

**EVALUACION DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDAS A  
CABESTRILLO SUBURETRAL PARA CORRECCION DE INCONTINENCIA  
URINARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR**

**AUTOR: Pablo Cesar Duarte Rojas**  
**Residente de Ginecología y Obstetría**

**TUTOR TEMÁTICO: Dr. Luis Fernando Rodriguez**  
**Ginecoobstetra**  
**Especialista en Uroginecología**  
**Coordinador del Área de Ginecología del Departamento de Ginecología y**  
**Obstetría del Hospital Universitario Mayor**

**TUTOR METODOLÓGICO: Dra. Ángela María Ruiz**  
**Ginecoobstetra**  
**Fellow en Medicina Reproductiva**  
**Epidemióloga Clínica**

**TUTOR ESTADÍSTICO: Milciadez Ibáñez Pinilla**  
**Estadístico matemático**  
**Especialista en epidemiología y docencia universitaria**  
**Magíster en epidemiología**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS REPRODUCTIVAS**  
**BOGOTA - 2010**

**EVALUACION DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDAS A  
CABESTRILLO SUBURETRAL PARA CORRECCION DE INCONTINENCIA  
URINARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR**

**Instituciones Participantes**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**Autor: PABLO CESAR DUARTE ROJAS**

**Tutor Temático: Dr. LUIS FERNANDO RODRIGUEZ**

**Tutor Metodológico: Dra. ANGELA MARIA RUIZ**

**Tutor Estadístico: MILCIADEZ IBAÑEZ PINILLA**

## **NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL**

**“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores es su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a las directivas del Hospital Universitario Mayor y a su servicio de Ginecología y Obstetricia por prestar sus instalaciones, y al grupo de instructores y estudiantes quienes participan activamente parte de la ejecución del estudio propuesto.

## Tabla de Contenido

1. Introducción .....	8
2. Marco teórico .....	9
2.1. Disfunción Sexual Femenina .....	9
2.1.1 Definición .....	10
2.1.2. Fisiopatología .....	10
2.2. Incontinencia urinaria .....	11
2.2.1. Definición .....	11
2.2.2. Fisiopatología .....	11
2.2.3. Tratamiento .....	12
2.3. Efectos de las cintas para incontinencia en la vida sexual .....	12
3. Justificación .....	14
4. Problema de investigación .....	15
5. Objetivos .....	16
5.1. Objetivo general .....	16
5.2. Objetivos específicos .....	16
6. Propósito .....	17
7. Aspectos metodológicos .....	18
7.1. Tipo de estudio .....	18
7.2. Población de referencia .....	18
7.2.1. Población Diana .....	18
7.2.2. Población Accesible .....	18
7.2.3. Población Elegible .....	18
7.3. Criterios de selección .....	19
7.3.1. Criterios de inclusión .....	19
7.3.2. Criterios de Exclusión .....	19
7.4. Muestra .....	20
7.4.1. Diseño .....	20

7.4.2. Marco muestral .....	20
7.4.3. Tamaño de la muestra .....	20
7.5. Variables .....	20
7.5.1. Variable Dependiente .....	20
7.5.2. Variable Independiente .....	20
7.5.2.1. Tipo cirugía de incontinencia .....	20
7.5.2.2. Tipo de cirugía asociada al cabestrillo .....	21
7.5.2.3. Tiempo del postoperatorio .....	21
7.5.2.4. Menopausia .....	22
7.5.2.5. Terapia de reemplazo hormonal .....	22
7.6. Técnica de Recolección de la Información .....	24
8. Hipótesis .....	25
8.1. Hipótesis nula .....	25
8.2. Hipótesis alterna .....	25
9. Materiales y métodos .....	26
10. Aspectos Estadísticos y Plan de Análisis .....	26
10.1. Calidad del Dato .....	27
10.1.1. Sesgos .....	27
10.2. Análisis estadístico .....	28
11. Aspectos éticos .....	29
12. Resultados .....	31
12. 1. Características demográficas .....	31
12.2. Antecedentes .....	31
12.3. Aspectos de la cirugía .....	31
12.4. Disfunción sexual .....	32
12.5. Asociación de los factores con la disfunción sexual .....	32
13. Discusión .....	34
14. Conclusiones .....	36
15. Recomendaciones .....	37
Anexo 1 .....	38
Anexo 2 .....	40
Consentimiento informado .....	42
Bibliografía .....	44

Lista de tablas

Tabla 1. Definición y operacionalización de las variables de estudio .....	22
Tabla 2. Distribución del tipo de cirugía asociada al cabestrillo y la disfunción sexual .....	31

## **1. Introducción**

Una de las dificultades a las que se enfrentan la mujer con incontinencia urinaria es la calidad y el control de su vida sexual, pues en la medida que sea mas severa esta patología, la afectación de este aspecto es mayor 1.

La disfunción sexual femenina tradicionalmente ha sido enfocada como una enfermedad de tipo psiquiátrica y psicológica. Recientes estudios han demostrando muchas causas físicas y orgánicas como parte angular de la fisiopatología de esta patología 2. Debido a esto se a introducido el concepto que satisfacción sexual depende de la compleja interacción de la iniciativa de la pareja, estabilidad emocional, salud física y mental de la paciente 3.

También es de suma importancia destacar que desde su origen embrionario existe una íntima relación anatomofuncional del tracto urinario y aparato genital femenino, por tal motivo la alteración de uno de estos sistemas puede afectar a la estructura y/o función del otro. De ahí la importancia clínica de poder lograr un manejo integral de este tipo de pacientes y en nuestro caso las que presentan incontinencia urinaria y disfunción sexual 2.

Dentro del manejo de la incontinencia urinaria femenina se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas, siendo las cintas de libre tensión las que han tomado mucha importancia clínica. Debido a la vía de abordaje, que es vaginal se cree que puede causar algún grado de disfunción sexual femenina 3.

Debido a esto el presenta estudio pretende determinar cual es la prevalencia de la disfunción sexual en las pacientes sometidas a cirugía antiincontinencia con cintas de libre tensión.

