

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTE “DR. DOMINGO LUCIANI”

FUNCIÓN SEXUAL POSTERIOR A LA REALIZACIÓN
DE CIRUGÍA VAGINAL RECONSTRUCTIVA

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Obstetricia y Ginecología

Ana Karina Amarista Morales

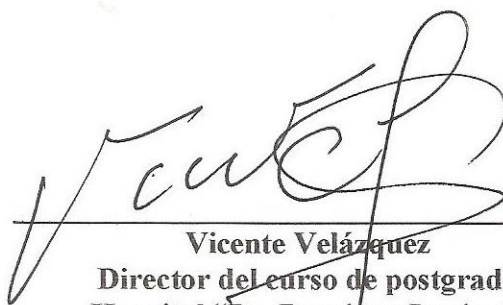
Melissa Cecilia Fermín Gómez

Tutor: María Mercedes Pérez

Caracas, enero 2013



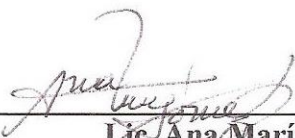
María Mercedes Pérez
Tutora
Adjunto del Servicio de Ginecología
Hospital "Dr. Domingo Luciani"



Vicente Velázquez
Director del curso de postgrado
Hospital "Dr. Domingo Luciani"



María Mercedes Pérez
Coordinador Docente del curso de postgrado
Adjunto del Servicio de Ginecología
Hospital "Dr. Domingo Luciani"



Lic. Ana María Gómez
Asesor Estadístico

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MÉTODOS	22
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	41
AGRADECIMIENTOS	47
REFERENCIAS	48
ANEXOS	52

Ana Karina Amarista Morales, C.I. 15.870.675. Sexo: Femenino, E-mail: akamarista@gmail.com. Telf: 0426-5169464/0212-9417618. Dirección: Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. Especialización en Ginecología y Obstetricia;
Melissa Cecilia Fermin González, C.I. 15.361.067. Sexo: Femenino, E-mail: melissabelieve@hotmail.com. Telf: 0414-8145808/0212-2655338. Dirección: Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. Especialización en Ginecología y Obstetricia.
Tutor: **María Mercedes Pérez Alonzo**, C.I.6431.301. Sexo: Femenino, E-mail: mperez62@gmail.com. Telf: 0416-6202765/0212-5678909. Dirección: Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

RESUMEN:

Función sexual posterior a la realización de cirugía vaginal reconstructiva

Objetivo: evaluar el efecto de la cirugía vaginal reconstructiva sobre la función sexual en pacientes con diagnóstico de prolapso genital y/o incontinencia, antes y después de la intervención quirúrgica. Métodos: se seleccionaron 20 pacientes que fueron diagnosticadas con prolapso genitales y/o incontinencia urinaria, que fueran candidatas a corrección quirúrgica. Se les aplicó una encuesta para evaluar la función sexual "Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire" (PISQ 12), la cual evalúa tres dominios: conductual o emotivo, físico y relativo a la pareja. Resultado: entre un 85% y un 95% de las pacientes reportan mejoras en los componentes frecuencia del deseo sexual, dispareunia e intensidad del orgasmo. Entre un 65% y un 70% de las pacientes reporta mejoras en los componentes frecuencia del clímax, excitación y satisfacción con las actividades sexuales, y entre un 40% y un 45% de las pacientes reporta mejoras en los componentes incontinencia urinaria. Conclusión: la cirugía vaginal reconstructiva ejerce una influencia positiva en la función sexual femenina.

Palabras claves: función sexual, prolapso genital e incontinencia urinaria.

ABSTRACT

Sexual function after performing reconstructive surgery vaginal

Objective: To assess the impact of vaginal reconstructive surgery on sexual function, in patients diagnosed with genital prolapse and / or incontinence before and after surgery. Methods: 20 patients were taken, with genital prolapse and / or urinary incontinence, who were candidates for surgical correction. They were given a sexual function questionnaire "Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual " Questionnaire (IPCS 12). Which evaluate three domains: behavior or emotional domain, physical domain and partner related. Results: between 85% and 95% of patients report improvements in the frequency components of sexual desire, dyspareunia and intensity of orgasm. Between 65% and 70% of patients reported improvements in the frequency components climax, sexual arousal and satisfaction with sexual activities. And 40% and 45% of patients reported improvement in urinary incontinence components. Conclusion: vaginal reconstructive surgery has a positive influence on the sexual function.

Key words: Sexual function, genital prolapse and urinary incontinence.

INTRODUCCIÓN

La función sexual femenina representa un aspecto importante dentro la calidad de vida de la mujer y, aún cuando es un aspecto pocas veces explorado, es de vital importancia su adecuada evaluación. Dicha función es importante para el desarrollo biosicosocial de la mujer, y esta actividad puede verse afectada ante varias entidades o alteraciones en el ámbito ginecológico.

El prolapso genital femenino es una de las alteraciones que se encuentran más frecuentemente asociadas a la disfunción del piso pélvico, reportándose desde tiempos remotos. El primer reporte del que se tiene conocimiento data del año 1.500 AC en el papiro de Ebers, luego Hipócrates describe su tratamiento en el año 400 AC, constituyéndose en la primera indicación de histerectomía en la historia de la medicina. ⁽¹⁾

En la actualidad, el prolapso genital femenino es una de las causas más frecuentes de consulta e indicación quirúrgica en la práctica ginecológica diaria; de tal forma, se estima que alrededor de un 11 % de las mujeres son sometidas a una cirugía de prolapso y/o de incontinencia urinaria en algún momento de su vida. Por otra parte, estudios de prevalencia sitúan al prolapso genital en valores cercanos al 5 % en la población femenina entre los 20 a 59 años. ⁽¹⁾

Los síntomas referidos por la paciente, son en su mayoría, sensación de peso genital que, sin llegar a ser un dolor importante, puede ser bastante incómodo para la misma. En otros

casos, el prolapso impide el vaciamiento total de la vejiga o el recto. Y, con frecuencia, se reporta la dificultad para mantener relaciones sexuales. ⁽²⁾

Aún cuando el motivo de consulta más frecuente de las pacientes con prolapsos genitales son las molestias o sensación de peso genital, pérdida involuntaria de orina, entre otros, las disfunciones sexuales también son aspectos que aquejan a la paciente, por lo cual el médico debería, a través de una adecuada anamnesis, evaluar este aspecto.

Las correcciones quirúrgicas de los prolapsos genitales tienen como finalidad principal mejorar la calidad de vida de la paciente, buscando restablecer en lo posible la anatomía y disminuir la sintomatología de la paciente. En vista de que los trastornos de la función sexual forman parte de la sintomatología de los prolapsos genitales, surge la inquietud de evaluar la función sexual femenina en aquellas pacientes con este tipo de patologías tan frecuentes, y ver de qué manera la corrección de estos defectos del piso pélvico contribuyen a mejorar la calidad de la vida sexual de las mismas.

Es, por lo antes expuesto que esta investigación tiene como propósito realizar un estudio sencillo, de bajo costo y no invasivo, en la consulta ginecológica de instituciones públicas, para así determinar la calidad de la función sexual femenina y su evolución posterior a la corrección de los defectos del piso pélvico.

Planteamiento y delimitación del Problema

Tanto los clínicos como los investigadores en el ámbito de las disfunciones del piso pélvico, tienen como objetivo principal de evaluación los síntomas urinarios y anorectales y los defectos anatómicos subyacentes, pasando por alto las consecuencias en la función sexual de las mujeres afectas de la patología del piso pélvico. Las razones que pueden explicar la ausencia de evaluación de la función sexual en las consultas uroginecológicas son fundamentalmente la falta de tiempo y el conocimiento insuficiente del manejo de las disfunciones sexuales en la mujer. En nuestro entorno, con frecuencia, existen además barreras culturales que impiden abordar con facilidad este tema en una consulta médica, a la que la paciente acude para buscar solución a otro problema de salud, que ella puede considerar poco relacionado con el motivo de su consulta. En vista de esta problemática es que se desea evaluar las posibles influencias que las cirugías del piso pélvico tienen sobre la función sexual.

De todo lo anteriormente expuesto surgió la siguiente interrogante:

En un grupo de pacientes que acudieron a la consulta de piso pélvico del Servicio de Ginecología del Hospital Domingo Luciani, en el período comprendido entre marzo 2011 y marzo 2012 con diagnóstico de prolapso genital y/o incontinencia (urinaria o fecal) y que fueron sometidas a cirugía vaginal reconstructiva, ¿cuáles son las modificaciones en la función sexual posterior a la intervención quirúrgica?

Justificación e Importancia

El estudio se basa en la investigación de la función sexual como elemento dentro de la evaluación integral de la mujer, para así establecer su evolución antes y después de la corrección de defectos del piso pélvico.

Si los resultados de este estudio demuestran la influencia de las cirugías vaginales reconstructivas sobre la función sexual femenina, sería un factor adicional de motivación para que las pacientes acudan a la consulta de piso pélvico y se sometan a correcciones quirúrgicas ante la presencia de defectos del piso pélvico, y así mejorar su calidad de vida.

Adicionalmente, en la revisión efectuada no se encontraron estudios relacionados con este tema en el país, con lo que se podrá conocer en mayor medida los efectos sobre la función sexual de estos procedimientos quirúrgicos en las pacientes con prolapsos genitales y/o incontinencia (urinaria o fecal).

Antecedentes

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su cuarta edición (DSM-IV), define a las disfunciones sexuales como “las alteraciones en el deseo sexual, así como cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales”. Una persona padece disfunción sexual, cuando existe alteración en una o más fases de la respuesta sexual humana. Las tres fases de una respuesta sexual son: 1. Fase de deseo, 2. Fase de excitación, 3. Orgasmo o resolución. ⁽³⁾

Los trastornos del suelo pélvico, como la incontinencia urinaria y anal y el prolapso de los órganos pélvicos, se observan con cierta frecuencia e inciden negativamente en la función sexual en la mujer. El 26 % de las mujeres con incontinencia urinaria o prolapso de órganos pélvicos sufren de disfunción sexual, y el problema se incrementa hasta 1 de cada 2 mujeres después de los 50 años ⁽⁴⁾. La disfunción sexual femenina es un trastorno que describe a pacientes con bajo deseo sexual, problemas de excitación sexual, incapacidad para alcanzar el orgasmo y dispareunia. Si bien no son contradictorios, los estudios han descubierto que las quejas sexuales son habituales en las mujeres con trastornos del piso pélvico. ⁽⁴⁾

En los Estados Unidos, Lauman et al. ⁽⁵⁾ realizaron un sondeo nacional extenso de la función sexual, encontrándose que los síntomas del aparato genitourinario se asociaron a unas tasas más altas de trastornos de la excitación y del dolor sexual. En otro trabajo epidemiológico realizado por Handa et al. ⁽⁶⁾ sobre la evaluación de mujeres sometidas a una histerectomía, la incontinencia urinaria se relacionó con bajo deseo sexual, sequedad vaginal y dispareunia, mientras que el prolapso de los órganos pélvicos no se asoció a ninguno de los parámetros sexuales estudiados. La incontinencia coital, o pérdida de orina durante el coito, puede resultar especialmente problemática en algunas pacientes y se produce durante la penetración vaginal en mujeres con incontinencia por estrés o bien durante el orgasmo en aquellas con síntomas de hiperactividad vesical ⁽⁷⁾. En dos trabajos realizados por Weber et al. ^(8,9) en 1995, se evaluaron los efectos del prolapso de los órganos pélvicos, la incontinencia urinaria y la anatomía vaginal en la función sexual. Ellerkmann et al. ⁽¹⁰⁾ demostraron que aunque un grado de prolapso mayor pronosticaba la afectación de la función sexual, el prolapso en sí mismo no alteró la frecuencia del coito ni la satisfacción subjetiva. La actividad sexual no presentó correlación alguna con la longitud de la vagina ni el calibre introital, y no

se identificó ninguna asociación entre la anatomía vaginal y los síntomas de dispareunia. El prolapso en fase más avanzada se ha vinculado con alteraciones de la actividad sexual y tasas más altas de abstinencia sexual.

En un estudio realizado por Lukacz et al. ⁽¹¹⁾ en el 2007 con 4106 mujeres, el 86 % de aquellas con pareja eran sexualmente activas. Las mujeres con trastornos del suelo pélvico eran menos propensas a ser sexualmente activas y tenían unas menores puntuaciones medias de satisfacción sexual que las mujeres no afectadas. Sin embargo, tras el análisis de regresión, la actividad y la satisfacción sexual fueron independientes de los trastornos del suelo pélvico. En contraste, en un estudio de corte transversal realizado por Handa et al. ⁽¹²⁾ con 301 mujeres que buscaron asistencia ambulatoria ginecológica y uroginecológica, los síntomas del suelo pélvico se asociaron de forma significativa a una menor excitación sexual, a un orgasmo infrecuente y a dispareunia. En este estudio, la disfunción sexual fue peor en las mujeres con prolapso sintomático que en aquellas con prolapso asintomático. Las pacientes con prolapsos avanzados demostraron tener una peor imagen corporal, lo que podría tener cierto efecto sobre la función sexual.

Se ha descrito en los estudios realizados por Rogers et al. ⁽¹³⁾ , Jha et al. ⁽¹⁴⁾ y Handa et al. ⁽¹⁵⁾ , que el tratamiento quirúrgico del trastorno pélvico de base, prolapso o incontinencia urinaria por estrés, da lugar a una mejora de la función sexual determinada a través de un cuestionario validado para cada uno de estos trastornos. De igual manera, en el 2005 en Rotterdam, Stoutjesdijk et al. ⁽¹⁶⁾ , se plantearon la evaluación de la función sexual antes y después de cirugía vaginal reconstructiva, y observaron que mejoraba notoriamente la frecuencia de las relaciones sexuales, así como la satisfacción de las mismas.

