencadenar disfunción sexual.

La implicación clínica de este estudio es el evaluar el comportamiento que tiene la cirugía de piso pélvico en el mejoramiento de la función sexual o en generar disfunción sexual, y así proporcionar una mejor calidad de vida de las pacientes.

5.1. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones de este estudio, no se pudo valorar con un test pre quirúrgico a las pacientes por lo cual dieron su percepción previa al tratamiento quirúrgico, por lo cual la aplicación de un test pre quirúrgico indicaría valores más objetivos de disfunción sexual.

Número reducido de muestra, lo cual sesga los resultados y discrepar con otros estudios.

Pérdida de muestra por pacientes que no se les pudo captar ya que no acudían a citas de seguimiento, pacientes que viven fuera de la ciudad o no tener un número telefónico en la historia clínica para contactarse

CAPITULO VI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- La cirugía reparadora por trastorno de piso pélvico mejora la función sexual, dependiendo de la técnica quirúrgica empleada.
- La disfunción sexual pre quirúrgica se presentó en el 86,09% y postquirúrgica en el 47,08% (p=0,0000).
- La técnica quirúrgica con colocación de banda TOT no produce cambios en la función sexual, constituyendo únicamente la corrección del defecto anatómico (OR=1,10).
- La fijación a ligamento sacro espinoso en el prolapso apical, por su corrección del defecto anatómico disminuye la disfunción sexual (OR= 0,43).
- La colpoperineoplastia anterior mejora la función sexual en el prolapso anterior (OR= 2,3).
- La colpoperineoplastia posterior, así como la colpoperineoplastia combinada (anterior y posterior), tienen un efecto no favorecedor, ya que deterioran la función sexual (OR= 2,53 y OR= 14,7 respectivamente).
- No existen diferencias significativas en relación al antecedente de histerectomía previa para generar disfunción sexual, pero con una muestra mayor se podría dar un valor más significativo.
- La edad y el sobrepeso son factores que se relacionan con la presencia de disfunción sexual, tras la corrección quirúrgica.

- El tener pareja o no, el nivel de instrucción, la paridad y el tiempo postquirúrgico; no tiene asociación significativa para la presencia de disfunción sexual posterior a la corrección quirúrgica, además que no existe evidencia suficiente en relación a estos factores.

6.2. RECOMENDACIONES

- Debe realizarse un estudio de diseño prospectivo para evaluar la función sexual previo a realizar tratamiento quirúrgico y posterior a la misma, con la aplicación de un cuestionario validado; para de esta forma determinar la influencia de las técnicas quirúrgicas empleadas con el desarrollo de disfunción sexual, además de investigar el comportamiento de los factores sociodemográficos
- No realizar de manera innecesaria la técnica de colpoperineoplastia posterior, en aquellas pacientes que no son tributarias de este tipo de tratamiento.
- Informar a las pacientes que van a ser sometidas a cirugía de piso pélvico, acerca de los efectos en aspectos de su vida sexual, que podrían generarse con el empleo de la técnica a realizar.
- Promover medidas higiénico dietéticas para mantener el normo peso de las pacientes, para así disminuir el riesgo de disfunción sexual.
- Realizar un estudio con grupos comparables del mismo número de pacientes, valorando la paridad y el antecedente de histerectomía, para determinar si son influyentes en el desarrollo de disfunción sexual.
- La función sexual constituye un pilar fundamental en el diario vivir de las personas, por lo cual el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” como

servicio de salud, se debe dar seguimiento de las pacientes en este aspecto que integra la calidad de vida y evitar solo la evaluación anatómica del defecto corregido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achtari, C., & Dwyer, P. L. (2005). Sexual function and pelvic floor disorders. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *19*(6), 993–1008. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2005.08.012

ACOG. (2014). P ractice bullet in. *Acog*, *123*(5), 1118–1132. https://doi.org/doi.org/10.1097/AOG.0000000000001048

Alcalay, M., Cosson, M., Livneh, M., Lucot, J.-P., & Von Theobald, P. (2011). Trocarless system for mesh attachment in pelvic organ prolapse repair—1-year evaluation. *International Urogynecology Journal*, *22*(5), 551–556. https://doi.org/10.1007/s00192-010-1349-0

Álvarez Villaraga, D., Chavarriaga Soto, J., Carreño Galeano, G., López, H., & Silva, J. M. (2017). Función sexual femenina asociada al uso de cintas libres de tensión para el manejo de la incontinencia urinaria de estrés. *Urologia Colombiana*, *26*(1), 47–52. https://doi.org/10.1016/j.uroco.2017.02.004

Azar, M., Noohi, S., Radfar, S., & Radfar, M. H. (2008). Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, *19*(1), 53–57. https://doi.org/10.1007/s00192-007-0399-4

Barber MD, Visco AG, Wyman JF, et al. (2002)Continence Program for Women Research Group. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol.;99(2):281.

Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association*

Medicale Canadienne, *172*(10), 1327–33. https://doi.org/10.1503/cmaj.1020174

Basson, R., Wierman, M. E., van Lankveld, J., & Brotto, L. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, *7*(1 PART 2), 314–326. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x

Cohen, D. (2013). Prolapso Genital Femenino : Female Pelvic Organ Prolapse : What You Should Know. *Rev. Med. Clin. CONDES*, *24*, 202–209.

Daker-white, G., & D, P. (2002). Reliable and Valid Self-Report Outcome Measures in Sexual (Dys) function : A Systematic Review. *Archives of Sexual Behavior*, *31*(2), 197–209.

Dalpiaz, O., Kerschbaumer, A., Mitterberger, M., Pinggera, G. M., Colleselli, D., Bartsch, G., & Strasser, H. (2008). Female sexual dysfunction: A new urogynaecological research field. *BJU International*, *101*(6), 717–721. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07442.x

Del Pilar Muñoz, A. D., & Anthony Camacho, P. L. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol*, *81*(3), 168–180.

Dua, A., Jha, S., Farkas, A., & Radley, S. (2012). The Effect of Prolapse Repair on Sexual Function in Women. *Journal of Sexual Medicine*, *9*(5), 1459–1465. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02660.x

Duarte Maldonado, P., & Salgado, C. (2014). Enfoques Actuales en el prolapso genital. *Sevicio de Obstetricia Y Ginecología Hospital Universitario Virgen de Las Nieves Granada*, 1–18. Retrieved from

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2014/clase2014_enfoques_actuales_prolapso_genital.pdf

Haylen, B. T., Maher, C. F., Barber, M. D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., … Withagen, M. I. J. (2015). an International Urogynecological Association (Iuga) / International Continence Society (Ics) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (Pop) , 655–684. https://doi.org/10.1002/nau.22922.

Hoda, M. R., Wagner, S., Greco, F., Heynemann, H., & Fornara, P. (2011). Prospective follow-up of female sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse using transobturator mesh implants. *Journal of Sexual Medicine*, *8*(3), 914–922. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01959.x

Jha, S., & Gray, T. (2015). A systematic review and meta-analysis of the impact of native tissue repair for pelvic organ prolapse on sexual function. *International Urogynecology Journal*, *26*(3), 321–327. https://doi.org/10.1007/s00192-014-2518-3

K., B., T., A., S., A., C., A., D., F., T., F., … R., T. (2016). Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016). *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, *76*(12), 1287–1301. https://doi.org/10.1055/s-0042-119648

Kahn, M. A., & Stanton, S. L. (1997). Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *104*(1), 82–6. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9255100%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov

/pubmed/8988702

Kingsberg, S. A., & Woodard, T. (2015). Female Sexual Dysfunction. *Obstetrics & Gynecology*, *125*(2), 477–486. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000620

Kokanali, M. K., Cavkaytar, S., Aksakal, O., & Dołanay, M. (2015). McCall Culdoplasty vs. Sacrospinous Ligament Fixation after vaginal hysterectomy: Comparison of postoperative vaginal length and sexual function in postmenopausal women. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, *194*, 218–222. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.09.023

Lakeman, M., Laan, E., & Roovers, J.-P. W. R. (2014). Retest reliability of surface electromyography on the pelvic floor muscles. *Neurourol Urodyn.*, *33*(5), 1217–1224. https://doi.org/10.1002/nau

Lovatsis, D., & Drutz, H. P. (2002). Safety and efficacy of sacrospinous vault suspension. *International Urogynecology Journal*, *13*(5), 308–313. https://doi.org/10.1007/s001920200067

