



**EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES ENTRE 30 – 50 AÑOS,  
SOMETIDAS A CIRUGIA DE PISO PELVICO EN LA CLINICA MATERNIDAD  
RAFAEL CALVO ENTRE LOS AÑOS 2017 - 2018**

**JULIETH PAOLA RUEDA ARZUAGA**

**EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES ENTRE 30 – 50 AÑOS,  
SOMETIDAS A CIRUGIA DE PISO PELVICO EN LA CLINICA MATERNIDAD  
RAFAEL CALVO ENTRE LOS AÑOS 2017 - 2018**

**JULIETH PAOLA RUEDA ARZUAGA**

**Ginecología y Obstetricia**

Tesis o trabajo de investigación para optar el título de  
Especialista en Ginecólogo y Obstetra

**TUTORES**

**LIA MARGARITA MATERA TORRES**

**MD. Esp. Ginecología y obstetricia**

**ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASON**

**MD. M. Sc. Salud Pública**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Cartagena, D. T y C., Mayo de 2019**



**UNIVERSIDAD DEL SINU**

Elías Bechara Zainúm

## Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

*Cartagena de Indias D. T. y C. Mayo de 2019*

*Doctor*

**EDWIN ANDRES HIGUITA DAVID**

*Director de Investigaciones*

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA**

**ZAINUM SECCIONAL CARTAGENA**

*Ciudad*

*Respetado Doctor:*

Por medio de la presente hago la entrega, a la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, los documentos y discos compactos (CD) correspondientes al proyecto de investigación titulado **EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES ENTRE 30 – 50 AÑOS, SOMETIDAS A CIRUGIA DE PISO PELVICO EN LA CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO ENTRE LOS AÑOS 2017 – 2018** realizado por el estudiante **JULIETH PAOLA RUEDA ARZUAGA**, para optar el título de **Especialista en Ginecología y Obstetricia**. A continuación, se relaciona la documentación entregada:

- Dos (2) trabajos impresos empastados con pasta azul oscuro y letras Doradas del formato de informe final tipo manuscrito articulo original.
- Dos (2) CD en el que se encuentran dos documentos: el primero es la versión digital del documento empastado y el segundo es el documento digital del proyecto de investigación.
- Dos (2) Cartas de Cesión de Derechos de Propiedad Intelectual firmadas y autenticada por el estudiante autor del proyecto.

Atentamente,

---

JULIETH PAOLA RUEDA

ARZUAGA CC: 1062394167

*Programa de Ginecología y Obstetricia*





**UNIVERSIDAD DEL SINU**

Elías Bechara Zainúm

## Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

*Cartagena de Indias D. T. y C. Mayo de 2019*

*Doctor*

**EDWIN ANDRES HIGUITA DAVID**

*Director de Investigaciones*

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA**

**ZAINUM SECCIONAL CARTAGENA**

*Ciudad*

*Respetado Doctor:*

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual de la versión empastada del informe final artículo del proyecto de investigación titulado **EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES ENTRE 30 – 50 AÑOS, SOMETIDAS A CIRUGIA DE PISO PELVICO EN LA CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO ENTRE**

**LOS AÑOS 2017 – 2018** realizado por el estudiante **JULIETH PAOLA RUEDA ARZUAGA**, para optar el título de Ginecologo y Obstetra, bajo la asesoría de la **Dra. Lia Margarita Matera Torres**, y asesoría metodológica del **Dr. Enrique Carlos Ramos Clason** a la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena, para su consulta y préstamo a la biblioteca con fines únicamente académicos o investigativos, descartando cualquier fin comercial y permitiendo de esta manera su acceso al público. Esto exonera a la Universidad del Sinú por cualquier reclamo de terceros que invoque autoría de la obra. Hago énfasis en que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

---

JULIETH PAOLA RUEDA  
ARZUAGA CC: 1062394167



*Programa de Ginecología y Obstetricia*



## **DEDICATORIA**

**A DIOS Y MI FAMILIA SOLO PUEDO DECIR GRACIAS, POR TANTO.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis profesores Dra. Ingri Struss gracias por simplemente creer, mi tutora Dra. Lia, Dra. Ríos, Dra. Tania, Dra. Verena, Dra. Angela y mi profe tutor Dr. Ramos.