Sin embargo, no todos los estudios han descrito tales mejoras. En 2007, Pauls et al. ⁽¹⁷⁾ concluyeron con su estudio que no se observaron diferencias en la función sexual tras la cirugía vaginal de corrección del prolapso y de la incontinencia urinaria por estrés, aunque estos autores aplicaron un cuestionario validado inespecífico para trastornos del suelo pélvico. En este mismo año en España, Girvent et al. ⁽¹⁸⁾ concluyeron en su estudio realizado en pacientes con corrección de prolapso genital con malla, que no hubo diferencias significativas en la función sexual femenina tras la corrección del prolapso.

En el año 2008 en la ciudad de Nuevo México (Estados Unidos de América), Kammerer ⁽¹⁹⁾ realizó una revisión para evaluar el impacto de la función sexual en defectos del piso pélvico y posterior a su corrección. Demostraron que recolectando información mediante test validados se logra obtener una información confiable acerca de la función sexual en presencia de defectos del piso pélvico.

Mientras que en el año 2009 en España, Espuña ⁽²⁰⁾ establece pautas de cómo abordar el estudio de función sexual en pacientes con prolapsos, concluyendo que en caso de existir pacientes con defectos del piso pélvico y una función sexual normal, se debe informar el impacto que puede tener la corrección del defecto en la función sexual. Por otra parte, en pacientes con problemas sexuales y prolapsos, se debe determinar el grado del defecto y los factores predisponentes, así como precisar si la paciente actualmente se encuentra o no activa sexualmente.

En Venezuela, los estudios donde se evalúa función sexual se han enfocado en pacientes histerectomizadas. En el Hospital del IVSS “Dr. Miguel Pérez Carreño” en 2008,

López et al. ⁽²¹⁾ realizaron un estudio de la funcionalidad sexual, frecuencia de deseo sexual y orgasmo en pacientes antes y después de histerectomía, aplicando un cuestionario a 142 pacientes histerectomizadas con más de 6 meses de postoperatorio, demostrando que el orgasmo, el deseo y la satisfacción sexual mostraron cambios positivos a las pacientes posoperadas, ya que el 92,7 % de las pacientes presentó satisfacción sexual posterior a la intervención. El deseo sexual en el 81 % de las pacientes fue de cada 2 a 4 días y el orgasmo aumentó satisfactoriamente. De igual forma, en un estudio realizado en 2008 en la Maternidad Concepción Palacios, Farías et al. ⁽²²⁾ , evaluando a 100 pacientes a quienes se les aplicó el Índice de función sexual femenina antes, a los 3 y a los 6 meses posteriores a la realización de histerectomía, concluyeron que ésta no genera cambios en la función sexual en la mayoría de las pacientes.

En el mismo orden de ideas, Andrade et al. ⁽²³⁾ en el 2010 realizaron en el Hospital Vargas – Hospital Dr. Jesús Yerena – Lídice un estudio en el que se evaluó la función sexual en 10 pacientes antes y después de la realización de histerectomía, encontrándose que dicho procedimiento no modificó los trastornos previos de deseo, problemas para la penetración vaginal, ansiedad anticipatoria, iniciativa sexual y satisfacción sexual en general.

En contraposición, en un estudio realizado por González ⁽²⁴⁾ en Ciudad Bolívar en 1993, sobre histerectomía y disfunción sexual realizado en el postgrado de Medicina Familiar, se observó que la histerectomía causa disfunción sexual, sobretodo en aquellas pacientes que no recibieron orientación sexual previa a la histerectomía.

Sin embargo, en la bibliografía consultada no se encontraron referencias de investigaciones realizadas a nivel nacional donde se enfoque el estudio de la función sexual en pacientes con prolapso genital.

Marco Teórico

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Se define como un fenómeno relacionado con la reproducción, cuyas características específicas son: capacidad de lograr la satisfacción sexual y responder efectivamente a la relación sexual de pareja. Representa un aspecto clave de la salud pélvica femenina, el cual ha emergido recientemente como tema ampliamente discutido. Sin embargo, frecuentemente en la práctica clínica vemos problemas serios de sexualidad. ⁽³⁾

Tradicionalmente, factores psicológicos e interpersonales han sido relacionados con trastornos primarios en la función sexual. Sin embargo, existen factores que incrementan el riesgo, como lo son: enfermedades neurológicas, enfermedad cerebrovascular, daño en médula espinal, endocrinopatías como la diabetes, enfermedad de Parkinson, atrofia genital y defectos del piso pélvico, entre otros. ⁽²⁵⁾

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. ⁽³⁾

Los primeros estudios los efectuó Freud, enfocándolos desde una perspectiva psicológica, cuando afirmaba que “Todos los impulsos y todas las actividades que producen placer son básicamente sexuales” ⁽²⁶⁾ . Esta visión predominó por largo tiempo en el campo médico, hasta 1966, año en que Master y Johnson revolucionaron al ámbito médico a escala mundial al publicar sus estudios sobre la fisiología del acto sexual mismo, caracterizando la respuesta sexual femenina en cuatro fases: excitación, plateau “meseta”, orgasmo y resolución. Estos autores plantean que las actitudes psicológicas respecto de la sexualidad, se relacionan con la fisiología y la afectan independientemente de los conflictos que subyacen, dando así una visión de predominio biológico a la sexualidad ⁽²⁶⁾ . En 1979 Helen Kaplan ⁽²⁶⁾ , resume la respuesta sexual femenina en 3 fases: deseo sexual, excitación y orgasmo. Posteriormente en 1994, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su 4ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSMIV), clasifica los trastornos sexuales en 7 tipos, siendo cuatro de ellos referentes a la respuesta sexual normal: 1. Trastorno del deseo, 2. Trastorno de la excitación, 3. Falla del orgasmo y 4. Dolor sexual ⁽³⁾ . En 2000, Rosen et al. ⁽²⁷⁾ plantean la necesidad de contar con una escala de medición de la función sexual femenina estándar, reproducible y de fácil aplicación, y presentan el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), un instrumento de autoinforme multidimensional de evaluación de la función sexual femenina.

Basado en estos conceptos, el cuestionario Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-31), fue creado por Rogers et al. ⁽²⁸⁾ , y diseñado inicialmente como un instrumento específico, fiable, válido y autoadministrado para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia (urinaria o fecal). Posteriormente, el mismo grupo de autores presentó la versión reducida de 12 ítems del mismo

cuestionario (PISQ-12), cuestionario específico de evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria, el cual fue validado por España tras el cumplimiento de las propiedades psicométricas de factibilidad, validez y fiabilidad, para ser utilizada tanto en la práctica clínica como en la investigación, por lo cual fue seleccionado como instrumento de nuestro estudio. ⁽²⁹⁾

Actualmente se sabe que la disfunción sexual puede involucrar una disminución en el deseo sexual, repugnancia por la actividad sexual, dificultad para excitarse, incapacidad para lograr un orgasmo o dolor con la actividad o relaciones sexuales. ⁽³⁰⁾

El deseo sexual es una fuerza biológica que nos hace buscar al otro y actuar de forma sexual. Un 30 % de mujeres no tienen ningún tipo de deseo sexual. Algunas mujeres pueden sentir la falta de deseo en ciertos momentos de su vida, por ejemplo, durante el embarazo y el parto, la lactancia y la menopausia, o durante períodos de crisis, cambios bruscos en sus vidas o enfermedad. Para otras, esta situación puede volverse crónica y causarles un gran malestar. ⁽³¹⁾

Algunas causas físicas que pueden dar como resultado la pérdida del apetito sexual son las intervenciones quirúrgicas, desarreglos hormonales y ciertas enfermedades como la diabetes, cardiopatías, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y la depresión. Otros factores que pueden afectar al deseo sexual son cambios en los métodos anticonceptivos, cansancio, estrés, cambios de humor (como la ansiedad), obesidad o una mala imagen del propio cuerpo, la relación con la pareja, episodios sexuales traumáticos en el pasado y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y drogas. La falta de tiempo y oportunidad para la intimidad también pueden provocar una pérdida del deseo sexual. También se puede deber a

algo tan simple como el aburrimiento y el exceso de conocimiento de la rutina sexual o algo en la pareja que produce rechazo. ⁽³²⁾

La disminución de la excitación sexual se define como la incapacidad persistente o recurrente para la obtención y mantenimiento de las respuestas de lubricación y tumescencia de la fase de excitación hasta la finalización de la actividad sexual (DSM-IV) ⁽³⁾. Suele ser un trastorno acompañado de alteraciones del deseo sexual y/o de la fase orgásmica, con escasa incidencia como un fenómeno aislado. La frecuencia citada en la práctica clínica alcanza del 30 % al 60 % según los autores, lo que pone de relieve la significación del trastorno de la excitación en las mujeres. ⁽³¹⁾

Respecto a las causas orgánicas que pueden originar el trastorno, se han citado principalmente las alteraciones neurológicas y hormonales, así como los períodos del puerperio y la menopausia. En los aspectos psicológicos se señalan, entre otros, los factores relacionados con la ignorancia o el desconocimiento sexual, sensaciones de vergüenza ante la excitación sexual, un contexto situacional antierótico, una pobre relación de pareja o circunstancias de temor anticipatorio ante un fracaso sexual y la ansiedad para un buen rendimiento sexual. ⁽³³⁾

La dispareunia o dolor durante las relaciones sexuales, puede ser profunda o superficial dependiendo de la localización del dolor. Las causas de uno y otro pueden ser diferentes. Se puede sentir una dispareunia profunda durante el coito. Las causas principales pueden incluir enfermedades inflamatorias de la pelvis, cirugía ginecológica o pélvica, radioterapia para tumores ginecológicos, tumores uterinos o vaginales, endometriosis, infecciones del tracto

urinario, quistes de ovario, síndrome del intestino irritable, falta de lubricación o alguna infección de transmisión sexual sin tratar como la *Chlamydia*. También puede ser la consecuencia de una cierta postura durante el coito, ya que algunas permiten una penetración mayor. La dispareunia superficial es común y tiene muchas causas. Las mujeres no suelen acudir a su médico para tratar este tipo de dolor superficial y esperan que se resuelva solo. A menudo este tipo de dispareunia sirve como motivo para evitar las relaciones sexuales, lo cual a la larga puede dañar la relación. Es cuando se llega a este punto en que la mujer normalmente decide buscar ayuda para resolver el problema. Los síntomas pueden ser el escozor o ardor y la zona puede estar inflamada e irritada, aunque no siempre es el caso.⁽³³⁾

La disfunción del piso pélvico es un término que describe un amplio rango de problemas clínicos funcionales agrupados anatómicamente; es una condición frecuente en las mujeres, que altera su calidad de vida porque produce el aislamiento social, inhibición sexual, restricción de empleos, pérdida de oportunidades y de independencia, y es una de las principales causas de cirugía ginecológica. La etiología común es el defecto del soporte anatómico o el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos. Se clasifican según sus síntomas en alteraciones del compartimiento anterior, que incluyen la función sexual y urinaria, y alteraciones del compartimiento posterior, r relacionados con la función colorrectal, la incontinencia fecal y los desórdenes evacuatorios.⁽⁹⁾

En cuanto a la epidemiología, no se conoce con exactitud la frecuencia de la disfunción del piso pélvico. Las publicaciones reportan cifras disímiles, y ello depende de la población estudiada, así como de los criterios utilizados para su diagnóstico⁽³⁴⁾. En el *Women's Health*

Initiative (WHI) ⁽³⁵⁾ , de las 27.342 mujeres incluidas en el estudio, el 40 % reportó algún grado de disfunción. Olsen et al. ⁽³⁶⁾ señalan que existe un riesgo quirúrgico por prolapso o incontinencia urinaria de 11,1 % a los 80 años y que un 29,2 % requirió una segunda intervención quirúrgica. Mant et al. ⁽³⁷⁾ reportaron en un estudio de 17. 032 mujeres entre 25 y 39 años, un 2,04/1000 de los ingresos hospitalarios por prolapso genital, mientras que Samuellsen et al. ⁽³⁸⁾ en un análisis de 836 pacientes entre 20 y 59 años, encontraron 30,8 % de prolapsos, pero sólo el 2 % llegaban debajo del introito vaginal. MacLennan et al. ⁽³⁹⁾ reportan 35,3 % de disfunción del piso pélvico asociados a incontinencia urinaria y fecal en mujeres. En un metanálisis realizado en 2003 ⁽⁴⁰⁾ , utilizando la base de datos de BIOMED (1966-2002), NESLI (1989-2002), EMBASE (1980-2003), CINAHL (1982-2003) y COCHRANE se señala que el 50 % de las mujeres reportó algún tipo de incontinencia urinaria y del 2 al 10 % incontinencia fecal. En un estudio realizado en Buenos Aires en 483 mujeres entre 24 y 85 años, el 49 % reportó pérdida de orina, de ellas el 90 % no consultó ni realizó algún tratamiento y sólo el 52 % reportó alteración de su calidad de vida. ⁽⁴¹⁾

En relación a la fisiopatología, tenemos que en ella participan un gran número de factores, que en muchos casos dificultan el diagnóstico etiológico y la elección del tratamiento más adecuado para su corrección. Los mecanismos de soporte pélvicos son: el diafragma pélvico, que está formado por tres pares de músculos estriados: el pubococcígeo, el iliococcígeo y el coccígeo. Los dos primeros en conjunto forman el músculo elevador del ano. La inervación del diafragma pélvico depende de las fibras del plexo pélvico originadas de los segmentos sacros. En condiciones basales se encuentra en contracción tónica, y al aumentar la presión intraabdominal el tono también aumenta. Por delante de la pared anterior de la vagina, la fascia endopélvica se denomina fascia pubocervical, y por detrás de la pared vaginal

posterior, fascia rectovaginal. Investigaciones anatómicas recientes han demostrado que el tejido conectivo retroperitoneal, el peritoneo pelviano, la fascia endopélvica y los paquetes neurovasculares conforman una malla tridimensional que en su totalidad constituiría un mecanismo de soporte elástico, susceptible de ser dañado durante la cirugía o los partos, y que sufriría modificaciones degenerativas a lo largo de la vida de la mujer. La vagina funcionalmente está dividida en tercios. Los 2 a 3 cm superiores constituyen el denominado nivel I de Lancey, el que está suspendido horizontalmente sobre el fondo de saco de Douglas mediante los ligamentos cardinales y uterosacros. En el tercio medio o nivel II de Lancey, las paredes vaginales se fijan por delante y atrás a la fascia pubocervical y rectovaginal. La primera se inserta hacia lateral sobre los arcos tendinosos, la segunda se inserta hacia distal en el cuerpo perineal y hacia proximal en el complejo cardinal y uterosacro. El nivel II queda así fijo a la pared lateral de la pelvis mediante paracolpos más densos y con mayor contenido de fibras musculares. La fascia pubocervical y rectovaginal son las responsables de evitar la protrusión de las paredes vaginales a través del canal vaginal. El tercio inferior o nivel III abarca desde el introito hasta 2 o 3 cm sobre el himen. A este nivel desaparecen los paracolpos y la vagina se fusiona con el cuerpo perineal, el elevador del ano y la uretra. La pared anterior de la vagina presta soporte a la uretra, vejiga y cuello uterino. Como la pared vaginal anterior descansa sobre la posterior, en su soporte participan también esta última y el cuerpo perineal. La pared vaginal posterior baja de la vagina impide el desplazamiento anterior del recto y la pared posterior alta impide el descenso del intestino delgado. ⁽³³⁾