## 2. Marco Teórico

### 2.1. *Disfunción Sexual Femenina*

La disfunción sexual femenina es un problema tan importante que afecta la calidad de vida de muchas mujeres y a su pareja. Su valoración ha sido dejado en un segundo plano debido a muchos factores siendo el mas importante la dificultad para expresar sus problemas sexuales tanto al medico como a su pareja 1. Además para los médicos es incomodo indagar sobre la vida sexual de sus pacientes, esto sumado a la falta de un adecuado instrumento para medición, por lo tanto los datos epidemiológicos son muy limitados 3, 4.

#### 2.1.1. Definición

En 1992 la Organización Mundial de la Salud en la clasificación de enfermedades CIE-10 define a la disfunción sexual de la siguiente manera: “es la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea”.

El DSM-IV definió en 1994 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”<sup>4</sup>. Esta definición hace énfasis en una secuencia y coordinación de las fases: deseo, excitación y orgasmo. Además agrega una separata para las disfunciones sexuales debidas a diferentes patologías o condiciones médicas específicas 5.

En 1998 en un consenso sobre disfunción sexual realizado por la Federación Americana para las Enfermedades Urológicas clasificó la disfunción sexual femenina en:

- Trastorno del deseo sexual
- Trastorno para orgasmo
- Desordenes sexuales dolorosos
- Trastorno de la excitación 3,4

### 2.1.2. Fisiopatología

La anatomía sexual femenina incluye genitales internos y externos. Los genitales externos son colectivamente conocidos como la vulva y esta con formado por los labios mayores y menores, espacio interlabial y el órgano eréctil femenino que incluye el clítoris y bulbo vestibular. Los genitales internos constan de la vagina, útero, trompas uterinas y los ovarios.

La inervación autonómica de la vagina proviene de los plexos hipogástrico y sacro, la inervación somática proviene del nervio pudendo. La inervación del clítoris deriva de fibras simpáticas (T1 – L3) y parasimpáticos (S2 – S4).

La excitación sexual genera lubricación vaginal, relajación vaginal, aumento del diámetro y longitud de clítoris. Todos estos cambios son mediados por neurotransmisores como el oxido nítrico, fosfodiesterasa, péptido intestinal vasoactivo; lo mismo que hormonas como los estrógenos y testosterona. Como vemos muchos factores son los que interaccionan en la regulación de la respuesta sexual 3.

Dentro de la cirugía para incontinencia con cabestrillo se presenta lesiones de las fibras somáticas del nervio pudendo que cruzan por el borde lateral de la uretra media 3,4. Por tal motivo este tipo de procedimiento puede generar alguna alteración en la respuesta sexual dado por alteración de la innervación vaginal y/o alteración de la mucosa vaginal que esta en contacto con la malla. La incidencia de disfunción sexual después de cirugía vaginal oscila entre el 17 al 91% 2.

## 2.2. *Incontinencia Urinaria*

El interés despertado por la incontinencia urinaria (IU) en los diversos ámbitos de la salud femenina contrasta con la confusión y liberalidad con que se maneja esta patología.

### 2.2.1. Definición

La definición original de incontinencia urinaria que hace la Sociedad Internacional de Continencia, es la demostración objetiva de la pérdida de orina donde se incluye que esta condición constituye un problema higiénico-social, que genera modificaciones en la calidad de vida de la paciente, obligando a determinadas estrategias como la utilización de pañales y que lleva al individuo en ocasiones a buscar ayuda médica 1,3.

La IU se divide en incontinencia urinaria de esfuerzo, que es aquella pérdida involuntaria de orina que ocurre durante el esfuerzo físico o ejercicio, tos o estornudo (aumento de la presión intrabdominal); incontinencia urinaria de urgencia se refiere a la pérdida involuntaria acompañada o inmediatamente precedida por urgencia urinaria; incontinencia urinaria mixta es la pérdida involuntaria con esfuerzo asociada a urgencia urinaria 2; incontinencia urinaria por rebosamiento se define como el vaciamiento vesical incompleto o deficiente con posible pérdida de orina por rebosamiento 1.

### 2.2.2. Fisiopatología

El tracto urinario bajo está compuesto por la vejiga, cuello vesical y uretra. Inervado por el sistema simpático y parasimpático los cuales están encargados de la evacuación vesical. La capacidad vesical oscila entre 350 a 600 mililitros, lo cual estimula los receptores vesicales para generar el deseo miccional 6.

La piedra angular de la incontinencia urinaria es la hipermovilidad uretral o por deficiencia del esfínter uretral debida a lesión de los ligamentos pubouretrales y fascia endopélvica 7.

### 2.2.3. Tratamiento

Las estrategias para el manejo de la incontinencia de esfuerzo se divide en medidas médicas, dentro de las cuales están la disminución la ingesta de líquidos, dejar de fumar, ejercicios del piso pélvico, reducción de peso, pesarios de silicona; y manejo quirúrgico el cual consiste en mejorar el soporte de la uretra media por medio de minicintas (cintas libres de tensión), implantes de silicona y uretrocistopexia suprapúbica 6. El concepto de las cintas suburetrales fue introducido en el siglo XX, para los cuales eran utilizado fascia de los músculos rectos abdominales o la fascia lata; actualmente son de un material sintético denominado polipropileno 7,8.

Las técnicas descritas para la colocación de estas cintas, esta la retropúbica y la transobturatriz. Ambas tienen como objetivo dar soporte a la uretra media y utilizan la vagina como lugar implante 8.

Los diferentes estudios sobre tasas de curación de la incontinencia urinaria de esfuerzo con cintas antiincontinencia tipo cabestrillo suburetral llegan a ser de 90,6% a 11 años 8.