**EVALUATION OF THE SEXUAL FUNCTION IN WOMEN FROM 30 - 50 YEARS OLD,  
SUBJECTED TO PELVIC FLOOR SURGERY IN THE RAFAEL CALVO MATERNITY  
CLINIC BETWEEN THE YEARS 2017 - 2018**

Rueda Arzuaga Julieth Paola (1)

Matera Torres Lia Margarita (2)

Ramos Clason Enrique Carlos (3)

(1) Médico. Residente III año Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina.

Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

(2) Médico. Esp. Ginecología y Obstetricia. Docente Universidad del Sinú EBZ,  
Seccional Cartagena.

(3) Médico. M. Sc. Salud Pública. Coordinador de investigaciones de los Posgrados  
Médico-Quirúrgicos. Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

## **RESUMEN**

**Introducción:** Según la OMS se estima que el 40% de la población femenina presenta preocupación sobre aspectos de su función sexual, dentro de esta problemática se pueden abarcar ciertas formas, una de ellas es la disfunción sexual, que puede ser de causa multifactorial, pero en situaciones en las que se encuentra prolapso la tasa de afectación parece ser mayor que en otras circunstancias.

Existen diversas escalas para valorar la disfunción sexual en la mujer; considerando lo complejo que puede resultar el estudio de la sexualidad humana la Sociedad Americana de Psiquiatría agrupa los trastornos de respuesta sexual dentro de 4 parámetros: deseo, excitación, falla orgásmica y dolor sexual; los mismos que se basan en aspectos psicológicos, sin considerar procesos orgánicos, por lo cual en la Conferencia Internacional del Consenso de Disfunción Sexual Femenina se integran dos parámetros más de valoración: la lubricación y satisfacción sexual siendo denominado como “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF); el cual se considera un instrumento de fácil aplicación y que a su vez agrupa todos los parámetros involucrados en la función sexual en las diferentes etapas de la vida y permitiendo así medir la respuesta en diferentes terapias instauradas.

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

**Objetivo:** Evaluar la relación entre cirugía correctiva de piso pélvico y desarrollo de disfunción sexual en mujeres entre 30 – 50 años en la clínica maternidad Rafael Calvo entre los años 2017 y 2018.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo que evalúa la sexualidad femenina con la encuesta “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF).

**Resultados:** De 4388 pacientes sometidas a cirugía ginecológica, fueron seleccionadas 147 como muestra final que cumplían con criterios de inclusión del presente estudio. Con el objetivo de caracterizar la relación existente entre las diferentes técnicas correctivas en trastornos de piso pélvico y el desarrollo de disfunción sexual se encontró lo siguiente:

La mediana de edad de las pacientes participantes del estudio fue de 48 años, de estas el mayor porcentaje se encontró en el grupo etario de 50 años y en menor proporción entre los 30 – 39 años. Entre los diferentes procedimientos quirúrgicos llevados a cabo se encontró que la colporrafia anterior y posterior fue la más realizada en las pacientes (principalmente entre 40 -49 años), en un 49% del total de procedimientos, seguido por la perineoplastia en un 26.5 % (realizada en su mayoría en paciente entre los 30 – 39 años) y en última medida la histerectomía vaginal con colporrafia anterior y posterior (realizada casi en totalidad en las pacientes de 50 años, sin realizarse en pacientes de 30 – 39 años) y la colporrafia anterior y posterior más cistrouretropexia con malla (realiza de manera similar en las pacientes entre 40 – 50 años ) en un 14.3 % y 10.2% respectivamente. (Tabla 1,5).

La disfunción sexual en el estudio fue evaluada a través del análisis de seis dominios, incluidos, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, encontrándose que todos estos fueron afectados en las pacientes del grupo de 50 años y hubo menor afectación en el grupo de los 30 – 39 años. (Tabla 2).