Ahora, los prolapsos genitales ocurren por el debilitamiento del diafragma pélvico y el hiato del elevador se agranda, permitiendo la protrusión de los órganos pelvianos a través de él. Secundariamente, se produce un aumento de la tensión sobre la fascia endopélvica,

causando separación, elongación, adelgazamiento y ruptura de sus fibras. A lo anterior pueden sumarse alteraciones de la pared vaginal por daño directo secundario a traumatismo y cirugía, o indirecto por hipoestrogenismo, con resultado de hernias a través del canal vaginal. ⁽⁴²⁾

Entre los factores de riesgo para padecer de un prolapso, tenemos la edad. Los prolapsos afectan a mujeres en todas las edades, pero aumentan con la edad y se duplican con cada década de la vida. Se atribuyen a una atrofia de los músculos y ligamentos, así como a una pérdida del tejido elástico en la fascia pélvica que se van reemplazando por tejido graso; además, se citan el aumento de la lordosis lumbar y cifosis dorsal por relajación de los músculos extensores de la columna y atrofia de los músculos de las paredes abdominales; estos cambios ocasionan una mayor anteversión uterina con aumento de la presión intrapélvica. Además, hay un aumento importante de la inestabilidad del detrusor en edades mayores de 60 años con bajos niveles de continencia de orina y de flatos. El promedio de edad está en los 61 años y más de la mitad entre 30 y 60 años. ⁽⁴³⁾

El parto vaginal es el factor tradicionalmente asociado a los desórdenes del piso pélvico, lo que ratifican varios estudios que señalan que en las pacientes jóvenes representa el principal factor de riesgo, no así en mayores de 55 años. Un tercio de las mujeres después de su primer parto vaginal no complicado presentan lesiones asintomáticas del nervio pudiendo, demostradas mediante electromiografía cuantitativa. ⁽⁴³⁾

Factores congénitos: Las condiciones que afectan las vías nerviosas espinales bajas o las raíces de los nervios pélvicos (mielomeningocele, espina bífida, mielodisplasia), resultan en una parálisis del piso pelviano y el desarrollo de prolapso hasta en 80 % de los casos. Los

defectos de fusión de la línea media se asocian a prolapso genital entre 10 % a 50 %. Y entre otros factores tenemos, la obesidad, las neumopatías crónicas, el tabaquismo y las alteraciones en el eje del esqueleto axial, que se han relacionado al desarrollo de prolapso genital por el aumento crónico de la presión intraabdominal. ⁽³³⁾

Clasificación clásica: divide la lesión anatómica en tres grados, primer grado el punto de referencia de la lesión anatómica llega al tercio medio de la vagina, segundo grado llega al introito, y el tercer grado sobrepasa el introito. ⁽⁴²⁾

A fin de estandarizar y valorar criterios que permitan comparar publicaciones de distintos centros o la realización de evaluaciones longitudinales y estudios colaborativos, la Sociedad Internacional de Continencia adoptó el sistema de estadificación del prolapso de los órganos pélvicos conocido como POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) en octubre de 1995, siendo aceptado posteriormente por la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos. Este sistema utiliza como referencia 9 medidas: la distancia en centímetros con respecto al himen a cada uno de 6 puntos fijos en la pared vaginal (2 en la pared vaginal anterior, 2 en la posterior y 2 en el fondo vaginal) y tres mediciones perineales también en cm. Se simboliza con el signo (+) cualquier medición fuera del himen y con el signo (-) si es proximal a él. Para facilitar la estadificación en la práctica clínica se incluyó una gradación ordinal del grado de prolapso. En ésta se asigna la etapa en relación a la protrusión máxima demostrada. A su vez, cada etapa se subagrupa dependiendo de cuál es la porción genital que más protruye. El POPQ ha demostrado ser útil, confiable y fácil de aprender. La evaluación clínica de la paciente demora entre 2 y 3 minutos y es altamente reproducible, independientemente de la experiencia del examinador. ⁽³³⁾

- Estadio 0: sin prolapso demostrable.
- Estadio I: la porción más distal del prolapso se encuentra a un centímetro o más por encima del himen.
- Estadio II: la porción más distal del prolapso se encuentra entre menos un centímetro y mas un centímetro en relación al himen.
- Estadio III: la porción más distal del prolapso se encuentra a más de un centímetro por debajo del himen pero no más del largo total vaginal menos dos centímetros.
- Estadio IV: eversión total del tracto genital inferior. Descenso de la porción más distal del prolapso a por lo menos el largo total vaginal menos dos centímetros. ⁽⁴³⁾

Para el tratamiento de los defectos del piso pélvico tenemos un manejo conservador (tratamiento médico) y quirúrgico.

Dentro de los objetivos del tratamiento médico se encuentran:

- Mejorar la calidad de vida.
- Brindar información sobre su problema.
- Restaurar función vaginal y de los mecanismos esfinterianos (uretral-anal).
- Restaurar lesión anatómica (lesión del cuerpo perineal, prolapso, incontinencia), sin causar obstrucción, para evitar retención orina y reflujo ureteral.
- Mejorar función y/o baja presión de cierre uretral.
- Obtener un resultado eficaz, seguro y duradero. ⁽³⁴⁾

Los objetivos fundamentales del tratamiento quirúrgico son:

- Restaurar y mantener la continencia urinaria y fecal.

- Reposicionar las estructuras pélvicas.
- Mantener la función sexual.
- Corregir cualquier patología pélvica normal coexistente.
- Aliviar los síntomas pélvicos.
- Obtener un resultado duradero. ⁽³⁴⁾

El manejo quirúrgico de los trastornos del piso pélvico se puede realizar por diferentes vías: vaginal, abdominal, laparoscópica o combinación de las anteriores; siendo el abordaje vaginal el más usado en 80 % a 90 % de los procedimientos, y puede ser categorizado como obliterativo o reconstructivo. Dependiendo de la localización del prolapso, la cirugía incluye usualmente combinación de los reparos, bien sea anterior, apical o posterior, además de los necesarios a nivel de cuello vesical o esfínter anal. ⁽³⁴⁾

El manejo conservador incluye reentrenamiento de los músculos del piso pélvico y/o pesarios. El manejo conservador disminuye la severidad de los síntomas, retrasan y/o evitan la cirugía, o previenen el empeoramiento del prolapso. Se recomienda el manejo no quirúrgico en los casos en que el riesgo sobrepasa el beneficio o en mujeres que no desean cirugía. ⁽³⁴⁾

Objetivo general

Evaluar el efecto de la realización de cirugía vaginal reconstructiva sobre la función sexual en pacientes sexualmente activas con diagnóstico de prolapso genital y/o incontinencia (urinaria o fecal).

Objetivos específicos

1. Determinar la calidad de la función sexual femenina en las pacientes, previo a la realización de la cirugía vaginal reconstructiva.
2. Determinar la calidad de la función sexual femenina en las pacientes, seis meses posterior a la realización de la cirugía vaginal reconstructiva.

Hipótesis

La realización de cirugías vaginales reconstructivas influyen sobre la función sexual femenina.

Aspectos éticos

Desde el punto de vista bioético, sólo se incluyeron a las pacientes que previa explicación detallada de los objetivos, importancia, beneficios y seguimiento a realizar, firmaron una autorización, para cumplir de esta manera con el consentimiento informado (Anexo 1). El principio de autonomía se cumplió al respetar la decisión de las pacientes de participar o no en el trabajo. Se respetó el principio bioético de no maleficencia, al no representar ningún peligro para la integridad de la paciente; el de justicia social, debido a que se incluyeron a todas las pacientes sin discriminación alguna. El principio de beneficencia se logró con la aplicación del instrumento, puesto que con ello se obtuvieron datos que permitieron determinar si existe o no algún grado de disfunción sexual y si hay o no algún cambio de la misma posterior a la realización de la cirugía. Por otra parte, los resultados obtenidos de esta investigación podrán servir para ser aplicadas en un futuro y como base para la realización de otros trabajos relacionados con el tema.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo y longitudinal.

Población y muestra

La población estuvo constituida por la totalidad de las pacientes que acudieron a la consulta de piso pélvico del Servicio de Ginecología del Hospital Domingo Luciani, en el período comprendido entre marzo 2011 y marzo 2012 con diagnóstico de prolapso genital y/o incontinencia que fueron sometidas a cirugía vaginal reconstructiva y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. En este sentido, para el año 2010 en el hospital se realizaron un total de 22 cirugías vaginales reconstructivas en pacientes con dichos diagnósticos. La muestra estuvo constituida por 20 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, dentro del período de estudio. El tipo de muestreo fue intencional, no probabilístico.

Criterios de Inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de prolapso genital y/o incontinencia (urinaria o fecal) que fueron sometidas a cirugía vaginal reconstructiva.
2. Pacientes que se encontraban sexualmente activas.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con disfunción sexual de otro tipo de etiología.
2. Pacientes embarazadas.
3. Pacientes con intervenciones quirúrgicas previas en el piso pélvico.

Variables

(Ver operacionalización de las variables en anexo 1)

Procedimiento

Consentimiento informado: la paciente para participar en el estudio debió aceptarlo por escrito, después de habersele informado sobre los objetivos, beneficios y riesgos de someterse a la práctica del mismo. Debió firmar el instrumento diseñado para tal fin (ver anexo 2).

Recolección de datos: para la misma se utilizó un instrumento de registro, el cual incluye los datos de identificación de la paciente, diagnósticos, intervención quirúrgica realizada, fecha de la intervención, días de hospitalización, complicaciones intraoperatorias y complicaciones postquirúrgicas. Seguidamente, se incluyó el cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)”, en su versión española (ver anexo 3). Se trata de un cuestionario de doce preguntas cerradas, cada una de ellas con cinco alternativas de respuesta, de las cuales la paciente debió seleccionar aquella que mejor reflejara la situación de su vida sexual. El cuestionario se divide en tres dominios: dominio conductual o emotivo

que incluye los ítems 1, 2, 3 y 4; dominio físico, que comprende los ítems 5, 6, 7, 8 y 9 y el dominio relativo a la pareja, que se mide con los ítems 10, 11 y 12. ⁽²⁹⁾

El cálculo de la puntuación del cuestionario se realizó mediante la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem, a partir de una escala que va de cero (0) = siempre a cuatro (4) = nunca, invirtiéndose las puntuaciones para los ítems 1 a 4 ⁽²⁹⁾ . En el anexo 4 se detalla la forma de puntuar cada ítem.

Todos los ítems fueron respondidos por las pacientes y la puntuación oscila entre 0 y 48, donde puntuaciones más altas reflejan mejor calidad de la función sexual.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Espuña et al. ⁽²⁹⁾ , el instrumento cumple con las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez para ser utilizados en la población española: tiene una confiabilidad de 0,829 calculado mediante el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach y los coeficientes de correlación que evalúan tanto la validez de constructo como la de criterio y van en el sentido correcto.

Dicho cuestionario fue aplicado por el investigador antes de la realización de la intervención quirúrgica y 6 meses posterior a la cirugía.

Tratamiento estadístico propuesto

Debido a que la muestra fue intencional, no probabilística, resultó inapropiado aplicar métodos de estadística inferencial y, en consecuencia, realizar pruebas de contraste de

hipótesis. Por ello, el análisis se realizó a partir de los métodos de estadística descriptiva, con énfasis en el análisis de frecuencias, para lo cual se utilizó el programa IBM SPSS versión 19.

Recursos

A. Humanos:

- Personal médico del Postgrado Universitario de Obstetricia y Ginecología.
- Personal de Historias Médicas.
- Personal que asesoran la investigación (Ginecólogos, estadístico).
- Pacientes incluidas en el estudio.

B. Materiales:

- Cuestionario para Evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)”.
- Espéculos vaginales.
- Regleta de medición.

RESULTADOS

El análisis se realizó a partir de los métodos de estadística descriptiva, con énfasis en el análisis de frecuencias.

Un total de 20 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y constituyeron la muestra para este estudio, respondieron el instrumento en su totalidad.

Sus edades se encontraron comprendidas entre los 32 y los 70 años, con media aritmética de 52,2 años, desviación típica de 10,05 y una dispersión relativa (CV) de 19,25 % de la media. La mediana se encuentra ubicada en 50,5 años. Se registran cinco modas que se ubican en 45, 48, 51, 62 y 66 años, con una frecuencia de dos pacientes cada una. Con respecto al estado civil, 50 % de las pacientes son casadas y las 50 % restantes son solteras.

En cuanto a los días de hospitalización de las pacientes, oscilaron entre dos y cuatro días, con una media de 3,05 días, desviación típica de 1,79 y desviación relativa de 58,72 % de la media. La correspondiente distribución de frecuencias se presenta en la tabla 1.

En relación a las complicaciones surgidas por las cirugías, dos pacientes presentaron complicaciones intraoperatorias: una de ellas lesión incidental de vejiga y otra paciente lesión incidental cutánea perianal; esta última también presentó extrusión de malla como complicación post-operatoria.