### 2.3. Efectos de las cintas para incontinencia en la vida sexual

Para la evaluación de las disfunción sexual los diferentes estudios utilizan una encuesta donde integra la valoración de la respuesta sexual asociada a incontinencia urinaria, la cual se denomina PISQ-12 “*Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire*” estando actualmente validada en español 9. En un estudio publicado en el 2005 donde se reclutaron 53 pacientes, las cuales fueron evaluadas antes y 6 meses después del procedimiento quirúrgico; de las cuales el 43% tenían escape de orina con la relación sexual, de estas el 91% durante la penetración y un nueve por ciento durante el orgasmo; la tasa de curación de la incontinencia fue del 98% después de la cinta de libre tensión; mostraron mejoría de la incontinencia durante el coito el 87% de las pacientes 10. En un estudio publicado en el 2009 donde evaluaron la respuesta sexual antes y después de la cirugía para incontinencia por medio de la encuesta PISQ-12 en 655 pacientes por un periodo de dos años, encontrando mejoría importante de la restricción de las relaciones sexuales debido al escape de orina era del 53% y después de la cirugía de incontinencia fue del diez por ciento; además mejoría en la abstinencia de relaciones sexuales por sensación de masa vaginal, antes de la cirugía

24% comparado con un tres por ciento después de la cirugía 11. En otro estudio donde se evaluó la percepción sexual de antes y después del cabestrillo suburetral y corrección del prolapso genital de 62 pacientes, este estudio mostró que el 59% no manifestaron diferencias significativas en la satisfacción sexual después del procedimiento, 31% manifestaron mejoría la percepción de la satisfacción sexual y el diez por ciento restante empeoramiento después del procedimiento antiincontinencia 12.

### **3. Justificación**

Debido que la incontinencia urinaria es una patología muy prevalente en nuestro medio, que afecta aproximadamente al 38% de la población femenina, y los síntomas producidos por ésta generan a su vez disfunción sexual, y esta a su vez produce efectos adversos en la vida en pareja. Es de suma importancia que se trate de preservar o mejorar la calidad de vida sexual dentro del manejo integral de la paciente con incontinencia urinaria.

Con respecto al manejo de esta patología se están realizando diferentes procedimientos quirúrgicos antiincontinencia como los son los cabestrillos suburetrales. Debido a que la vía de abordaje y localización de la cinta, la cual es por vía vaginal, puede generar una serie de cambios sobre la percepción de satisfacción sexual debido a daño en las fibras nerviosas y alteración de la mucosa vaginal que esta en contacto el material usado en estos dispositivos. Todas esta seria de alteración pueden generar algún grado de dispareunia, molestias durante el acto sexual y por ende alteraciones en la vida sexual de la paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior y que dentro de la literatura mundial no hay la suficiente información referente a este tema y tampoco en nuestra población, hace que la investigación sobre este tema sea de suma importancia clínica y social.

Por tal motivo lo que pretende este estudio es tratar de dilucidar cual es la prevalencia de la disfunción sexual asociada al cabestrillo suburetral dentro del manejo de la paciente con incontinencia urinaria.

#### **4. Problema de Investigación**

Conocer la prevalencia de la disfunción sexual en las pacientes sometidas a corrección de incontinencia urinaria por medio de la uretrocistopexia con cabestrillo en el Hospital Universitario Mayor.

## 5. Objetivos

### 5.1. *Objetivo General*

Establecer la prevalencia de la disfunción sexual en las pacientes sometidas a corrección de incontinencia urinaria por medio de la uretrocistopexia con cabestrillo en el Hospital Universitario Mayor.

### 5.2. *Objetivos Específicos*

- Determinar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres con incontinencia urinaria en quienes se les realizó cabestrillo suburetral, medida con la escala PISQ-12.
- Determinar la asociación entre la edad, menopausia, terapia de reemplazo hormonal, cirugías concomitantes, tipo de incontinencia, presencia de prolapso genital con respecto a la disfunción sexual posterior al procedimiento quirúrgico.
- Identificar la relación existente entre las diferentes técnicas quirúrgicas (retropúbico, transobturador) y el desarrollo de disfunción sexual.
- Determinar que tan frecuente es la cirugía de reconstrucción de piso pélvico (colporrafia) asociada a la realización del cabestrillo suburetral.

## **6. Propósito**

Se pretende con este estudio, tener un conocimiento mas integral del fenómeno de disfunción sexual en pacientes sometidas a cabestrillo suburetral para el manejo de la incontinencia urinaria y en el Hospital Universitario Mayor. Además de plantear estrategias de para el manejo integral de estas pacientes con el fin de disminuir la presentación de disfunción sexual.

## **7. Aspectos Metodológicos**

### *7.1. Tipo de Estudio*

Se realizará un estudio analítico de corte transversal donde se evaluará la disfunción sexual en pacientes con incontinencia urinaria (PISQ-12) después de la realización de cabestrillo suburetral dentro del manejo de incontinencia urinaria femenina y su asociación con otros factores.

### *7.2. Población de referencia*

#### 7.2.1. Población Diana

- Las pacientes a quienes se le realizó cabestrillo suburetral para el manejo de incontinencia urinaria en el Hospital Universitario Mayor entre enero de 2008 y enero de 2010.

#### 7.2.2. Población Accesible

- Las pacientes seleccionadas después de la revisión de las historias clínicas la institución quienes cumplieran los criterios de inclusión.

#### 7.2.3. Población Elegible

- Las pacientes que después de cumplir con los criterios de inclusión desearán participar en el estudio.

### *7.3. Criterios de selección*

#### 7.3.1. Criterios de inclusión

- Paciente a quien se le haya realizado cabestrillo suburetral por lo menos seis meses antes de la aplicación de la encuesta.
- Paciente que manifieste estar teniendo relaciones sexuales genitales después del procedimiento quirúrgico.
- Paciente a quien se le haya realizado o no otro procedimiento quirúrgico pélvico (corrección de prolapso anterior, apical o posterior, histerectomía abdominal con o sin sapingooforectomía) asociado a la cirugía de incontinencia.
- Paciente con prolapso genital menor o igual a estadio 2.
- Paciente que acepte la participación en el estudio y firme el consentimiento informado.