Conociendo lo anterior, a partir del presente estudio se encontró que la disfunción sexual se presentó en mayor medida en pacientes sometidas a realización de histerectomía vaginal con colporrafia anterior y posterior, en el rango de 50 años; se encontró además una mejoría en la función sexual principalmente en el dominio de excitación en las pacientes sometidas a perineoplastia por prolapso y, la colporrafia anterior y posterior mas cistouretropexia más malla, en menor proporción, en pacientes entre los 30 – 39 años. (Tabla 3).

**Conclusiones:** Los trastornos de la función sexual representan una patología considerable que ha sido poco estudiada y que demarcan la calidad de vida de una paciente, refiriéndonos específicamente a aquellas sometidas a cirugías correctivas ginecológicas, afectándoles indiscutiblemente su componente clínico y biopsicosocial.

De nuestro estudio podemos concluir que, las pacientes sometidas a cirugía de piso pélvico que no tuvieron intervención sobre el compartimiento anterior presentaron los puntajes más altos en la evaluación de la función sexual en total.

En contraste con los estudios de malla existentes, las pacientes sometidas a colporrafia anterior y posterior más cistouretropexia con Malla refirieron que muy pocas veces presentaron dolor al tener relaciones sexuales; De igual manera podemos decir que a las pacientes que mejores resultados arrojaron en cuanto a no disfunción sexual son a las mujeres de menor edad y procedimientos menos invasivos.

**Palabras clave:** (DISFUNCION SEXUAL FEMENINA/ CIRUGIA DE PISO PELVICO)

## **SUMMARY**

### **Introduction**

The who estimated that 40% of the female population has concerns about aspects of their sexual function, within this problem include certain forms, one of which is sexual dysfunction, which can be multifactorial cause, but in situations in which is prolapse affectation rate appears to be higher than in other circumstances.

There are different scales to assess sexual dysfunction in women; considering the complexity of the study of the American Psychiatric society human sexuality can be grouped the disorders of sexual response within 4 parameters: desire, arousal, orgasm and sexual pain; failure which are based on psychological aspects, without considering organic processes, by which the international consensus Conference of female Sexual Dysfunction are integrated two more valuation parameters: lubrication and sexual satisfaction referred to as "Index function Sexual female" (IFSF); which is considered a tool of easy application and which in turn gathers all parameters involved in sexual function at different stages of life and thus measure the response in different established therapies.

In our midst is can demonstrate that the knowledge about the impact of pelvic surgery on sexual function is insufficient, raising doubts in health professionals who maintain contact every day with this type of Pathology, also generating great restlessness and uncertainty in the patients who will be undergoing surgical procedures; This is the end that this study was developed, to thus achieve a comprehensive understanding and to provide one see more specialized to the needs of our patients.

**Objective:** Evaluate the relationship Rafael Calvo between corrective surgery for pelvic floor and development of sexual dysfunction in women between 30 - 50 years in the clinical maternity between 2017 and 2018.

**Methods:** A descriptive observational study evaluating female sexuality with the survey "female Sexual Function Index" (IFSF).

**Results:** Of 4388 patients undergoing gynecological surgery, 147 were selected as a final sample that met criteria for inclusion of the present study. In order to characterize the relationship between the different corrective techniques in pelvic floor disorders and the development of sexual dysfunction, the following was found:

The median age of the patients participating in the study was 48 years, of these the highest percentage was found in the Etareo group of 50 years and to a lesser extent between 30 – 39 years. Among the different surgical procedures carried out was found that the anterior and posterior colporrhaphy was the most performed in the patients (mainly between 40-49 years), in 49% of the total procedures, followed by the Perineoplastia in a 26.5% ( Performed mostly in a patient between 30 – 39 years old and ultimately vaginal hysterectomy with anterior and posterior colporrhaphy (performed almost entirely in patients aged 50 years, not performed in patients aged 30 – 39 years) and Cistrouretropexia with mesh ( It performs similarly in patients between 40 – 50 years) in 14.3% and 10.2% respectively. (Table 1.5).