Manuscript, A., Blood, W., & Count, C. (2009). NIH Public Access, *49*(18), 1841–1850. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.01.076.White

Martín Oliva, V., Cerezuela Requena, J. F., & González Cerrón, S. (2012). Bandas suburetrales libres de tensión transobturatriz in-out: indicación y resultados asociados. *Progresos de Obstetricia Y Ginecologia*, *55*(1), 15–19. https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.06.015

Montiel, C., J, R. M., Contreras, A., A, A. M., & Baabel, N. (2013). Trabajos Originales Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del

prolapso genital. *Rev Chil Obstet Ginecol*, *78*(2), 102–113. https://doi.org/10.4067/S0717-75262013000200006

Naumann, G., Steetskamp, J., Meyer, M., Laterza, R., Skala, C., Albrich, S., & Koelbl, H. (2013). Sexual function and quality of life following retropubic TVT and single-incision sling in women with stress urinary incontinence: Results of a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *287*(5), 959–966. https://doi.org/10.1007/s00404-012-2669-8

Olsen, a L., Smith, V. J., Bergstrom, J. O., Colling, J. C., & Clark, a L. (1997). Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapsed and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, *89*(97), 501–506.

Ortega, V. M., Peláez, C. A., & Peña, A. E. (2016). Estudio Transversal : Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital " José Carrasco Arteaga "., *8*, 19–24.

Rogers GR, Villarreal A, Kammerer-Doak D, Qualls C. (2001) Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 12(6):361.

Rhodes, J. C., Kjerulff, K. H., Langenberg, P. W., & Guzinski, G. M. (1999). Hysterectomy and sexual functioning. *Journal of the American Medical Association*, *282*(20), 1934–1941. https://doi.org/10.1001/jama.282.20.1934

Rivalta, M., Sighinolfi, M. C., Micali, S., De Stefani, S., & Bianchi, G. (2010). Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (Biofeedback, Functional Electrical Stimulation, Pelvic Floor Muscles Exercises, and Vaginal Cones). *Journal of Sexual Medicine*, *7*(3), 1200–1208. https://doi.org/10.1111/j.1743-

6109.2009.01676.x

Robles García, J. (2004). La incontinencia urinaria siempre de actualidad. *Revista Medica Universidad de Navarra*, *48*, 186.

Roos, A. M., Thakar, R., Sultan, A. H., De Leeuw, J. W., & Paulus, A. T. G. (2014). The impact of pelvic floor surgery on female sexual function: A mixed quantitative and qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *121*(1), 92–100. https://doi.org/10.1111/1471-0528.12412

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., … D???Agostino, R. (2000). The female sexual function index (Fsfi): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *26*(2), 191–205. https://doi.org/10.1080/009262300278597

Salonia, A., Zanni, G., Nappi, R. E., Briganti, A., Dehò, F., Fabbri, F., … Montorsi, F. (2004). Sexual Dysfunction is Common in Women with Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence: Results of a Cross-Sectional Study. *European Urology*, *45*(5), 642–648. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2003.11.023

Serati, M., Braga, A., Di Dedda, M. C., Sorice, P., Peano, E., Biroli, A., … Ghezzi, F. (2015). Benefit of Pelvic Floor Muscle Therapy in Improving Sexual Function in Women With Stress Urinary Incontinence: A Pretest–Posttest Intervention Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *41*(3), 254–261. https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.889052

Sexual dysfunctions. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, American Psychiatric Association, Arlington 2013

Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual Problems and Distress in United States Women. *Obstet Gynecol*, *112*(5), 970–8. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181898cdb

Sobral Portela, E., & Soto González, M. (2015). Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clinica E Investigacion En Ginecologia Y Obstetricia*, *42*(1), 25–32. https://doi.org/10.1016/j.gine.2014.05.001

Thompson, J. C., & Rogers, R. G. (2016). Surgical Management for Pelvic Organ Prolapse and Its Impact on Sexual Function. *Sexual Medicine Reviews*, *4*(3), 213–220. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.02.002

Tunuguntla, H. S. G. R., & Gousse, A. E. (2006). Female Sexual Dysfunction Following Vaginal Surgery: A Review. *The Journal of Urology*, *175*(2), 439–446. https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00168-0

World Health Organization. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators. WHO (2010)

ANEXOS

ANEXO 1

INFORMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Impacto de la cirugía de piso pélvico sobre la función sexual en mujeres de 35 a 55 años, en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, de enero a diciembre del 2016.