#### 7.3.2. Criterios de Exclusión

- Paciente que haya presentado complicaciones postoperatorias como infección o lesión a otros órganos.
- Paciente a quien se le haya realizado cabestrillo suburetral con menos de seis meses de postoperatorio.
- Paciente con desordenes psiquiátricos, vejiga neurogénica, divertículo uretral.
- Paciente con antecedente de radioterapia como manejo de cáncer pélvico.
- Paciente con antecedente de cirugía pélvica previa al cabestrillo suburetral.
- Paciente con antecedente de cirugía para incontinencia previa al cabestrillo suburetral.

## *7.4. Muestra*

### 7.4.1. Diseño

Consecutiva o secuencial según las pacientes a quienes se les haya realizado el cabestrillo suburetral para el manejo de la incontinencia urinaria.

### 7.4.2. Marco muestral

Se tomo los registros de la base de datos de procedimientos de piso pélvico realizados en servicio de ginecología y obstetricia entre enero de 2008 y enero de 2010.

### 7.4.3. Tamaño de la muestra

Después de identificar la población diana registrada en la base de datos del servicio (162 pacientes). Se obtuvo la población diana (95 pacientes). Y finalmente después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión de obtuvo una cohorte de 44 pacientes.

## *7.5. Variables*

### 7.5.1. Variable Dependiente

Grado de disfunción sexual: es la alteración en la percepción de satisfacción sexual. Se denominará sin trastorno si el puntaje esta entre 28 y 60, moderado entre 13 y 27 y severo menor o igual a 12 puntos según la encuesta PISQ-12.

### 7.5.2. Variable Independiente

Edad de realización del cabestrillo suburetral: tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la realización del procedimiento. Será medido en años.

7.5.2.1. Tipo cirugía de incontinencia: procedimiento realizado para el manejo de la incontinencia urinaria.

- Cabestrillo suburetral retropúbico: técnica quirúrgica mediante la cual se inserta una cinta libre de tensión que por vía vaginal a pasa través del espacio de Retzuis y le da soporte a la uretra media.
- Cabestrillo suburetral transobturatriz: técnica quirúrgica mediante la cual se inserta una cinta libre de tensión por vía vaginal a pasa través del agujero obturatriz y le da soporte a la uretra media.

Se medirá 1 si se realizo cabestrillo transobturatriz y 2 si s e realizó cabestrillo retropúbico.

#### 7.5.2.2. Tipo de cirugía asociada al cabestrillo

- Colporrafía anterior: técnica quirúrgica mediante la cual se repara los defectos del compartimento anterior del piso pélvico.
- Colporrafía posterior: técnica quirúrgica mediante la cual se repara los defectos del compartimento posterior del piso pélvico.
- Colporrafía anterior y posterior: técnica quirúrgica mediante la cual se repara los defectos del compartimento anterior y posterior del piso pélvico.
- Histerectomía abdominal total: extirpación quirúrgica del útero.
- Histerectomía abdominal mas salpingooforectomía bilateral: extirpación quirúrgica del útero, ovarios y trompas uterinas.

Será medido así 1 si se realizó colporrafía anterior; 2 si se realizó colporrafía posterior; 3 si se realizó colporrafía anterior y posterior; 4 si realizó histerectomía abdominal; 5 si se realizó histerectomía abdominal mas salpingooforectomía; y 6 si no realizó ningún procedimiento asociado a la cirugía de incontinencia.

7.5.2.3. Tiempo del postoperatorio: meses transcurridos entre la realización del procedimiento quirúrgico y la aplicación de la encuesta. Será medido 1 si es menor 6 meses; 2 si han transcurrido entre 6 y 8 meses; 3 si han transcurrido entre 8 y 10 meses; 4 si han transcurrido entre 10 y 12 meses; y 5 si han transcurrido mas de 12 meses después del procedimiento quirúrgico.

7.5.2.4. Menopausia: etapa de la vida femenina que se caracteriza por el cese de las menstruaciones. Se medirá con 1 si presenta y con 2 si no presenta esta condición.

7.5.2.5. Terapia de reemplazo hormonal: manejo farmacológico que pretende suplir la deficiencia hormonal en las paciente que presenta déficit de hormonas sexuales. Se medirá con 1 si recibió y con 2 si no recibió esta terapia.

**Tabla 1.** Definición y operacionalización de las variables de estudio.

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala operacional</b>	<b>Relación entre las variables</b>
Grado de Disfunción sexual	Alteración en la percepción de satisfacción sexual	Grado de disfunción sexual medido por la encuesta PIS-12	1. Leve: puntaje esta entre 28 y 60 2. Moderado: puntaje entre 13 y 27 3. Severo menor o igual a 12 puntos.	Dependiente
Edad de realización del cabestrillo suburetral	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la realización del procedimiento. Será medido en años.	Edad a la cual se realizó al cabestrillo suburetral	Años	Independiente
Tipo cirugía de incontinencia	Procedimiento que se emplea para el manejo de la incontinencia urinaria	Procedimiento quirúrgico utilizado para el manejo de la incontinencia urinaria	1. Cabestrillo transobturatriz 2. Cabestrillo retropúbico	Independiente
Tipo de cirugía asociada al cabestrillo	Procedimientos quirúrgicos asociados al del cabestrillo suburetral	Procedimientos quirúrgicos pélvicos asociados a la cirugía de incontinencia	1. Colporrafia anterior 2. Colporrafia posterior 3. Colporrafia anterior y posterior 4. Histerectomía abdominal 5. Histerectomía abdominal mas	Independiente

			salpingooforectomía bilateral 6. Ninguna	
Tiempo del postoperatorio	Meses transcurridos entre la realización del procedimiento quirúrgico y la aplicación de la encuesta	Meses transcurridos entre la realización del procedimiento quirúrgico y la aplicación de la encuesta	1. Menor 6 meses 2. Entre 6 y 8 meses 3. Entre 8 y 10 meses 4. Entre 10 y 12 meses 5. Mas de 12 meses	Independiente
Menopausia	Etapa de la vida femenina que se caracteriza por el cese de las menstruaciones	Se encuentra cursando o no con esta etapa de la vida femenina	1. Si 2. No	Independiente
Terapia de reemplazo hormonal	Manejo farmacológico que pretende suplir la deficiencia hormonal en las paciente que presenta déficit de hormonas sexuales	Administración de estrógenos como parte de la terapia de reemplazo hormonal	1. Si 2. No	Independiente