En lo que a diagnóstico se refiere, 11 pacientes presentaron prolapso genital y fueron sometidas a corrección quirúrgica del mismo. 8 Pacientes fueron diagnosticadas con prolapso genital e incontinencia urinaria, de las cuales 7 fueron sometidas a corrección quirúrgica simultánea de ambas patologías y 1 de ellas fue intervenida sólo para cura de incontinencia ya que se trataba de un prolapso asintomático, por lo cual no fue corregido en ese tiempo quirúrgico, y 1 paciente presentó solamente incontinencia urinaria, la cual fue corregida quirúrgicamente.

Las puntuaciones obtenidas por cada paciente en el cuestionario “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)”, versión en español se encuentran en la tabla 2.

Como se observa en la tabla 3, la puntuación media de la muestra en el “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)” - versión en español después de la cirugía, supera en 13,9 puntos la puntuación media de dicho instrumento antes de la cirugía, lo que representa un incremento del 63,4 % en la puntuación media.

La dispersión relativa antes de la cirugía es de 25,05 % de su media, mientras que después de la cirugía es de 14,06 % de su media, lo que indica que ambas medias son representativas de sus respectivas distribuciones, aunque las puntuaciones después de la cirugía son más homogéneas que las puntuaciones obtenidas antes de la cirugía.

También se observa un desplazamiento de 10 puntos en las puntuaciones mínimas desde 12 puntos antes de la cirugía hasta 22 puntos después de la cirugía. Un comportamiento semejante se observa en la puntuación máxima, que se desplaza en 11 puntos desde 32 puntos antes de la cirugía hasta 43 puntos después de la misma.

Así mismo, se observa un incremento de 12 unidades en la puntuación que más se repite después de la cirugía (38 puntos) en comparación de la que más se repite antes de la misma (26 puntos) y un comportamiento semejante se observa en la mediana, encontrando que antes de la cirugía el 50 % de los pacientes obtuvo puntuaciones inferiores a 22 puntos, mientras que después de la cirugía el 50 % de los pacientes obtuvo puntuaciones inferiores a 36,5 puntos.

Una vez calculados los estadísticos descriptivos para cada uno de los componentes de la función sexual (ver tabla 4), se encontró que en 9 de los 12 componentes, la dispersión relativa (CV) en las puntuaciones antes de la cirugía supera el 50 %. Esto indica que las puntuaciones no son lo suficientemente homogéneas para que la media sea representativa de ellas, siendo la mediana la medida de tendencia central más adecuada en este caso.

Por ello, en la gráfica 1 se comparan las medianas (las puntuaciones por debajo de las cuales se encuentra el 50 % de los pacientes) en cada ítem antes y después de la cirugía. Se puede observar que este valor se incrementa en todos los ítems, con excepción de los que evalúan la calidad de la función sexual en términos de: incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales (IUAS6), restricción de la actividad sexual por miedo a la

incontinencia (RASMI7), problemas de erección que afectan la vida sexual (PE10) y problemas de eyaculación precoz que afectan la vida sexual (PEP11).

Un análisis más detallado de este comportamiento se muestra a continuación.

FDS1: Frecuencia del deseo sexual

Los resultados corresponden al ítem 1 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se incrementa en una unidad, pasando de 0 a 1 punto. La puntuación máxima se incrementa en una unidad, pasando de 3 a 4 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se incrementa en una unidad, pasando de 1 a 2 puntos. El valor que más se repite (m_o) se incrementa en una unidad, pasando de 1 a 2 puntos.

Como se observa en la gráfica 2, después de la cirugía desaparece el número de pacientes que manifiestan nunca sentir deseo sexual, disminuyen los que señalan sentirlo menos de una vez al mes y se incrementa el número de pacientes que manifiestan sentirlo con mayor frecuencia, incluyendo la categoría todos los días.

En la tabla 5 se puede apreciar que después de la cirugía una paciente no señala variación en la frecuencia de su deseo sexual, otra manifiesta reducirla al pasar de sentirlo

una vez al mes a menos de una vez al mes, mientras que las 18 restantes (90 %) indica incrementos en la frecuencia del deseo sexual.

CLIMAX2: Frecuencia del clímax

Los resultados corresponden al ítem 2 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se incrementa en una unidad, pasando de 0 a 1 punto. La puntuación máxima se mantiene sin variación, permaneciendo en 3 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se incrementa en una unidad, pasando de 1 a 2 puntos. El valor que más se repite (m_o) se incrementa en 1 unidad, pasando de 1 a 2 puntos.

Como se observa en la gráfica 3, después de la cirugía desaparece el número de pacientes que manifiestan nunca alcanzar el clímax cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, disminuye el número de pacientes que indican alcanzarlo rara vez y se incrementan las que manifiestan alcanzarlo algunas veces o frecuentemente.

En tabla 6 se puede apreciar que después de la cirugía, 6 pacientes señalan que no tuvieron variación en la frecuencia con que alcanzan el clímax, mientras que las 14 restantes (70 %) indican incrementos en la frecuencia con que logran el orgasmo.

EAS3: Excitación durante la actividad sexual

Los resultados corresponden al ítem 3 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se incrementa en 1 unidad, pasando de 0 a 1 punto. La puntuación máxima se mantiene sin variación en 3 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se incrementa en 2 unidades, pasando de 1 a 3 puntos. El valor que más se repite (m_o) se incrementa en 2 unidades, pasando de 1 a 3 puntos.

Como se observa en la gráfica 4, después de la cirugía desaparece el número de pacientes que manifiestan nunca sentir excitación cuando tienen actividades sexuales con su compañero, se reducen los que indican sentirla rara vez y se incrementa el número de pacientes que manifiestan sentirla frecuentemente, manteniéndose el número de pacientes que se excitan siempre y algunas veces.

En la tabla 7 se puede apreciar que después de la cirugía, 6 pacientes señalan que no tuvieron variación en la frecuencia con que se excitan cuando tienen relaciones sexuales con su compañero. Las 14 pacientes restantes (70 %), indican incrementos en la frecuencia de excitación durante la actividad sexual.

SAS4: Satisfacción con las actividades sexuales

Los resultados corresponden al ítem 4 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se mantiene sin variación con 0 puntos. La puntuación máxima se incrementa en 1 unidad, pasando de 3 a 4 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se incrementa en 1 unidad, pasando de 1 a 2 puntos. El valor que más se repite (m_o) se incrementa en 2 unidades, pasando de 1 a 3 puntos.

Como se observa en la gráfica 5, después de la cirugía se reduce el número de pacientes que manifiestan nunca sentir satisfacción con sus actividades sexuales o sentirla rara vez y se incrementa el número de pacientes que manifiestan sentirla algunas veces, frecuentemente y siempre.

En la tabla 8 se puede apreciar que después de la cirugía, 6 pacientes señalan que no tuvieron variación en la frecuencia con que sienten satisfacción con sus actividades sexuales, otra paciente señala una disminución de frecuentemente a rara vez, mientras que las 13 restantes (65 %) indican incrementos en la frecuencia con que sienten satisfacción.

Ítem DOL5: Dolor durante las relaciones sexuales

Los resultados corresponden al ítem 5 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se incrementa en 1 unidad, pasando de 0 a 1 punto. La puntuación máxima se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se incrementa en 2 unidades, pasando de 0 a 2 puntos. El valor que más se repite (m_o) se incrementa en 2 unidades, pasando de 0 a 2 puntos.

Como se observa en la gráfica 6, después de la cirugía desaparece el número de pacientes que manifiestan siempre sentir dolor durante las relaciones sexuales, solamente una paciente que señala sentirlo frecuentemente y se incrementa el número de las que manifiestan sentirlo algunas veces, rara vez y nunca.

En la tabla 9 se puede apreciar que después de la cirugía, 2 pacientes señalan un incremento en la frecuencia con la que sintieron dolor durante las relaciones sexuales, mientras que las 18 pacientes restantes (90 %) manifestó una reducción en la frecuencia con que lo sienten.

IUAS6: Incontinencia urinaria durante la actividad sexual

Los resultados corresponden al ítem 6 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se incrementa en 1 unidad, pasando de 1 a 2 puntos. La puntuación máxima se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor por debajo del cual se

encuentra el 50 % de la población (m_e) se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor que más se repite (m_o) se mantiene sin variación en 4 puntos.

Como se observa en la gráfica 7, ninguna paciente se ubica en la categoría siempre ni antes ni después de la cirugía. Después de la cirugía se reduce el número de pacientes que indican tener frecuentemente incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales y se incrementa el número de pacientes que señalan no tenerla nunca. Las categorías algunas veces y rara vez permanecen sin variación.

En la tabla 10 se puede apreciar que 11 pacientes no reportan cambios en la frecuencia con que tienen incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales, ya que indicaron no tenerla nunca ni antes ni después de la cirugía. Las 9 pacientes que sí reportaron tener incontinencia antes de la cirugía (45 %), señalaron una disminución en la frecuencia de estos episodios.

RASMI7: Restricción de la actividad sexual por miedo a la incontinencia

Los resultados corresponden al ítem 7 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se incrementa en 2 unidades, pasando de 0 a 2 puntos. La puntuación máxima se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor que más se repite (m_o) se mantiene sin variación en 4 puntos.

Como se observa en la gráfica 8, después de la cirugía desaparece de las categorías siempre y frecuentemente el número de pacientes que señala restringir sus actividades sexuales por temor a la incontinencia, se reduce el número de pacientes que indican sentirlo algunas veces y se incrementa el número de pacientes que señalan sentir temor rara vez o nunca.

En la tabla 11 se puede apreciar que 12 pacientes no reportan cambios en la frecuencia con que restringen su actividad sexual por temor a la incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales: 11 de ellas indicaron no tenerla nunca ni antes ni después de la cirugía y una reportó hacerlo rara vez. Las 8 pacientes restantes (40 %), reportaron una disminución en la frecuencia de estos episodios.

Evitación de la relación sexual por bultos en la vagina (ERS8)

Los resultados corresponden al ítem 8 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se mantiene sin variación en 0 puntos. La puntuación máxima se incrementa en 1 unidad, pasando de 3 a 4 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se incrementa en 3 unidades, pasando de 1 a 4 puntos. El valor que más se repite (m_o) se incrementa en 3 unidades, pasando de 1 a 4 puntos.

Como se observa en la gráfica 9, después de la cirugía desaparece de la categoría frecuentemente el número de pacientes que señalan evitar sus actividades sexuales por sentir bultos en la vagina o tener vejiga, recto o vagina caídos, se reduce el número de pacientes en la categoría siempre y se incrementa el número de pacientes que señalan evitar dichas actividades rara vez o nunca.

En la tabla 12 se puede apreciar que una paciente no reporta cambios en la frecuencia con que evita sus actividades sexuales por tener bultos en la vagina o tener vejiga, recto o vagina caídos y las 19 pacientes restantes (95 %), reportaron una disminución en la frecuencia de estos episodios. Es de hacer notar que de éstas últimas, 15 pacientes informan no evitarlas nunca después de la cirugía.

Reacciones emocionales negativas durante las relaciones sexuales (REN9)

Los resultados corresponden al ítem 9 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se incrementa en 1 unidad, pasando de 0 a 1 punto. La puntuación máxima se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se incrementa en 2 unidades, pasando de 1 a 3 puntos. El valor que más se repite (m_o) se incrementa en 2 unidades, pasando de 1 a 3 puntos.

Como se observa en la gráfica 10, después de la cirugía desaparece de la categoría siempre el número de pacientes que señalan tener reacciones emocionales negativas durante las relaciones sexuales, se reduce el número de pacientes en las categoría frecuentemente y algunas veces y se incrementa el número de pacientes que señalan tener reacciones emocionales negativas rara vez o nunca.

En la tabla 13 se puede apreciar que 3 pacientes no reportan cambios en la frecuencia con que tiene reacciones emocionales negativas (2 de ellas manifestaron no tenerlas nunca ni antes ni después de la cirugía), y las 17 pacientes restantes (85 %), reportaron una disminución en la frecuencia de estos episodios.

Problemas de erección que afectan la vida sexual (PE10)

Los resultados corresponden al ítem 10 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se mantiene sin variación en 1 punto. La puntuación máxima se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor que más se repite (m_o) se mantiene sin variación en 4 puntos.

Como se observa en gráfica 11, después de la cirugía el número de pacientes que señala la existencia de problemas de erección que afecten sus actividades sexuales se

mantiene sin variación en las categorías frecuentemente y nunca, disminuye en una unidad en la categoría rara vez y se incrementa en una unidad en la categoría algunas veces.

En la tabla 14 se puede apreciar que 19 pacientes (95 %) no reportan cambios en la frecuencia con que su respectivo compañero presenta problemas de erección que afecten su vida sexual (12 de ellas señalan que sus compañeros nunca tienen este tipo de problemas y 4 que esto ocurre rara vez), y la paciente restante indica que se incrementó la frecuencia de estos episodios de rara vez a algunas veces.

Problemas de eyaculación precoz que afectan la vida sexual (PEP11)

Los resultados corresponden al ítem 11 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se mantiene sin variación en 1 punto. La puntuación máxima se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se mantiene sin variación en 4 puntos. El valor que más se repite (m_o) se mantiene sin variación en 4 puntos.

Como se observa en la gráfica 12, después de la cirugía el número de pacientes que señala la existencia de problemas de eyaculación precoz en su compañero que afecten sus actividades sexuales se incrementa en una unidad en la categoría nunca, se reduce en una unidad en la categoría rara vez y se mantiene sin variación en la categoría frecuentemente.

En la tabla 15 se puede apreciar que 19 pacientes (95 %) no reportan cambios en la frecuencia con que su respectivo compañero presenta problemas de eyaculación precoz que afecte su vida sexual (14 de ellas señalan que sus compañeros nunca tienen este tipo de problemas, una informa que esto ocurre rara vez y sólo 2 indican que esto ocurre frecuentemente). La única paciente que reportó variación señala que después de la cirugía esto no ocurre nunca.