Investigador: MD. David Alexander Maura Salinas

Sede: Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, Quito - Ecuador 2017

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica, ya que presenta las características necesarias para estar en el mismo. Su participación es completamente voluntaria e igualmente, puede negarse a participar del proyecto ya que eso le perjudique en ninguna forma. Lea toda la información que se le ofrece en éste documento y siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. **Justificación:**

   Este trabajo de investigación está enfocado en conocer cómo influyen los distintos tipos de cirugía para corrección de trastornos de piso pélvico sobre la satisfacción sexual posterior al tratamiento.

2. Objetivos:

Tiene como objetivo: Evaluar el impacto de la cirugía de piso pélvico sobre la función sexual en mujeres de 35 a 55 años, en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, de enero a diciembre del 2016.

3. Metodología y Procedimiento:

Estudio de corte transversal, en el cual se recolectará información mediante el cuestionario sobre función sexual.

4. Universo de Estudio.

Se tomará en cuenta todas las pacientes que fueron sometidas a cirugía por trastorno de piso pélvico que han sido intervenidas desde el mes de enero a diciembre del año 2016 en el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”.

5. Tiempo esperado del Estudio:

El estudio de desarrollará en el lapso de 16 semanas.

6. Riesgos y beneficios:

Este tipo de estudio no presenta ningún tipo de riesgo asociado al mismo ya que únicamente consta de una serie de preguntas. El beneficio de la investigación es determinar cómo influyen las técnicas quirúrgicas para corrección de defectos de piso pélvico en la calidad de vida de las pacientes y así enriquecer el conocimiento del profesional para el manejo integral de las pacientes.

7. **Compensación:**

   No se dará ninguna compensación económica por participar.

8. **Confidencialidad:**

   El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Se utilizará los nombres de los pacientes con códigos en forma ascendente con letras que solo conocerá el investigador principal por lo que no se divulgará los nombres de los investigados a todo el equipo investigador.

9. **Participación voluntaria:**

   La participación es libre y voluntaria en pacientes competentes.

10. **Preguntas:**

    En caso de requerir mayor información y preguntas se deberá contactar con el Investigador David Maura o con el Director Dr. Julio Galárraga.

11. **Retiro del Estudio:**

    El investigado podrá retirarse del estudio voluntariamente cuando él/la lo desee, notificando al investigador que no desea continuar en el estudio. No tendrá ninguna sanción económica, ninguna represalia en ningún ámbito.

12. **Datos del Investigador:**

    Nombres completos: David Alexander Maura Salinas

    Egresado del Posgrado de Ginecología y Obstetricia

    Número telefónico: 0995676469

e – mail: mdmauradavid@gmail.com

13. Declaración de participación:

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación; puede, si así lo desea, firmar la carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Formulario del consentimiento informado

Consentimiento Informado para participación en el estudio Impacto de la cirugía de piso pélvico sobre la función sexual en mujeres de 35 a 55 años, en el Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo", de enero a diciembre del 2016, en la ciudad de Quito

Yo, _____ CI: _____ , declaro que he sido informada adecuadamente sobre el propósito de este estudio y por libre voluntad sin ningún tipo de compromiso económico ni perjuicio, proporcionare la información que se me ha solicitado, con absoluta verdad , la cual será confidencial y solamente para un trabajo académico sin fines de lucro.

_____ _____

I. Firma del Participante Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; se les ha explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tienen alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me pego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procede a firmar el presente documento

DAVID MAURA SALINAS _____

II. Firma del Investigador Fecha

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

1. **FICHA DE ANTECEDENTES GENERALES**

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Estado civil: Soltera __ Casada __ Divorciada __ Unión Libre __ Viuda __

Nivel de Instrucción: Analfabeta: __ Primaria: __ Secundaria: ___ Superior: __

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Gestas: ____ Tipo de parto: _____ Normal _____ Cesárea _____

Reemplazo Hormonal (TRH): SI ___NO ___

Cirugía previa de piso pélvico: Si: ____ No: ___

Antecedente de histerectomía: Si: ___ No: ___

Vida sexual activa: Si: ____ No: ____

DIAGNÓSTICO: _____

CIRUGIA REALIZADA: TOT: ____ SACROESPINOSO: _____ COLPORRAFIA: ANTERIOR: ____ POSTERIOR: ___

FECHA DE CIRUGIA: _____

TIEMPO POST QUIRURGICO (MESES): _____

ANTES DE LA CIRUGIA COMO CONSIDERA SU VIDA SEXUAL:

SATISFECHA: ____ INSATISFECHA: ____

2. CUESTIONARIO FSFI (FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX).

INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA.