<b>Variables</b>	<b>Escala Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Tipo de Variable</b>
Grado de Disfunción sexual	1. Leve: puntaje esta entre 28 y 48 2. Moderado: puntaje entre 13 y 27 3. Severo menor o igual a 12 puntos.	Ordinal	Cualitativa
Edad de realización del cabestrillo suburetral	Años	Continua – Razón	Cuantitativa
Tipo cirugía de incontinencia	1. Cabestrillo transobturatriz 2. Cabestrillo retropúbico	Nominal dicotómica -	Cualitativa
Tipo de cirugía asociada al cabestrillo	1. Colporrafia anterior 2. Colporrafia	Nominal-policotómica	Cualitativa

	posterior 3. Colporrafia anterior y posterior 4. Histerectomía abdominal 5. Histerectomía abdominal mas salpingooforectomía bilateral 6. Ninguna		
Tiempo del postoperatorio	1. Menor 6 meses 2. Entre 6 y 8 meses 3. Entre 8 y 10 meses 4. Entre 10 y 12 meses 5. Mas de 12 meses	Continua - Razón	Cuantitativa
Menopausia	1. Si 2. No	Nominal dicotómica -	Cualitativa
Terapia de reemplazo hormonal	1. Si 2. No	Nominal dicotómica -	Cualitativa

### *7.6. Técnica de Recolección de la Información*

Para la recolección de la información, se realizó el instrumento adjunto, donde se incluyeron las variables descritas, así como algunos aspectos de identificación (Anexo 1), además se aplicara la encuesta sobre disfunción sexual (Anexo 2) a cada paciente.

## **8. Hipótesis**

El grado de disfunción sexual en mujeres sometidas a cabestrillo suburetral para la corrección de la incontinencia urinaria esta asociada al tipo de cabestrillo, aumentado edad, cirugías concomitantes, uso de terapia de reemplazo hormonal.

### *8.1. Hipótesis nula*

El grado de disfunción sexual en mujeres sometidas a cabestrillo suburetral para la corrección de la incontinencia urinaria esta no asociada al tipo de cabestrillo, edad, cirugías concomitantes, uso de terapia de reemplazo hormonal.

### *8.2. Hipótesis alterna*

El grado de disfunción sexual en mujeres sometidas a cabestrillo suburetral para la corrección de la incontinencia urinaria esta asociada al tipo de cabestrillo, edad, cirugías concomitantes, uso de terapia de reemplazo hormonal.

## **9. Materiales y Métodos**

La primera parte del trabajo se buscó la base de datos de procedimientos de piso pélvico del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Mayor. Donde se realizaron entre enero de 2008 y enero de 2010 162 procedimientos quirúrgicos.

Luego se revisaron las historias clínicas de dichas pacientes con el fin de comprobar que se les hubiera realizado este procedimiento, obteniendo un total de 95 pacientes elegibles para el estudio.

Posteriormente se contactaron a este grupo de pacientes y se invitaron a participar a las pacientes que tuvieran vida sexual activa, cumpliendo con este criterio en la cohorte 44 pacientes, a las cuales se les aplicó el instrumento (PISQ-12).

## **10. Aspectos Estadísticos y Plan de Análisis**

Los datos recolectados serán analizados en el programa Excel.

Se evaluará el grado de disfunción sexual de las pacientes que fueron sometidas a cabestrillo suburetral para el manejo de incontinencia urinaria.

### *10.1. Calidad del Dato*

#### 10.1.1. Sesgos

El principal sesgo es el de selección para lo cual se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión para la inclusión de las pacientes.

Para el sesgo de clasificación se utiliza una encuesta donde se registran los datos de las historias clínicas de los sujetos elegibles.

Para el sesgo de validez y confiabilidad del instrumento se utiliza adecuadamente la encuesta que está validada en español.

Para el sesgo de sistematización donde los errores se pueden presentar tanto en la recolección de la información, como en su digitación y durante el análisis estadístico; una medida utilizada para minimizar la posibilidad del error se realizó una doble digitación de la información con cruce posterior de la misma.

## *10.2. Análisis Estadístico*

Los datos recolectados se digitaron en Excel y la depuración y procesamiento de la información se realizó en el paquete SPSS versión 15.0.

En la descripción de las variables cualitativas se utilizó distribución de frecuencias absolutas y en porcentajes y en las cuantitativas, el promedio y mediana (medidas de tendencia central) y el rango y desviación estándar (medidas de dispersión).

Se estimó la probabilidad de disfunción sexual y grado, en porcentajes.

Se evaluó la asociación de tipo de cirugía asociada al cabestrillo, menopausia y terapia hormonal con disfunción sexual, con la prueba de asociación ji-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher o razón de verosimilitud exacta (valores esperados  $< 5$ ).

En las variables cuantitativas, edad y tiempo postoperatorio se evaluó si existían diferencias con disfunción sexual, se evaluó previamente la prueba de normalidad (Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk) y de homogeneidad de varianzas (Test de Levene). En caso de cumplirse los supuestos se usó la prueba para diferencia de promedios T-student para grupos independientes. En las variables ordinales o en las que no se cumplieron los supuestos se utilizó la prueba no – paramétrica para dos grupos independientes de Mann Whitney.

Las pruebas estadísticas se evaluaron a un nivel de significancia del 5% ( $p < 0.05$ ).

## **11. Aspectos Éticos**

Durante el desarrollo de nuevas alternativas y el mejoramiento sobre el conocimiento de nuevas patologías y los tratamientos instaurados para su manejo en medicina se hace necesaria la realización de proyectos de investigación para búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas o mejoramiento de las actuales. Pero durante toda investigación médica se debe velar por el bienestar de los individuos que se encuentren en el estudio, teniendo en cuenta la primacía sobre los intereses de la ciencia no deben pasar sobre los seres vivos.