Intensidad del orgasmo (IO12)

Los resultados corresponden al ítem 12 del cuestionario, encontrando que después de la cirugía:

La puntuación mínima se mantuvo sin variación en 0 puntos. La puntuación máxima se incrementa en 1 unidad, pasando de 0 a 1 puntos. El valor por debajo del cual se encuentra el 50 % de la población (m_e) se incrementó en 3 unidades, pasando de 0 a 3 puntos. El valor que más se repite (m_o) se incrementa en 3 unidades, pasando de 0 a 3 puntos.

Como se observa en la gráfica 13, después de la cirugía hay un desplazamiento del número de pacientes desde las categorías que indican igual o menor intensidad del orgasmo hacia las categorías que indican mayor intensidad del mismo.

En la tabla 16 se puede apreciar que después de la cirugía, una paciente no presentó variación en la intensidad del orgasmo y otra informó que ésta se redujo de más intensos a

igual de intensos. Las 18 pacientes restantes (90 %) reportaron un incremento en la intensidad de sus orgasmos.

DISCUSIÓN

La sexualidad humana forma parte de la calidad de vida de la mujer. Comprende un conjunto de comportamientos para lograr la satisfacción y el deseo sexual. Forma parte de la vida cotidiana y es reflejo del bienestar físico, social y mental.

Los seres humanos toman la sexualidad para fines reproductivos y mantenimiento de vínculos sociales. Pero no en todos los casos se logra un óptimo desarrollo de nuestra función sexual. Los trastornos sexuales con frecuencia son un tema tabú durante las consultas o chequeos anuales. Los cuestionarios autoaplicados, son un elemento de ayuda para el diagnóstico de disfunciones sexuales, en vista de que aportan cierta privacidad y evitan sentimientos de vergüenza al ser preguntadas directamente. Según Kamei et al. ⁽³¹⁾, 67,7 % de las pacientes presentaron alteraciones de uno o más de los siguientes aspectos: falla de deseo sexual, ausencia de orgasmo, falta de lubricación, dispareunia, falta de excitación y satisfacción sexual.

Los defectos de piso pélvico son frecuentemente motivos de consulta en ginecología. Éstas comprenden incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapsos genitales ⁽⁴³⁾. Las más frecuentes en nuestro estudio fueron prolapsos vaginales e incontinencia urinaria, y en algunas de ellas la presencia de ambas. La incidencia de los prolapsos es difícil de identificar. Según Kamei et al. ⁽³¹⁾, la incidencia es de 41 % en mujeres entre 50 y 79 años. Y con respecto a la incontinencia urinaria, se encuentra entre 15 a 50 % de la población.

Los síntomas producidos por estas entidades afectan directamente la calidad de vida y su sexualidad. En nuestro estudio esto queda demostrado cuando las pacientes antes de la cirugía referían, en su mayoría, evitar relaciones sexuales por la presencia de masas o bultos en sus genitales, reacciones emocionales negativas durante sus relaciones y restricción de la actividad sexual por miedo a la incontinencia urinaria.

Las principales técnicas quirúrgicas en nuestro estudio fueron la corrección de prolapsos genitales mediante técnica convencional, así como utilización de material protésico, la colpocistourethropexia de Burch y colocación de cinchas para incontinencia urinaria, empleadas con el propósito de mejorar su calidad de vida.

En nuestro estudio, uno de los hallazgos más importantes reflejaron que la función sexual no se deteriora con la realización de cirugías de piso pélvico. Más bien, se evidencia una mejoría significativa de la misma. Estos hallazgos concuerdan con los demostrados en el estudio de Stoutjesdijk et al. en 2005. ⁽¹⁶⁾

En líneas generales, en nuestras pacientes podemos observar que hubo una influencia positiva sobre la función sexual. Se evidencia un desplazamiento de 10 puntos aproximadamente, de la máxima puntuación alcanzada antes de la cirugía, en comparación con la alcanzada posterior a la misma. Recordando que a mayor puntuación en el “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)” - versión en español, corresponde a mejor función sexual.

Encontramos que con respecto a la frecuencia del deseo sexual, hubo un aumento significativo del mismo, desapareciendo inclusive las pacientes que antes de la cirugía referían nunca sentir deseo. Y sólo una de ellas manifestaba no sentir cambios después de la intervención, lo que sugiere la presencia de otros problemas de la sexualidad previos a la intervención, no relacionados a la misma. En total, hubo una mejoría en el 90 % de las pacientes.

En cuanto a la fase de excitación, observamos un hecho interesante, ya que ninguna de las pacientes refiere tener orgasmos en todas las relaciones sexuales, ni antes ni después de la intervención; y sólo una de ellas manifiesta siempre excitarse en todos los encuentros sexuales con su compañero. Nuevamente sugiere la presencia de algún trastorno sexual no relacionado con defectos del piso pélvico, ni con su corrección. Sin embargo, 70 % de las pacientes aumentaron la frecuencia con la que logran el orgasmo posterior a la cirugía.

En un estudio realizado por Hendrik et al. ⁽⁴³⁾ en el 2004, se evidencia un aumento en la función sexual posterior a la corrección de la incontinencia urinaria independientemente de la técnica quirúrgica, debido a que las pacientes dejan de preocuparse por tener pérdida involuntaria de orina durante las relaciones sexuales. Esto concuerda con nuestro estudio, en vista de la mejoría en los ítems relacionados con dicho defecto. Con un porcentaje de 40 a 45 % de mejoría en frecuencia de los episodios de incontinencia durante las relaciones y la evitación de las mismas por miedo a estos episodios.

En nuestra serie se evidenció una influencia positiva en cuanto al dolor, ya que el 90 % de las pacientes manifestaron disminución del mismo después de la intervención. Creemos que este porcentaje es tan alto debido a que esta entrevista se realizó 6 meses posterior a la cirugía, reduciendo el estrés que genera el postoperatorio inicial y la autopercepción de la cicatrización de los tejidos.

Con respecto a los ítems relacionados con sus compañeros sexuales en el ámbito de problemas de erección y eyaculación precoz, el 60 % de las pacientes reportó que nunca existieron problemas de erección en su compañero que afectaran la vida sexual, y el 70 % reportó que nunca existieron problemas de eyaculación precoz. De las 8 pacientes (40 %) que informaron la existencia de problemas de erección, ninguna indicó haber tenido mejoría en los mismos, y de las 6 pacientes (30 %) que informaron la existencia de problemas de eyaculación precoz, sólo una indicó presentar mejoría en los mismos. En cuanto a estos factores, no se evidencia mejoría posterior a la intervención, debido a que no están relacionados directamente con la cirugía de piso pélvico.

Por tanto, los defectos de piso pélvico y su corrección no son en su totalidad los responsables de una buena función sexual, debido a que la sexualidad considera factores físicos, psicológicos y sociales. La falla en cualquiera de estos aspectos pudiera afectar de igual manera la calidad de vida y repercutir en su sexualidad. A pesar de esto, podemos minimizar la presencia de estos problemas corrigiendo alteraciones anatómicas que puedan afectar la vida sexual de las pacientes.

En base a lo anteriormente descrito podemos concluir que:

- Entre un 85 % y un 95 % de las pacientes reportaron mejoras en los componentes de frecuencia del deseo sexual, dolor durante las relaciones sexuales, evitación de la relación sexual por bultos en la vagina, reacciones emocionales negativas durante las relaciones sexuales e intensidad del orgasmo.
- Entre un 65 % y un 70 % de las pacientes manifestaron mejoras en los componentes de frecuencia del clímax, excitación durante la actividad sexual y satisfacción con las actividades sexuales.
- Entre un 40 % y un 45 % de las pacientes reflejaron mejorías en los componentes incontinencia urinaria durante la actividad sexual y restricción de la actividad sexual por miedo a la incontinencia. Es de hacer notar que en ambos casos, 55 % de las pacientes había señalado que nunca presentaron episodios de estos tipos ni antes ni después de la cirugía, por lo que el porcentaje de pacientes que reportó haber tenido deficiencias en estos componentes y posterior mejora en los mismos se ubica entre 89 % y 100 %.
- Los resultados anteriores sugieren que las cirugías vaginales reconstructivas ejercieron una influencia positiva en los mencionados componentes, independientemente del defecto y el tipo de intervención quirúrgica.
- En cuanto a los factores que incluyen las alteraciones masculinas estudiadas (disfunción eréctil y eyaculación precoz), quedó demostrado que no presentan cambios, debido a que no son factores relacionados con los defectos de suelo pélvico, ni con la

corrección de los mismos. Es por ello, que dichos resultados sugieren que las cirugías vaginales reconstructivas no ejercieron influencia en los mencionados componentes.

- Todas las pacientes incrementaron sus puntuaciones en el “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)”- versión española, después de la intervención. La puntuación media se incrementó en 63,49 % y la dispersión relativa se redujo en 10,99 puntos porcentuales, lo que conduce a una distribución de las puntuaciones más homogéneas alrededor de una media más elevada a la observada antes de la intervención.
- Los anteriores resultados refuerzan que la cirugía de piso pélvico ejercieron una influencia positiva en la función sexual global de las pacientes.

Recomendamos, en vista de la poca literatura nacional relacionada con el estudio de la función sexual, ampliar el campo de investigaciones sobre este tema, incluyéndose estudios comparativos entre los diferentes tipos de defectos de piso pélvico y sus diferentes técnicas quirúrgicas correctivas, como por ejemplo, la comparación de técnicas convencionales y la colocación de material protésico, para así determinar cuál de ellas aporta mejores beneficios para lograr una mejor función sexual.

Debido a que los trastornos de la función sexual son poco explorados, bien sea por desconocimiento de las pacientes o por dificultades en la expresión de sus inquietudes, temores, experiencias y dudas con todo lo relacionado a su sexualidad, se debería incentivar al personal médico a indagar en estos temas y lograr introducir estos cuestionarios de rutina para una evaluación integral de la salud femenina.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. María Pérez, por su apoyo incondicional en la realización de este trabajo especial de investigación.

Al Departamento de Historias Médicas del Hospital Domingo Luciani, especialmente a la Lic. Francis Díaz, por dedicar parte de su valioso tiempo en la facilitación de las historias médicas.

A la Lic. Ana María Gómez, por haber formado parte de este proyecto, y por contribuir desinteresadamente al asesoramiento estadístico.

A nuestras pacientes, por su tiempo y disposición para el aporte de la información requerida para el cumplimiento de los objetivos de nuestra investigación.

REFERENCIAS

1. Laíz D, Urzúa F. Cervico hysteropexia sacra con reparación paravaginal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71(1): 31-34.
2. Walters M, Karram M. *Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis.* 3era edición. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 42-53.
3. American Psychiatric Association, DSM-IV. *Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders.* 4th Edition. Washington, DC; 1994.
4. Schaffer J. *Medicina pélvica y cirugía reconstructiva en la mujer.* Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. Madrid: Elsevier Masson. 2009; 36 (3): 445-62.
5. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999; 281:537-44.
6. Handa V, Harvey L, Cundiff G. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):751-6.
7. Barber MD, Dowsett SA, MullenKJ. The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. *Cleve Clin J Med.* 2005;72(3):225-32.
8. Weber AM, Walters MD, Schover LR. Vaginal anatomy and sexual function. *Obstet Gynecol* 1995; 86(6): 946-9.
9. Weber AM, Walters MD, Schover LR. Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1995; 85(4): 483-7.
10. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1332-8.
11. Lukacz E, Whitcomb E, Lawrence L. Are sexual activity and satisfaction affected by pelvic floor disorders?. Analysis of a community – based survey. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197 (88): e1 – 6.
12. Handa V, Cundiff G, Chang H. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol.* 2008; 111: 1045 – 52.
13. Rogers RG, Kammerer-Doak DN, Darrow A. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(5):e1-4.

14. Jha S, Moran P, Greenham H. Sexual function following surgery for urodynamic stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18:845–50.
15. Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(6):629–36.
16. Stoutjesdijk J, Vierhout M, Spruijt J, Massolt E. Does vaginal reconstructive surgery with or without vaginal hysterectomy or trachelectomy improve sexual well being? A prospective follow-up study. *Internacional Urogynecology Journal.* 2005; 15 (1): 4-8.
17. Pauls RN, Silva WA, Rooney CM. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:622 –7.
18. Girvent M, Pereda A, Maclus M. Evaluación de la función sexual tras cirugía correctora del prolapso con mallas. Hospital General Granollers. En: 30 Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; Barcelona 2009 Jun 15-19. Barcelona: 2009. p. 1-4.
19. Kammerer D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct .* 2009; 1: S45-50.
20. Espuña M. Sexual health in women with pelvic floor disorders: measuring the sexual activity and function with questionnaires—a summary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 1: S5-7.
21. López Y, Rangel J. Histerectomía y función sexual en pacientes atendidas en la consulta externa de Ginecología. [Trabajo Especial de Investigación Especialista en Obstetricia y Ginecología]. Caracas: Hospital Central IVSS “Dr. Miguel Pérez Carreño”, Universidad Central de Venezuela; 2008.
22. Faria F, Ferrarotto M. Función sexual en pacientes histerectomizadas. [Trabajo Especial de Investigación Especialista en Obstetricia y Ginecología]. Caracas: Maternidad Concepción Palacios, Universidad Central de Venezuela; 2008.
23. Andrade L, González L. Función sexual en pacientes antes y después de Histerectomía. [Trabajo Especial de Investigación Especialista en Obstetricia y Ginecología]. Caracas: Hospital Vargas – Hospital “Dr. Jesús Yerena”-Lídice, Universidad Central de Venezuela; 2010.
24. González I. Histerectomía y trastornos sexuales en pacientes histerectomizadas en el Hospital Julio Criollo. [Trabajo Especial de Investigación Especialista en Medicina Familiar]. Ciudad Bolívar :Universidad de Oriente Núcleo Bolívar; 1993.

25. Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol (Chile)*. 2004; 69 (2): 118-25.
26. Kaplan HS. *Disorders of Desire*. New York: Brunner/ Mazel; 1979. P. 235-52.
27. Rosen R, Brown C, Heiman J. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26 (1):191-208.
28. Rogers R, Coates K, Kammeren D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003;14(3): 164-8.
29. Espuña M, Puig M, González M, Zardain P, Rebollo P. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)”. *Actas Urol Esp*. 2008; 32 (2): 211-19.
30. Lightner D. Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2002;77: 698-702.
31. Kamei L, Kami J. Estudio de prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a consultorio externo de gineco-obstetricia de Hospital la Serena. Universidad de Chile. *Revista Chilena de Urología*. 2005; 70 (1): 231-5.
32. Astbury-Ward, E. Una aproximación a la disfunción sexual femenina. [En línea]. Madrid: Asociación Española para la Salud Sexual (AESS); 2007 [Accesado 10 Julio 2011]. Disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100809091281369189.pdf>.
33. Braun H, Rojas I, González F, Fernández M, Ortiz J. Prolapso genital severo: Consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004; 69 (2): 149-156.
34. Suárez G, Arias B, Schlesinger R, Cajigas J. Cirugía reconstructiva de piso pélvico y procedimientos quirúrgicos anti incontinencia urinaria ¿Es necesario el enfoque multidisciplinario?. *Urol Colomb*. 2008; 17 (1): 101-08.
35. Hendrik S, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapsed in the Women`s Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 (2); 186: 1160-66.
36. Olsen A, Smith V, Bergstrom J, Colling J, Clark A. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapsed and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997; 89 (1): 501-06.

37. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapsed: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104 (1): 579-85.
38. Samuelsson E, Victor F, Tibblin G, Svardsudd K. Signs of genital prolapsed in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180 (1): 229-305.
39. MacLennan A, Taylor A, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG.* 2000; 107: 1460-70.
40. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction a conceptual framework for collaborative patient centered. *J Advanced Nursing.* 2003; 43 (3): 555-68.
41. Palma P, Dambros M, Kobelinsky M. Incontinencia urinaria femenina. Epidemiología en Suramérica. En: Palma P, Dávila H, editores. *Uroginecología.* Caracas: Editado por Confederación Americana de Urología; 2006. 20: 13-19.
42. Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F. *Williams Ginecología.* México D.F: Editorial Mc Graw Hill; 2009. p.532-55.
43. Nieves L, Álvarez J. *Primer Consenso Venezolano de Uroginecología 2008.* Caracas: Editorial ATEPROCA; 2008.

ANEXO 1

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicadores	Subindicadores
Calidad de la función sexual	Cuantitativa	Ordinal	Cuestionario PISQ- 12 versión en español	<ul style="list-style-type: none">- Dominio conductual (ítems 1, 2, 3 y 4).- Dominio físico (ítems 5, 6, 7, 8 y 9).- Dominio relativo a la pareja (ítems 10, 11 y 12).
Cirugía vaginal reconstructiva	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico preoperatorio.- Tipo de intervención quirúrgica.- Material utilizado.- Tiempo de postoperatorio.	

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Responsables: Amarista Morales Ana Karina y Fermín Gómez Melissa Cecilia. Médicos residentes del curso de especialización en Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr. Domingo Luciani”.

Título: FUNCIÓN SEXUAL POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA

Por medio de la presente hago constar que se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación donde se evaluará mi función sexual por medio de la aplicación de una encuesta previo al acto quirúrgico y posterior al mismo.

Yo entiendo que:

1. Al participar en este estudio tendré el beneficio de contar con la atención médica que se presta en el servicio de Ginecología del Hospital “Dr. Domingo Luciani”. No recibiré beneficios materiales.
2. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en el presente estudio deberá ser contestada por Amarista Morales Ana Karina y Fermín Gómez Melissa Cecilia.
3. Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, ni tampoco que esto perjudique de manera alguna mi atención en el centro.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no serán revelados, y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitada por la ley.
5. Mi consentimiento está dado voluntariamente en plena facultad de mis sentidos, sin que haya sido forzada u obligada.

Nombre y apellido _____ C.I _____

Investigador responsable _____

ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA

HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”, 2011 - 2012

Número de Historia: _____ Fecha de Ingreso: __/__/__
 Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 Dirección: _____

Teléfono: _____ Estado Civil: _____

Diagnóstico: _____

Intervención Quirúrgica: _____

Fecha de la Intervención: __/__/__ Días de Hospitalización: _____

Complicaciones Intraoperatorias: _____

Complicaciones post quirúrgicas: _____

	Antes de la cirugía	Posterior a la cirugía
1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc.		
Todos los día		
Una vez a la semana		
Una vez al mes		
Menos de una vez al mes		
Nunca		
2. ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?		
Siempre		
Frecuentemente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		
3. ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?		
Siempre		
Frecuentemente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		
4. ¿Está satisfecha con las actividades sexuales de su actual vida sexual?		
Siempre		
Frecuentemente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		

	Antes de la cirugía	Posterior a la cirugía
5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?		
Siempre		
Frecuentemente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		
6. ¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?		
Siempre		
Frecuentemente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		
7. El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?		
Siempre		
Frecuentemente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		
8. ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?		
Siempre		
Frecuentemente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		
9. Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?		
Siempre		
Frecuente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		
10. ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su vida sexual?		
Siempre		
Frecuente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		
11. ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?		
Siempre		
Frecuente		
Algunas veces		
Rara vez		
Nunca		

	Antes de la cirugía	Posterior a la cirugía
<i>12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos 6 meses?</i>		
Mucho menos intensos		
Menos intensos		
Igual de intensos		
Más intensos		
Mucho más intensos		

ANEXO 4

Norma de corrección para el cuestionario “Pelvic Organ

Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)” versión en español

Opción de respuesta	Puntuación
Preguntas 1 a 4	
Siempre / todos los días	4
Frecuente / una vez a la semana	3
Algunas veces / una vez al mes	2
Rara vez / menos de una vez al mes	1
Nunca	0
Preguntas 5 a 12	
Siempre / Mucho menos intensos	0
Frecuente / Menos intensos	1
Algunas veces / Igual de intensos	2
Rara vez / Más intensos	3
Nunca / Mucho más intensos	4

TABLA 1

Número de pacientes por días de hospitalización

Días de hospitalización	Número de pacientes	Porcentaje
2	9	45
3	8	40
4	3	15
Total	20	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 2

Puntuaciones obtenidas por las pacientes en el cuestionario “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)”, versión en español

Paciente	FDS1	CLÍMAX2	EAS3	SAS4	DOL5	IUAS6	RASMI7	ERS8	REN9	PE10	PEP11	IO12	Total
1													
Pre-Qx	1	1	2	1	1	4	4	1	1	2	3	0	21
Post-Qx	2	2	2	3	2	4	4	4	3	2	3	3	34
2													
Pre-Qx	1	2	1	2	2	1	2	1	4	3	4	3	26
Post-Qx	2	3	1	2	4	2	3	4	4	2	4	2	33
3													
Pre-Qx	3	1	1	1	0	1	3	1	4	4	4	1	24
Post-Qx	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	43
4													
Pre-Qx	1	1	2	1	0	4	4	1	2	4	4	2	26
Post-Qx	3	2	3	2	3	4	4	3	3	4	4	3	38
5													
Pre-Qx	1	1	1	1	0	1	0	1	1	4	4	0	15
Post-Qx	2	2	2	3	2	2	2	4	3	4	4	3	33
6													
Pre-Qx	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	4	0	18
Post-Qx	3	2	3	3	2	4	4	4	3	4	4	3	39
7													
Pre-Qx	0	1	1	0	0	2	0	0	1	3	4	0	12
Post-Qx	1	1	1	0	1	4	4	2	1	3	4	0	22
8													
Pre-Qx	0	1	1	3	0	4	4	0	1	4	4	0	22
Post-Qx	1	1	1	1	2	4	4	0	2	4	4	3	27
9													
Pre-Qx	1	1	1	1	0	4	4	1	2	3	3	0	21
Post-Qx	2	2	2	2	2	4	4	4	3	3	3	3	34
10													
Pre-Qx	2	0	2	2	3	4	4	3	3	4	3	2	32
Post-Qx	3	2	3	2	2	4	4	4	4	4	4	3	39
11													
Pre-Qx	1	2	1	1	0	1	1	1	1	4	4	2	19
Post-Qx	2	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	39

TABLA 2. Continuación

Paciente	FDS1	CÍMAX2	EAS3	SAS4	DOL5	IUAS6	RASMI7	ERS8	REN9	PE10	PEP11	IO12	Total
12													
Pre-Qx	2	3	4	3	3	4	4	2	3	1	1	2	32
Post-Qx	1	3	4	3	4	4	4	4	4	1	1	4	37
13													
Pre-Qx	3	1	1	1	0	2	3	1	2	4	4	0	22
Post-Qx	4	3	3	4	4	3	3	4	3	4	4	3	42
14													
Pre-Qx	3	3	2	3	0	4	4	1	0	4	1	0	25
Post-Qx	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	1	3	38
15													
Pre-Qx	0	1	1	0	1	4	4	1	1	1	3	1	18
Post-Qx	2	1	2	2	4	4	4	3	3	1	3	3	32
16													
Pre-Qx	1	1	1	1	0	3	1	1	1	3	4	0	17
Post-Qx	2	2	3	2	2	4	3	4	3	3	4	3	35
17													
Pre-Qx	1	2	2	1	1	4	4	1	1	4	4	1	26
Post-Qx	3	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	3	38
18													
Pre-Qx	2	1	1	1	1	4	4	1	1	4	4	0	24
Post-Qx	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	42
19													
Pre-Qx	0	0	0	0	0	3	2	0	1	3	4	0	13
Post-Qx	2	2	2	2	2	4	4	4	3	3	4	3	35
20													
Pre-Qx	1	1	0	0	4	4	4	0	1	4	4	2	25
Post-Qx	2	2	3	0	2	4	4	4	4	4	4	3	36

Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 3

Estadísticas descriptivas de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PISQ-12 versión
en español

Estadísticas	Antes de cirugía	Después de cirugía
Media	21,90	35,80
Mediana	22,00	36,50
Moda	26,00	38,00
Desv. típ.	5,49	5,03
Coefficiente de variación	25,05	14,06
Mínimo	12,00	22,00
Máximo	32,00	43,00
Percentiles:		
25	18,00	33,25
50	22,00	36,50
75	25,75	39,00

Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 4

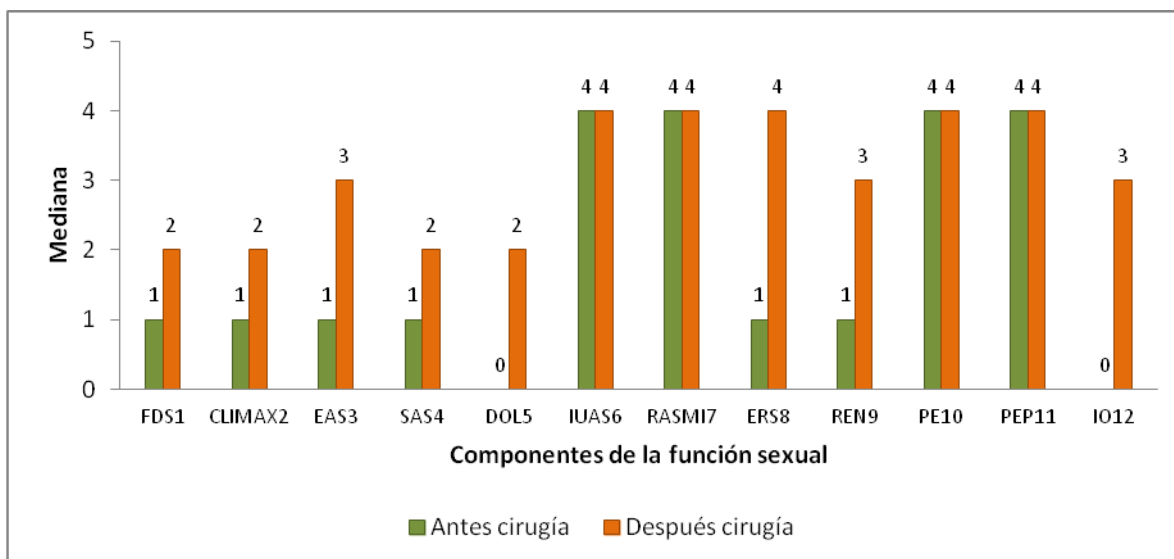
Estadísticos descriptivos por componente de la función sexual

Descripción	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	Moda	Desv. típ.	cv
FDS1: Frecuencia del deseo sexual							
Antes de la cirugía	0,00	3,00	1,00	1,25	1,00	0,97	77,32
Después de la cirugía	1,00	4,00	2,00	2,35	2,00	0,88	37,24
CLIMAX2: Logro del orgasmo							
Antes de la cirugía	0,00	3,00	1,00	1,25	1,00	0,79	62,91
Después de la cirugía	1,00	3,00	2,00	2,20	2,00	0,70	31,63
EAS3: Excitación durante la actividad sexual							
Antes de la cirugía	0,00	4,00	1,00	1,35	1,00	0,88	64,82
Después de la cirugía	1,00	4,00	3,00	2,45	3,00	0,83	33,70
SAS4: Satisfacción sexual							
Antes de la cirugía	0,00	3,00	1,00	1,20	1,00	0,95	79,29
Después de la cirugía	0,00	4,00	2,00	2,25	3,00	1,02	45,31
DOL5: Presencia de dolor durante las relaciones sexuales							
Antes de la cirugía	0,00	4,00	0,00	0,85	0,00	1,23	144,21
Después de la cirugía	1,00	4,00	2,00	2,55	2,00	0,89	34,79
IUAS6: Presencia de Incontinencia urinaria durante la actividad sexual							
Antes de la cirugía	1,00	4,00	4,00	2,95	4,00	1,32	44,64
Después de la cirugía	2,00	4,00	4,00	3,70	4,00	0,66	17,76
RASMI7: Restricción de actividad sexual por miedo a la incontinencia							
Antes de la cirugía	0,00	4,00	4,00	2,85	4,00	1,50	52,51
Después de la cirugía	2,00	4,00	4,00	3,75	4,00	0,55	14,67
ERS8: Evitación de relaciones sexuales							
Antes de la cirugía	0,00	3,00	1,00	0,95	1,00	0,69	72,25
Después de la cirugía	0,00	4,00	4,00	3,55	4,00	1,00	28,13
REN9: Reacciones emocionales negativas							
Antes de la cirugía	0,00	4,00	1,00	1,60	1,00	1,10	68,47
Después de la cirugía	1,00	4,00	3,00	3,30	3,00	0,80	24,28
PE10: Problemas de erección							
Antes de la cirugía	1,00	4,00	4,00	3,35	4,00	0,99	29,50
Después de la cirugía	1,00	4,00	4,00	3,30	4,00	1,03	31,25
PEP11: Problemas de eyaculación precoz							
Antes de la cirugía	1,00	4,00	4,00	3,50	4,00	0,95	27,03
Después de la cirugía	1,00	4,00	4,00	3,55	4,00	0,94	26,61
IO12: Intensidad del orgasmo							
Antes de la cirugía	0,00	3,00	0,00	0,80	0,00	1,01	125,66
Después de la cirugía	0,00	4,00	3,00	2,85	3,00	0,75	26,15