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible.

Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

Siempre o casi siempre ( ) La mayoría de las veces ( ) A veces ( )

Pocas veces ( ) Casi nunca o nunca ( )

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

Muy alto ( ) Alto ( ) Moderado ( ) Bajo ( ) Muy bajo o nada ( )

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Siempre o casi siempre ( ) La mayoría de las veces ( )

A veces ( ) Pocas veces ( ) Casi nunca o nunca ( )

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Muy alto ( ) Alto ( ) Moderado ( )

Bajo ( ) Muy bajo o nada ( )

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Muy alta confianza ( ) Alta confianza ( )

Moderada confianza ( ) Baja confianza ( ) Muy baja o nada de confianza ( )

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Siempre o casi siempre ( ) La mayoría de las veces ( )

A veces ( ) Pocas veces ( ) Casi nunca o nunca ( )

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Siempre o casi siempre ( ) La mayoría de las veces ( )

A veces ( ) Pocas veces ( ) Casi nunca o nunca ( )

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Extremadamente difícil o imposible ( ) Muy difícil ( )

Difícil ( ) Poco difícil ( ) No me es difícil ( )

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Siempre o casi siempre la mantengo ( )

La mayoría de las veces la mantengo ( ) A veces la mantengo ( )

Pocas veces la mantengo ( ) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación ( )

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Extremadamente difícil o imposible ( ) Muy difícil ( )

Difícil ( ) Poco difícil ( ) No me es difícil ( )

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

No tengo actividad sexual ( ) Siempre o casi siempre ( ) La mayoría de las veces ( )

A veces ( ) Pocas veces ( ) Casi nunca o nunca ( )

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

No tengo actividad sexual ( ) Extremadamente difícil o imposible ( ) Muy difícil ( )

Difícil ( ) Poco difícil ( ) No me es difícil ( )

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual ( ) Muy satisfecha ( ) Moderadamente satisfecha ( )

Ni satisfecha ni insatisfecha ( ) Moderadamente insatisfecha ( ) Muy insatisfecha ( )

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

No tengo actividad sexual ( ) Muy satisfecha ( ) Moderadamente satisfecha ( )

Ni satisfecha ni insatisfecha ( ) Moderadamente insatisfecha ( ) Muy insatisfecha ( )

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

Muy satisfecha ( ) Moderadamente satisfecha ( ) Ni satisfecha ni insatisfecha ( )

Moderadamente insatisfecha ( ) Muy insatisfecha ( )

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

Muy satisfecha ( ) Moderadamente satisfecha ( ) Ni satisfecha ni insatisfecha ( )

Moderadamente insatisfecha ( ) Muy insatisfecha ( )

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual ( ) Siempre o casi siempre ( ) La mayoría de las veces ( )

A veces ( ) Pocas veces ( ) Casi nunca o nunca ( )

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual ( ) Siempre o casi siempre ( ) La mayoría de las veces ( )

A veces ( ) Pocas veces ( ) Casi nunca o nunca ( )

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual ( ) Muy alto ( ) Alto ( ) Moderado ( )

Bajo ( ) Muy bajo o nada ( )

ANEXO 3

TECNICAS QUIRURGICAS PARA CORRECCION DE PROLPASO GENITAL E INCONTINENCIA URINARIA

REPARACIÓN VAGINAL ANTERIOR Y POSTERIOR
Reparación de la pared vaginal con tejido propio. Reparación de la pared vaginal con malla o reforzamiento con injerto. Reparación de la bóveda vaginal con histerectomía. Reparación de la bóveda vaginal (post-histerectomía).

PROCEDIMIENTOS OBLITERATIVOS
Colpocleisis de Lefort. Colpectomía total.