Por tal motivo durante esta investigación tiene un riesgo mínimo para la pacientes, pero si se detecta por alguna de las parte que se está afectando de alguna manera la integridad moral y ética de la paciente de inmediato se suspenderá el estudio para solucionar el perjuicio ocasionado.

En este estudio en donde se hace necesario la revisión de historias clínicas, se realizara una carta de compromiso, donde los investigadores se comprometen a tomar los datos necesarios para la investigación sin hacer uso indebido de la información registrada en las historias, conservando de este modo el secreto profesional, protegiendo la información recolectado sobre cada paciente.

Además se le informara claramente a la pacientes en que estudio esta participando, resolviendo con un lenguaje claro y adecuado las dudas que se le presenten sobre la presente investigación. Seguido de esto, se implementara un consentimiento informado por escrito donde ira plasmado los datos de la paciente (nombre, firma y cédula) respetando la voluntad de la paciente en el momento de firmar el consentimiento, aceptado o negándose a participar en el estudio.

En este estudio lo que se pretende es evaluar la prevalencia de disfunción sexual asociada a la colocación de cabestrillos suburetrales dentro del manejo de la incontinencia urinaria, en paciente del Hospital Universitario Mayor.

## **12. Resultados**

### *12.1. Características demográficas*

El grupo de estudio lo conformaron 44 pacientes a quienes se les realizó cabestrillo suburetral para el manejo de incontinencia urinaria, la mínima edad fue 41 años y la máxima 65 años con un promedio de  $50.1 \pm 6.2$  años. El número de hijos con mayor frecuencia en el grupo de estudio fue de 3 en un 43.2% y el mayor número de hijos fue de 5.

### *12.2. Antecedentes*

El 56.8% se encontraron en estado de menopausia y con uso de terapia hormonal un seis punto ocho por ciento (3 pacientes). El tipo de incontinencia con mayor frecuencia fue la de esfuerzo en un 95.5% (42 pacientes), solamente se presentó un caso de urgencia y otro en mixta.

### *12.3. Aspectos de la cirugía*

El tipo de cirugía con mayor frecuencia fue cabestrillo suburetral transobturatriz en un 90.9%, solo se presentó cabestrillo suburetral retropúbico en un nueve punto un por ciento (4 pacientes). El tiempo postquirúrgico más frecuente en las pacientes fue de más de 12 meses (56.8%).

#### *12.4. Disfunción sexual*

La prevalencia de disfunción sexual fue del 27% (12 pacientes), de ellas 25% tuvieron disfunción moderada (11 pacientes) y dos por ciento disfunción severa (1 paciente) de acuerdo con la escala PISQ-12.

#### *12.5. Asociación de los factores con la disfunción sexual*

El promedio de edad en las mujeres con disfunción sexual fue de  $52.5 \pm 8.4$  años, mayor aunque no significativo que las mujeres que no presentaron la disfunción con  $49.3 \pm 5.2$  años ( $p=0.1315$ , T-student de grupos heterogéneos); de las pacientes sometidas a cirugía de cabestrillo suburetral transobturatriz se presentó disfunción sexual en un 25% (10) y de las 4 pacientes de cabestrillo suburetral retropúbico solo una presentó disfunción ( $p=1.000$ , Test exacto de Fisher); de las mujeres en menopausia se presentó disfunción en un 31.6% (6 pacientes) y sin menopausia en un 20% (5 pacientes), sin mostrar diferencias significativas ( $p=0.298$ , Test exacto de Fisher); en las 3 mujeres con terapia hormonal una de ellas presentó disfunción y en las otras dos mujeres un 22% (9 pacientes), sin mostrar diferencias significativas ( $p=0.150$ , Test exacto de Fisher). No se encontró diferencias entre las medianas del tiempo postoperatorio ( $p=0.576$ , Test no paramétrico Mann Whitney).

La disfunción sexual fue más frecuente en las pacientes con prolapso posterior estadio 2 asociada al cabestrillo, (4 de las 5 mujeres), seguido de anterior y posterior estadio 2 (4 de 10 mujeres), las otras categorías fueron menores, mostrando asociación significativa ( $p=0.011$ , Test exacto de Razón de verosimilitud). (Tabla 2)

**Tabla 2** *Distribución del tipo de cirugía asociada al cabestrillo y la disfunción sexual.*

			Disfunción sexual		Total
			Si	No	
Estadio prolapso	No	Recuento	2	18	20
		% de Estadio prolapso	10,0%	90,0%	100,0%
	Anterior 2	Recuento	1	8	9
		% de Estadio prolapso	11,1%	88,9%	100,0%
	Anterior 2 y posterior 2	Recuento	4	6	10
		% de Estadio prolapso	40,0%	60,0%	100,0%
	Posterior 2	Recuento	4	1	5
		% de Estadio prolapso	80,0%	20,0%	100,0%
Total	Recuento	11	33	44	
	% de Estadio prolapso	25,0%	75,0%	100,0%	

### 13. Discusión

Los datos obtenidos en el este estudio muestra una prevalencia de disfunción sexual en las pacientes sometidas al cabestrillo suburetral para le manejo de la incontinencia urinaria femenina es del 27%; encontrandose asociación con la cirugía para la corrección del prolapso posterior concomitante a la cirugía de incontinencia.

Para la evaluación de disfunción sexual se han utilizado una diversidad de escalas, pero actualmente se esta usando la escala denominada PISQ-12 debido a su alta especificidad y sensibilidad. Además está diseñada para pacientes con incontinencia urinaria y prolapso genital. Y en nuestro caso es la que mas se adapta debido a que se encuentra validada en español 9,11.

Dentro de la respuesta sexual femenina asociada a la incontinencia urinaria encontramos que la edad a la cual la paciente presenta un mayor grado de disfunción es la posmenopausia, esto es igual a los datos reportados por Shah y colaboradores, donde el promedio de edad de presentación de esta entidad son los 51 años 10,14.