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 1

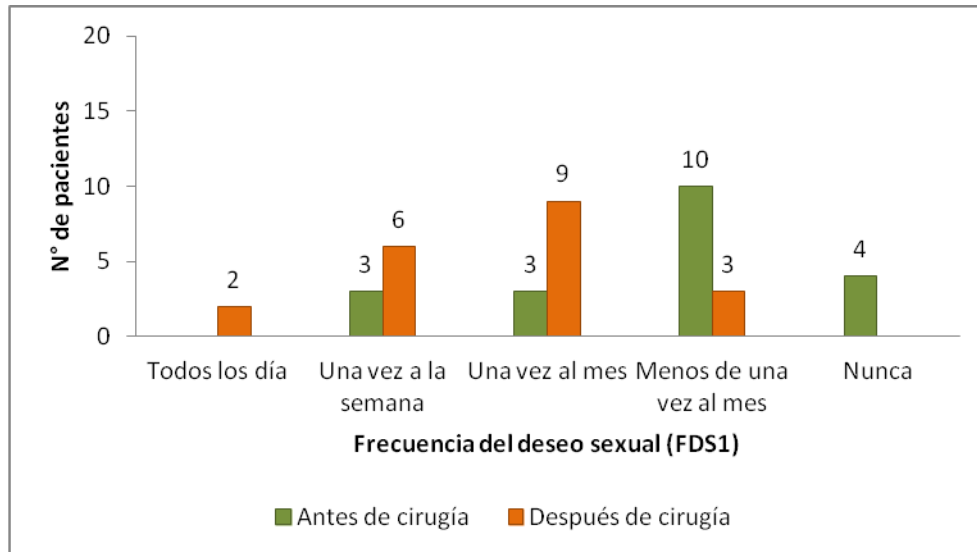
Medianas obtenidas en el cuestionario PISQ-12 versión en español,
por componente de la función sexual



Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 2

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia del deseo sexual



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 5

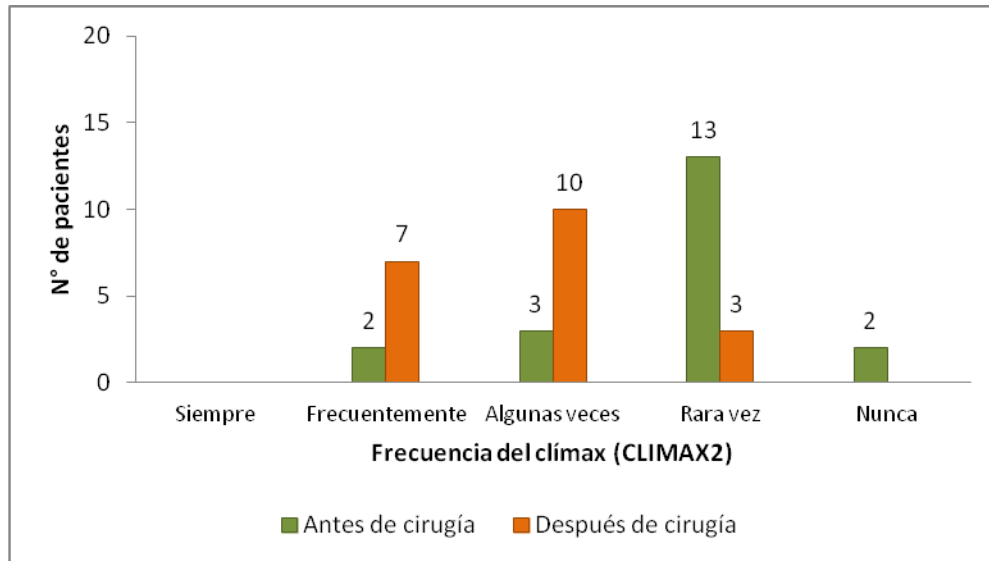
Número de pacientes por variación en la frecuencia del deseo sexual

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Nunca	Menos de una vez al mes	1	2
Nunca	Una vez al mes	2	2
Menos de una vez al mes	Una vez al mes	1	7
Menos de una vez al mes	Una vez a la semana	2	3
Una vez al mes	Menos de una vez al mes	-1	1
Una vez al mes	Una vez a la semana	1	2
Una vez a la semana	Una vez a la semana	0	1
Una vez a la semana	Todos los días	1	2
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 3

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de logro del clímax



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 6

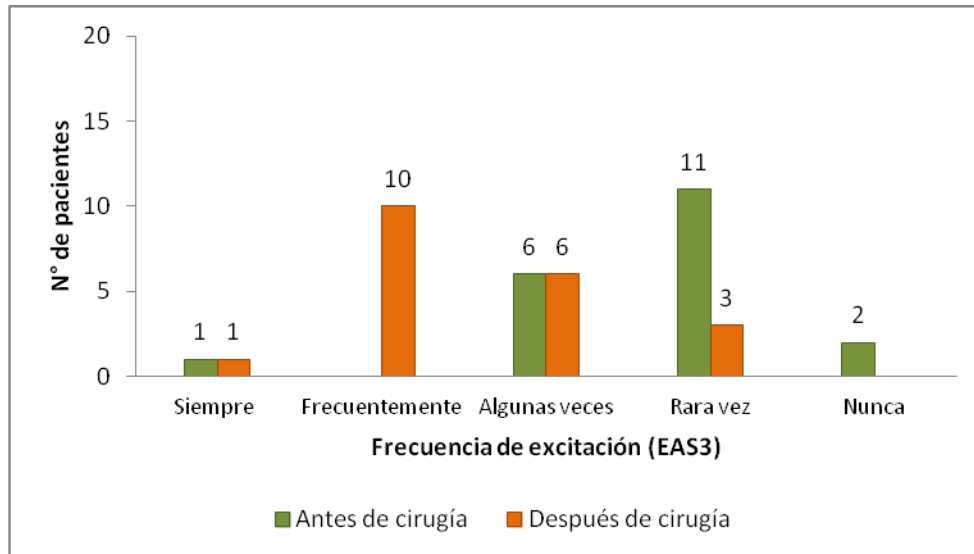
Número de pacientes por variación en la frecuencia del logro del clímax

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Nunca	Algunas veces	2	2
Rara vez	Rara vez	0	3
Rara vez	Algunas veces	1	7
Rara vez	Frecuentemente	2	3
Algunas veces	Algunas veces	0	1
Algunas veces	Frecuentemente	1	2
Frecuentemente	Frecuentemente	0	2
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 4

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de excitación sexual



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 7

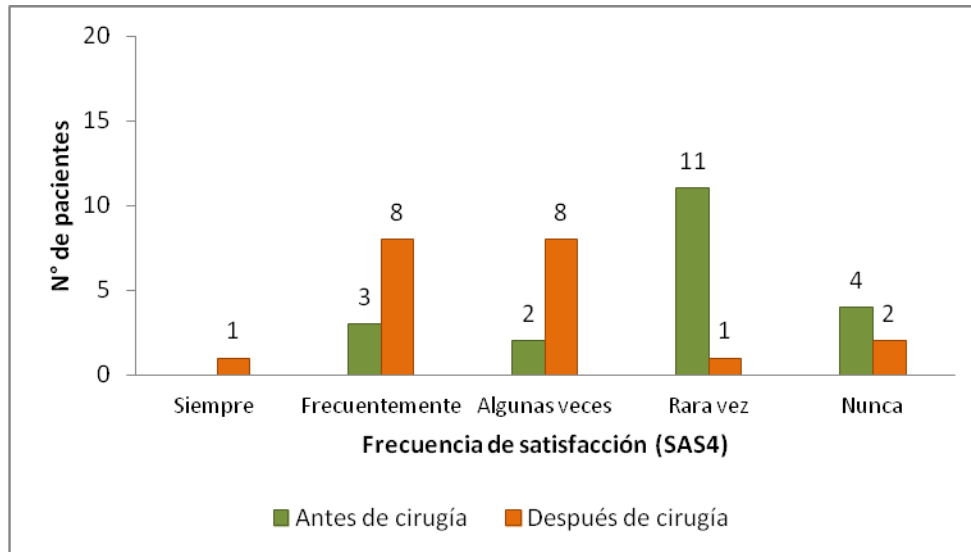
Número de pacientes por variación en la frecuencia de excitación en la actividad sexual

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Nunca	Algunas veces	2	1
Nunca	Frecuentemente	3	1
Rara vez	Rara vez	0	3
Rara vez	Algunas veces	1	3
Rara vez	Frecuentemente	2	5
Algunas veces	Algunas veces	0	2
Algunas veces	Frecuentemente	1	4
Siempre	Siempre	0	1
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 5

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de satisfacción con las relaciones sexuales



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 8

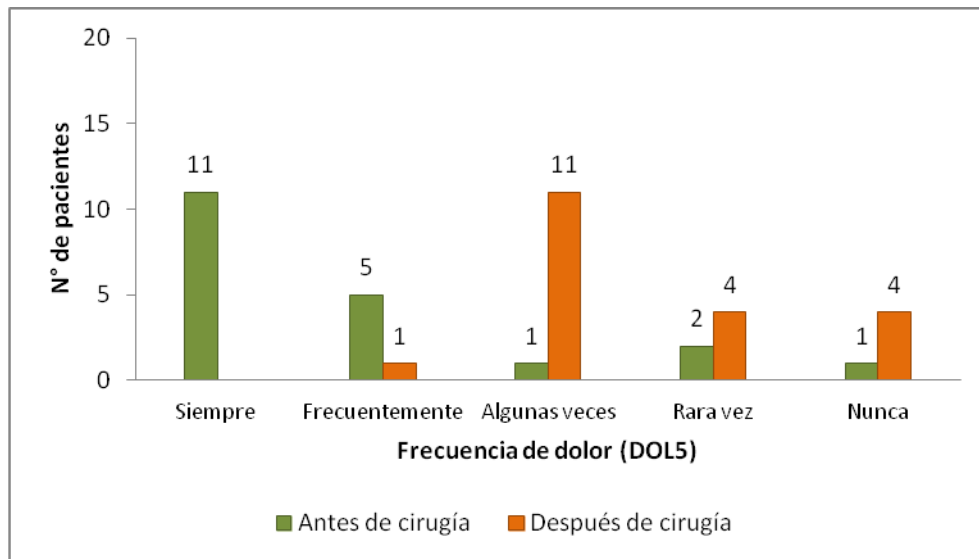
Número de pacientes por variación en la frecuencia de satisfacción con las relaciones sexuales

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Nunca	Nunca	0	2
Nunca	Algunas veces	2	2
Rara vez	Algunas veces	1	4
Rara vez	Frecuentemente	2	6
Rara vez	Siempre	3	1
Algunas veces	Algunas veces	0	2
Frecuentemente	Rara vez	-2	1
Frecuentemente	Frecuentemente	0	2
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 6

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de dolor durante las relaciones sexuales



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 9

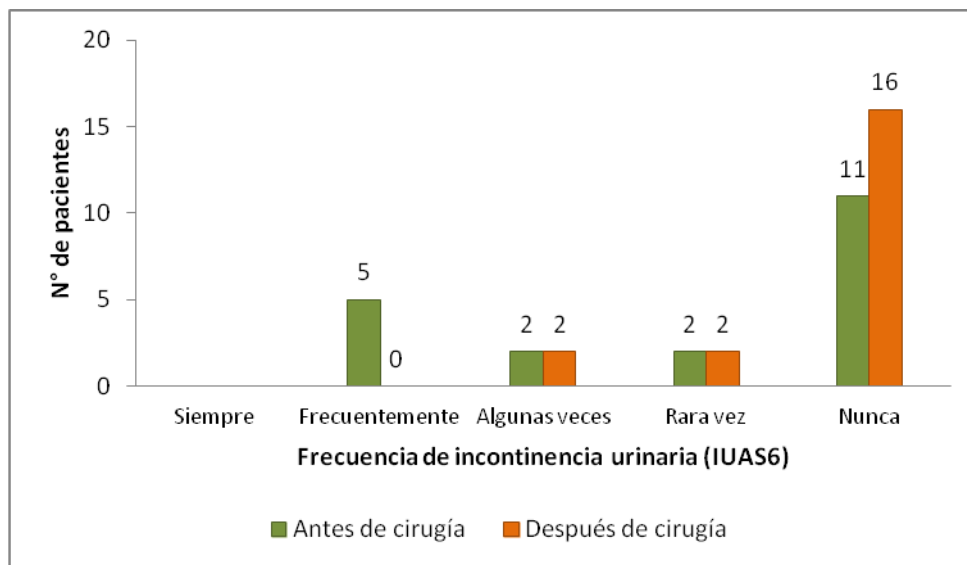
Número de pacientes por variación en la frecuencia de dolor durante las relaciones sexuales

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	Nº de pacientes
Siempre	Frecuentemente	1	1
Siempre	Algunas veces	2	6
Siempre	Rara vez	3	3
Siempre	Nunca	4	1
Frecuentemente	Algunas veces	1	3
Frecuentemente	Rara vez	2	1
Frecuentemente	Nunca	3	1
Algunas veces	Nunca	2	1
Rara vez	Algunas veces	-1	1
Rara vez	Nunca	1	1
Nunca	Algunas veces	-2	1
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 7