REPARACIÓN VAGINAL ANTERIOR (COLPORRAFIA)
1. Reparación de la pared vaginal anterior con tejido nativo: reparación la vagina por escisión y sutura de los bordes de cualquier defecto. Se clasifica dependiendo de la fascia que se repara: • Plicatura fascial de línea media. • Reparación específica del sitio: Paravaginal - vaginal bilateral. • Otra reparación específica del sitio: transversal, distal, o en conjunto. • Reparación del enterocele anterior.
2. Reparación de la pared vaginal anterior con malla o injerto de refuerzo. • Colocación de malla o injerto en bóveda vaginal (post histerectomía).

- Colocación de malla o injerto con bóveda adicional / apoyo uterino. Esto se puede subdividir en:
    - Malla transobturadora: malla que pasa a través de la membrana del obturador bilateralmente y a través del área de Arco Tendinoso para estabilizar creando un soporte de malla central a la parte anterior pared vaginal.
    - Malla con fijación bilateral al ligamento sacroespinoso: malla de pared vaginal anterior con suspensión uterina, los brazos de la malla se fija hacia ligamento iliococcígeo u ligamento sacroespinoso.

REPARACIÓN VAGINAL POSTERIOR (COLPORRAFIA)

1. Reparación de la pared vaginal posterior con tejido nativo: reparación la vagina por escisión y sutura de los bordes de cualquier defecto. Puede ser subsecuentemente clasificado según el tipo de reparación fascial asociada:

- Plicatura fascial de la línea media: Representa el procedimiento que con mayor frecuencia se realiza para el prolapso de la pared posterior e implica disección en todo el grosor del epitelio vaginal seguido por la plicatura central de la fascia prerrectal con escisión del "exceso" piel de la pared vaginal.
- Reparación específica del sitio: Lateral (Uni o Bilateral), Transversal (superior y / o inferior) o combinado.
- Cierre y / o escisión del enterocele vaginalmente con o sin reparación concurrente de la pared posterior.

2. Reparación de pared vaginal posterior con malla o injerto de refuerzo: La inclusión de malla da fuerza adicional en la función para la corrección. Esto puede ser subsecuentemente clasificado en:

- Colocación de malla en bóveda vaginal (Posthisterectomía).
- Colocación de malla con apoyo uterino. Esto se puede subdividir en:
    - Malla con fijación bilateral a ligamento sacroespinoso.
    - Malla de suspensión isquio-anal.
    - Malla / injerto de la pared vaginal posterior con suspensión uterina empleando bilateral fijación iliococcígea o fijación al ligamento sacroespinoso.
    - Inserción de malla transperineal.

Adicionalmente a la reparación posterior se realiza:

- Reparación perineal (Perineorrafia, Perineoplastia).
- Plicatura del músculo del elevador ano.
- Reparación / cierre de enterocele.
- Reparación del esfínter anal.

REPARACIONES DE LA BÓVEDA VAGINAL (INVOLUCRA ÚTERO)

1. Histerectomía vaginal: extirpación del útero y cuello uterino.
2. Histerectomía vaginal con McCall: fijación de la parte posterior de la vagina hacia los ligamentos uterosacro para suspender el ápice.
3. Reparación de Manchester: Combinación de la reparación anterior de la pared vaginal con amputación del cuello uterino y suspensión del ligamento uterosacro con o sin reparación concurrente de la pared posterior vaginal.

4. Histeropexia sacroespinal: fijación del anillo pericervical hacia ligamento sacroespinoso.

REPARACIONES DE LA BÓVEDA VAGINAL (POST-HISTERECTOMÍA)

1. Colpopexia sacroespinal - Fijación de bóveda vaginal al ligamento sacroespinoso.
2. Fijación de bóveda vaginal a ligamento uterosacro intraperitoneal.
3. Fijación de la bóveda vaginal a ligamento útero sacro extraperitoneal.
4. Kit de suspensión de malla con fijación isquiática.
5. Traquelectomía vaginal para muñón cervical.

BANDAS LIBRES DE TENSIÓN

La utilización de cabestrillo suburteral sintético, crea un soporte para la hipermovilidad uretral y evita la fuga de orina entre las técnicas tenemos:

- Banda transobturatiz (TOT).
- Banda Retropúbica (TVT).