La terapia de reemplazo hormonal administrada a paciente sometidas a cirugías de piso pélvico, se encuentra una mejoría de la respuesta sexual en el 28% de las pacientes en el estudio publicado por Tunuguntla y Gousse 3. En comparación con el nuestro donde la terapia no fue un factor asociado a la mejoría de la respuesta sexual, debido esto al poco número de pacientes que se encontraban con terapia de reemplazo hormonal (3 pacientes).

Debido a que las técnicas quirúrgicas para incontinencia han virado hacia la realización de procedimientos menos invasivos, la cirugía antiincontinencia esta cada vez mas

teniendo la tendencia a la utilización de cabestrillos suburetrales. Dentro de estos el más usado en el presente estudio fue el transobturatriz en el 90.4% de las pacientes vs un nueve punto seis por ciento del tipo retropúbico. Esto es muy similar a lo reportado por Daniel M. Morgan y colaboradores donde la utilización de los cabestrillos con un porcentaje mayor en los transobutricez con un 72% vs 38% 15.

La prevalencia de disfunción sexual en nuestro estudio fue del 27% siendo la distribución por grados la siguiente, leve en el 25% (11 pacientes), moderada en un 22.7% (10 pacientes) y en severo solamente una paciente correspondiendo a un 2%. Esto se equipara con lo reportado por Brubaker y colaboradores 11 donde el mayor porcentaje de las pacientes no tenían ningún grado de disfunción sexual.

Las pacientes que presentaba prolapso posterior asociado a incontinencia urianaria presentaron una prevalencia de disfunción sexual del 80%, lo cual se correlaciona con los datos obtenidos Ghielmetti y colaboradores por donde encontraron disfunción sexual en el 63% de las pacientes con esta patología asociada 13. Al igual a lo reportado por Tunuguntla y Gousse donde la prevalencia de disfunción sexual fue del 17% en las paciente que se les realizó reparo del prolapso posterior asociado a la cirugía de incontinencia 2.

La limitante más importante para encontrar asociaciones dentro del presente estudio fue el bajo número de pacientes que se pudieron enrrolar eso debido a los criterios de inclusión y exclusión. De 105 pacientes a quienes se les realizó el cabestrillo suburetral en el periodo en el cual se desarrollo el estudio solo cumplieron esto criterios 44.

## **14. Conclusiones**

Del presente estudio podemos concluir que la cirugía de piso pélvico (colporrafias) concomitante a la cirugía de incontinencia urinaria con cabestrillo suburetral está asociada a un mayor grado de disfunción sexual femenina.

La prevalencia de disfunción sexual en nuestro estudio fue del 27%, lo cual es importante debido a la alta prevalencia de la incontinencia en la población mundial que oscila entre un 40 a 52%.

La edad, la menopausia y el uso de reemplazo hormonal no tiene una asociación significativa para la presencia de disfunción sexual en las pacientes sometidas a manejo de la incontinencia con cabestrillo suburetral en el presente estudio.

No se encontró diferencia en el grado de disfunción sexual generado por alguna de las dos técnicas quirúrgicas antiincontinencia realizadas en las pacientes del presente estudio.

El número de embarazos sigue siendo un factor importante para la presencia de incontinencia urinaria pero en nuestro estudio no se encontró asociado al desarrollo de disfunción sexual.

## **15. Recomendaciones**

Realizar un estudio de tipo prospectivo donde se evalúe la disfunción sexual en un antes y un después del procedimiento quirúrgico con el fin de poder conocer como es el comportamiento de este tipo de cirugía y sus asociaciones con los diferentes factores involucrados en esta patología.

Lograr la validación de la encuesta PISQ-12 en Colombia lo cual mejoraría el entendimiento del instrumento en nuestras pacientes.

La realización de estudios de disfunción sexual en pacientes con incontinencia urinaria donde se aplique este tipo de encuestas diseñadas específicamente para este tipo de pacientes.

## **ANEXO 1**

**EVALUACION DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDAS A CABESTRILLO SUBURETRAL PARA CORRECCION DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR**

FECHA: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Número de H.C.: \_\_\_\_\_

Teléfono paciente: \_\_\_\_\_

**Datos personales**

EDAD: \_\_\_\_\_ (años)

NÚMERO DE HIJOS:      0 \_\_\_\_  
                                  1 \_\_\_\_  
                                  2 \_\_\_\_  
                                  3 o más \_\_\_\_

**Datos sobre procedimiento quirúrgico**

EDAD DE REALIZACIÓN DEL CABESTRILLO: \_\_\_\_\_ (años)

FECHA CIRUGIA: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

TIPO DE INCONTINENCIA:

- Incontinencia Esfuerzo \_\_\_\_
- Incontinencia Urgencia \_\_\_\_
- Incontinencia Mixta \_\_\_\_
- Incontinencia por Rebosamiento \_\_\_\_

TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA:

- Retropúbico \_\_\_\_
- Transobturador \_\_\_\_

CIRUGIAS ASOCIADAS AL CABESTRILLO:

- Colporrafía anterior \_\_\_\_
- Colporrafía posterior \_\_\_\_
- Colporrafía anterior y posterior \_\_\_\_
- Histerectomía abdominal total \_\_\_\_
- Histerectomía abdominal mas sapingooforectomía bilateral \_\_\_\_
- Ninguna \_\_\_\_

TIEMPO DEL POSTOPERATORIO:

- \_\_\_\_\_

**Datos sobre Disfunción Sexual**

PRESENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL: Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

GRADO DE DISFUNCION SEXUAL: LEVE\_\_ MODERADO\_\_ SEVERO\_\_  
TIEMPO TRASCURRIDO PARA INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES (en  
meses) \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### EVALUACION DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDAS A CABESTRILLO SUBURETRAL PARA CORRECCION DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

#### Encuesta Disfunción Sexual Femenina (PISQ-12)

A continuación encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los investigadores a comprender que aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, ponga un cruz en la casilla que. Desde su punto de vista, responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos 6 meses.