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 10

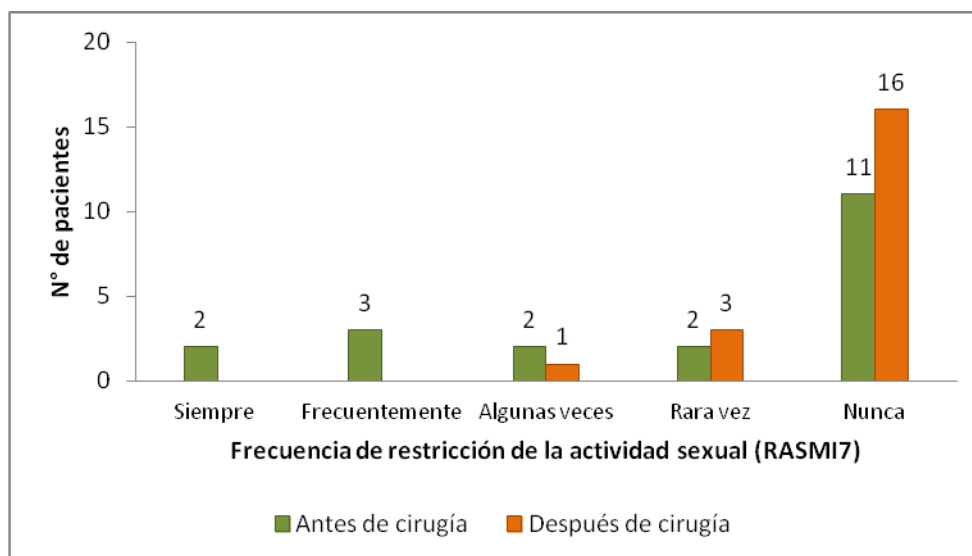
Número de pacientes por variación en la frecuencia de incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Frecuentemente	Algunas veces	1	2
Frecuentemente	Rara vez	2	1
Frecuentemente	Nunca	3	2
Algunas veces	Rara vez	1	1
Algunas veces	Nunca	2	1
Rara vez	Nunca	1	2
Nunca	Nunca	0	11
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 8

Número de pacientes clasificados por categoría de restricción de la actividad sexual por miedo a la incontinencia



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 11

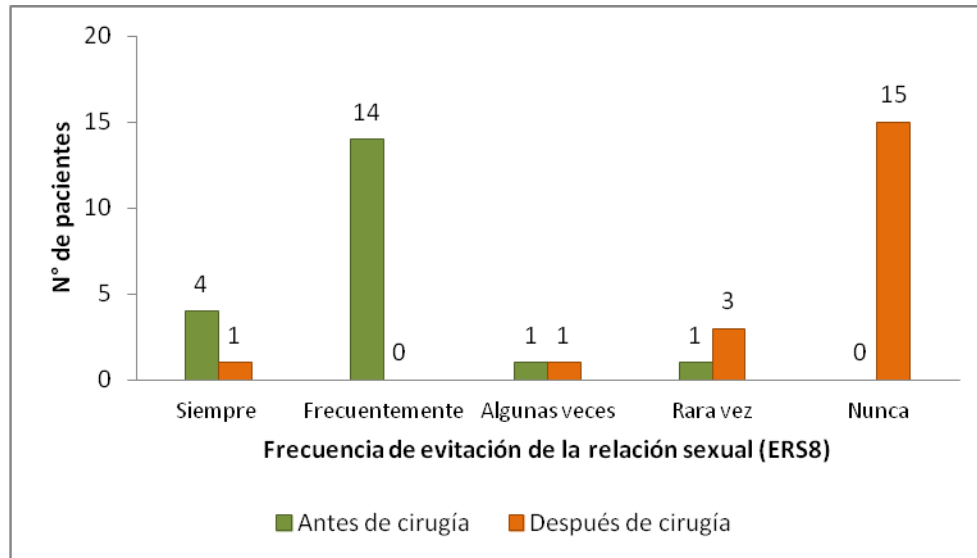
Número de pacientes por variación en la restricción de la actividad sexual por miedo a la incontinencia

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Siempre	Algunas veces	2	1
Siempre	Nunca	4	1
Frecuentemente	Rara vez	2	1
Frecuentemente	Nunca	3	2
Algunas veces	Rara vez	1	1
Algunas veces	Nunca	2	1
Rara vez	Rara vez	0	1
Rara vez	Nunca	1	1
Nunca	Nunca	0	11
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 9

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de evitación de las relaciones sexuales por bultos en la vagina



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 12

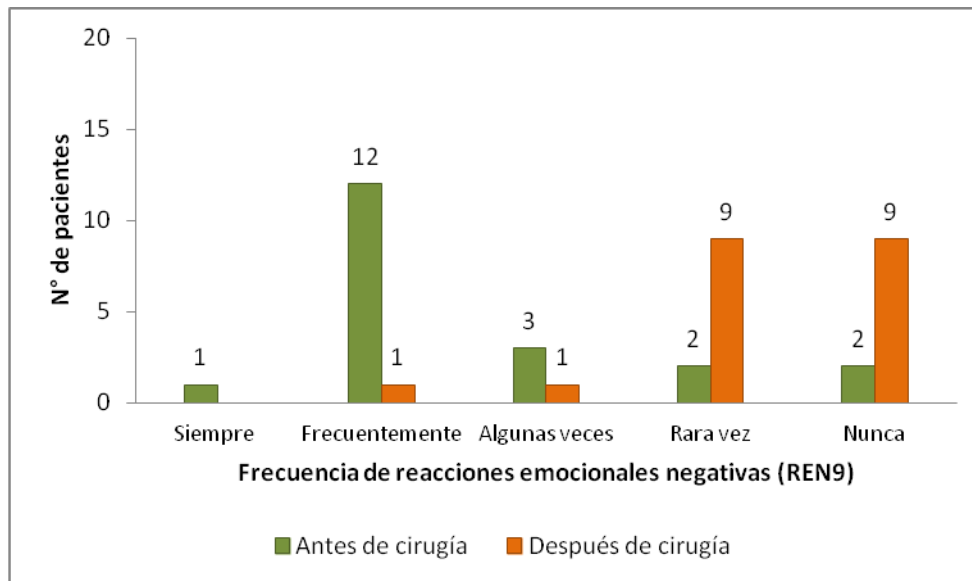
Número de pacientes por variación en la frecuencia de evitación de las relaciones sexuales por bultos en la vagina

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Siempre	Siempre	0	1
Siempre	Algunas veces	2	1
Siempre	Nunca	4	2
Frecuentemente	Rara vez	2	3
Frecuentemente	Nunca	3	11
Algunas veces	Nunca	2	1
Rara vez	Nunca	1	1
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 10

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de reacciones emocionales negativas



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 13

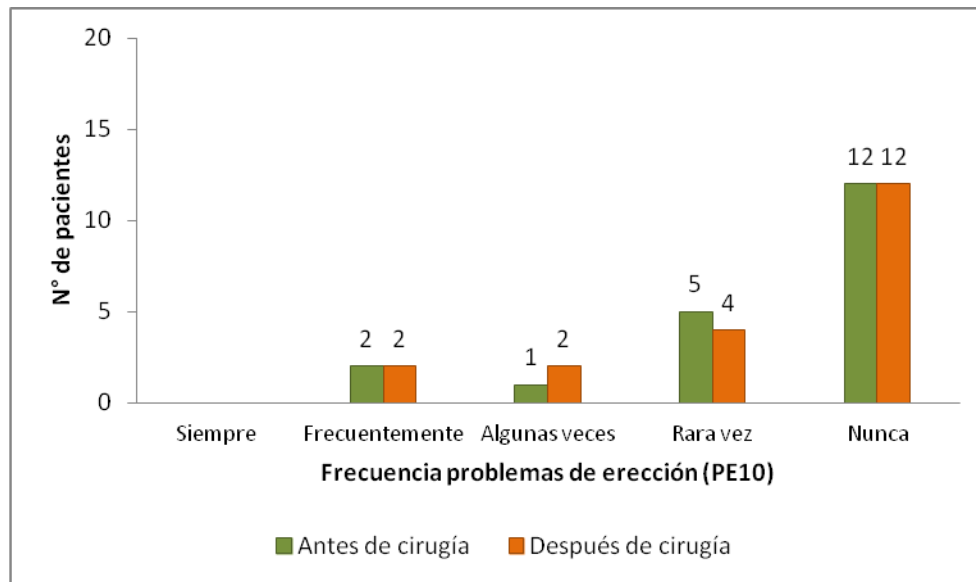
Número de pacientes por variación en la frecuencia de reacciones emocionales negativas

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Siempre	Nunca	4	1
Frecuentemente	Frecuentemente	0	1
Frecuentemente	Algunas veces	1	1
Frecuentemente	Rara vez	2	6
Frecuentemente	Nunca	3	4
Algunas veces	Rara vez	1	3
Rara vez	Nunca	1	2
Nunca	Nunca	0	2
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 11

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de problemas de erección



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 14

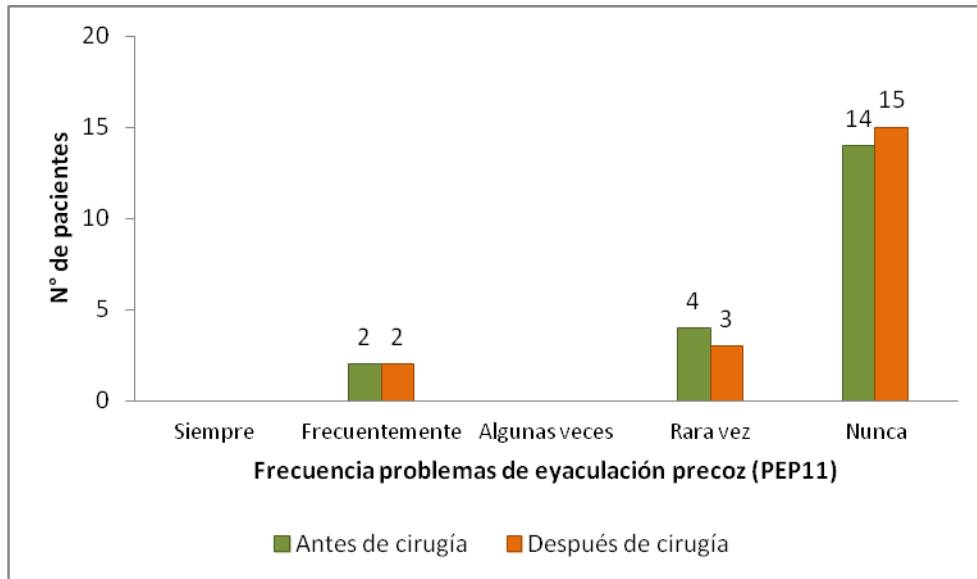
Número de pacientes por variación en la frecuencia de problemas de erección

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	Nº de pacientes
Frecuentemente	Frecuentemente	0	2
Algunas veces	Algunas veces	0	1
Rara vez	Algunas veces	-1	1
Rara vez	Rara vez	0	4
Nunca	Nunca	0	12
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 12

Número de pacientes clasificados por categoría de frecuencia de problemas de eyaculación precoz



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 15

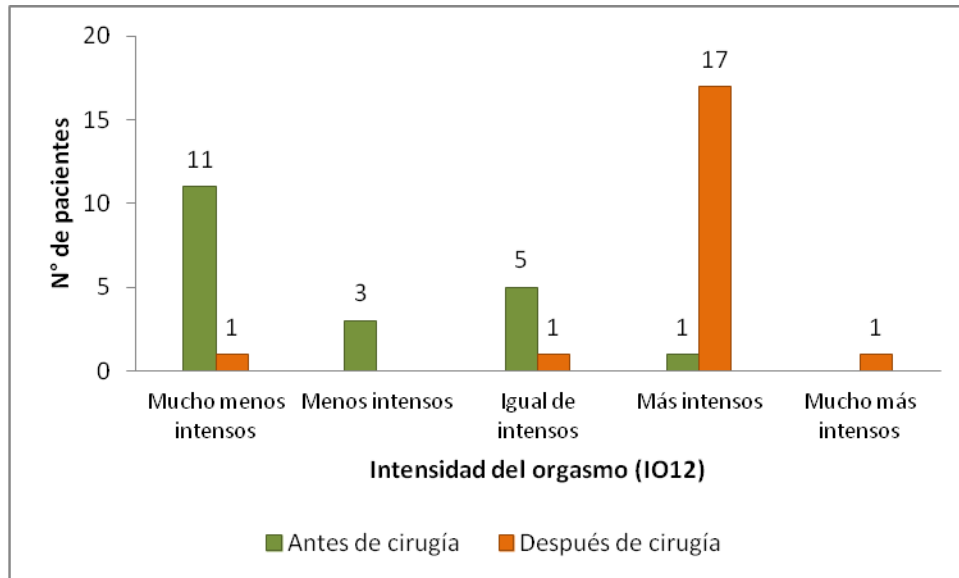
Número de pacientes por variación en la frecuencia de problemas de eyaculación precoz

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	N° de pacientes
Frecuentemente	Frecuentemente	0	2
Rara vez	Rara vez	0	3
Rara vez	Nunca	1	1
Nunca	Nunca	0	14
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA 13

Número de pacientes clasificados por categoría de intensidad del orgasmo



Fuente: instrumento de recolección de datos

TABLA 16

Número de pacientes por variación en la intensidad del orgasmo

Antes de la cirugía	Después de la cirugía	Cambio de categorías	Nº de pacientes
Mucho menos intensos	Mucho menos intensos	0	1
Mucho menos intensos	Más intensos	3	10
Menos intensos	Más intensos	2	3
Igual de intensos	Más intensos	1	4
Igual de intensos	Mucho más intensos	2	1
Más intensos	Igual de intensos	-1	1
Número total de pacientes			20

Fuente: instrumento de recolección de datos