*Esta encuesta es realizada de carácter voluntario, confidencial y anónima.*

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

Todos los días  1 vez a la semana  1 vez al mes  menos de 1 vez al mes  
 nunca

2. Llega al clímax (llegar 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 diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Rara vez  Nunca

5. Siente dolor durante las relaciones sexuales?

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Rara vez  Nunca

6. Sufre 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  Frecuentemente  Algunas veces  Rara vez  Nunca

10. Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Rara vez  Nunca

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

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Rara vez  Nunca

12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, como calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?

\_\_\_Mucho menos intensos \_\_\_Menos intensos \_\_\_Igual de intensos \_\_\_Mas intensos  
\_\_\_Mucho más intensos

## **EVALUACION DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDAS A CABESTRILLO SUBURETRAL PARA CORRECCION DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Le estamos invitando a participar en el estudio evaluación de la disfunción sexual en pacientes sometidas a cabestrillo subuertral para correccion de incontinencia urinaria en el Hospital Universitario Mayor.

### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

En el presente estudio pretendemos averiguar que influencia tiene el uso del cabestrillo sobre de la vida sexual de las pacientes en las que se utilizo para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

### **JUSTIFICACIÓN**

Debido a que la alteración en la percepción de la satisfacción sexual asociada a la incontinencia urinaria que es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio, y que para su tratamiento cada vez mas se esta utilizando la cinta antiincontinencia, queremos conocer que tanto afecta este tipo de cirugia la vida sexual femenina.

### **PROCEDIMIENTO**

El presente estudio se va a realizar atraves de una encuesta. Le solicitamos leer atentamente las preguntas y contestarlas con respecto a su percepción de satisfacción sexual despues de la cirugia de incontinencia.

### **RIESGOS**

El presente estudio tiene un riesgo mínimo según la clasificación del riesgo según la resolución 8430 de 1994 del INVIMA. Sin embargo no se va a realizar ningun tipo de intervención y solo se la va asolicitar que conteste una encuesta, por tal motivo no va ha generar ningun tipo de riesgo para su salud.

### **BENEFICIOS**

El presente estudio no va generar nungun beneficio directo. Pero ayudara a obtener información para entender mejor esta condición y poder proponer estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida de las pacientes. En el caso de que usted desee que el grupo investigador la ayude a solucionar algun tipo de disfunción sexual, el grpuo investigador podrá orientarla sobre los pasos a seguir.

### **MANEJO DE LA INFORMACIÓN**

La encuesta sera realizada de manera anonima y se mantendra la custodia de toda la información para mantener la confidencialidad de ésta.

### **Declaración de Consentimiento Informado**

Leí (o me fue leído) y he entendido la información sobre el estudio:” evaluación de disfunción sexual en pacientes sometidas a cabestrillo suburetral para corrección de incontinencia urinaria en el hospital universitario mayor nombre del estudio” y tuve la oportunidad de hacer preguntas y de recibir respuestas satisfactorias para todas ellas.

Mi participación en este estudio es totalmente voluntaria y puedo abandonarlo en cualquier momento y por cualquier razón, sin que esta decisión afecte mi atención medica futura en esta institución, y se me ha dicho que mi decisión no afectará mi atención médica futura, por tanto:

**DOY MI CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA SER PARTE DE ESTE ESTUDIO CLINICO**

Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Identificación: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del testigo I

\_\_\_\_\_

Firma Testigo II

\_\_\_\_\_

Firma del Investigador  
**PABLO CESAR DUARTE ROJAS**

Bogotá, DC, día \_\_\_\_\_, del mes de \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_.

En caso de cualquier inquietud sugerencia o deseo de salir del estudio usted se puede comunicar directamente con: **PABLO CESAR DUARTE ROJAS, Celular 3214490564.**

Dr. Alberto Vélez Presidente del Comité de Ética en Investigación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Teléfono 3474570 extensiones: 380 – 249.

## **Bibliografía**

1. Diagnóstico y alternativas de tratamiento de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria. *Ginecología Obstetricia México* 2008;76(11):635-42
2. España Monserrat y Salinas Jesús. Tratado de Uroginecología. 2004 Capitulo 3 – 6. Pag 31-77
3. Hari S.G.R. Tunuguntla, MD and Angelo E. Gousse, MD Female Sexual Dysfunction Following Vaginal Surgery: Myth or Reality? *Current Urology Reports* 2004, 5:403–411
4. Female sexual dysfunction. *International Urogynecology Journal* (2008) 19: 293 - 305
5. American Psychiatric Association, DSM-IV – Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders – 4th.Ed. – Washington, DC; Am.Psych.As., 1994.
6. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: Diagnosis and Treatment for the Primary Care Physician. *The medical clinics of north America*. 92 (2008) 1273-1293
7. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International urogynecological Association (IUGA) guidelines for research. *International Urogynecology Journal* (2008) 19:5-33
8. Urethral slings placed by the Transobturator Approach: Evolution in the Technique and Review of the literature. *Female Urology* (2008) 385 – 393
9. Cuestionario para la evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. Validación de la versión española del “Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Urinary Sexual Questionnaire (PISQ-12)”. *Actas urológicas españolas* (2008); 32(2):211-219

10. Impact of tension-free vaginal tape on sexual function: results of a prospective study. *International Urogynecology Journal* (2005) 17: 54-59
11. The impact of stress incontinence surgery on female sexual function. *American Journal Obstetrics Gynecology*. 2009 May; 200(5)
12. Sexual function after transobturator tape procedure for stress urinary incontinence. *Female Urology* 71: 1074-1079 (2008)
13. Gynaecological operations: Do they improve sexual life? Tanja Ghielmetti, Peter Kuhn, Ekkehard F. Dreher, Annette Kuhn. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 129 (2006) 104–110
14. Impact of vaginal surgery for stress urinary incontinence on female sexual function: is the use of polypropylene mesh detrimental? *Urology* 65 (2), 2005
15. Are persistent or recurrent symptoms of urinary incontinence after surgery associated with adverse effects on sexual activity or function? *Int Urogynecol J* (2008) 19:509–515