The sexual dysfunction in the study was evaluated through the analysis of six domains, including, desire, excitation, lubrication, orgasm, satisfaction and pain, finding that all these were affected in the patients of the group of 50 years and there was less involvement In the group of 30 – 39 years. (Table 2).

Knowing the foregoing, from this study it was found that sexual dysfunction was presented to a greater extent in patients undergoing vaginal hysterectomy with anterior and posterior colporrhaphy in the range of 50 years; We also found an improvement in sexual function mainly in the domain of excitement in patients undergoing perineoplastia by prolapse and, to cystouretopexia more mesh, to a lesser extent, in patients between 30 – 39 years. (Table 3).

**Conclusions:** The disorders of the sexual function represent a considerable pathology that has been little studied and that demarcate the quality of life of a patient, referring specifically to those subjected to corrective surgeries gynecological, afectándoles Indisputably its clinical and biopsychosocial component.

From our study we can conclude that, patients undergoing pelvic floor surgery who did not have intervention on the anterior compartment presented the highest scores in the evaluation of sexual function in total.

In contrast to existing mesh studies, patients undergoing cystouretopexia with mesh reported that they rarely experienced pain when having sex; In the same way we can say that the patients who showed the best results in terms of non-sexual dysfunction are the younger women and less invasive procedures.

**Key Words:** (FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION / PELVIC FLOOR SURGERY).

## **INTRODUCCION**

El piso pélvico constituye una de las estructuras anatómicas más complejas, por lo cual requiere un manejo integral; los defectos del piso pélvico conllevan a varios problemas,

entre los que destacan: incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia fecal, prolapso de órganos pélvicos, alteraciones de la percepción y del vaciamiento del tracto urinario, estreñimiento crónico, disfunciones sexuales y varios síndromes asociados a dolor crónico del área perineal. De acuerdo con el trastorno identificado a nivel de piso pélvico, se determina el tipo de tratamiento a efectuarse, pudiendo ser el abordaje clínico o quirúrgico (1).

Según la Organización Mundial de la Salud disfunción sexual se define como la dificultad o imposibilidad del individuo para participar en las relaciones sexuales tal como las desea, pudiendo ser ocasionado por factores psicológicos, físicos, clínicos, sociales y culturales (2, 3).

Se ha documentado que las mujeres que presentan alguna alteración de la anatomía del piso pélvico reportan este problema; alrededor del 45 % de las mujeres con incontinencia urinaria evitan tener relaciones sexuales al igual que aquellas pacientes que presentan un prolapso sintomático. En Estados Unidos se estima que el 40 % de la población femenina presentan preocupación sobre aspectos de su función sexual como: la falta de deseo sexual, excitación, incapacidad de alcanzar el orgasmo, dolor en el acto sexual o una combinación de cualquiera de ellas en mayor o menor grado, viéndose afectada su calidad de vida, ya que la sexualidad es un pilar importante en esta (4, 5).

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

Conferencia

Internacional del Consenso de Disfunción Sexual Femenina, se integran dos parámetros más de valoración: la lubricación y satisfacción sexual siendo denominado como “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF); el cual se considera un instrumento de fácil aplicación y que a su vez agrupa todos los parámetros involucrados en la función sexual, en las diferentes etapas de la vida y permitiendo así medir la respuesta en diferentes terapias instauradas (6, 7).

En nuestro medio el conocimiento acerca del impacto de la cirugía pélvica sobre la función sexual es insuficiente, generando dudas en los profesionales de la salud que mantienen contacto día a día con este tipo de patología; generando además gran inquietud e incertidumbre en las pacientes que serán sometidas a procedimientos quirúrgicos (8); por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la función sexual en mujeres entre 30 – 50 años sometidas a cirugía de piso pélvico en la Clínica Maternidad Rafael Calvo entre los años 2017 – 2018.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el cual se tomó como población sujeto mujeres entre 30 a 50 años que fueron sometidas a cirugía de piso pélvico realizada en la Clínica Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena, en el periodo comprendido del año 2017 al 2018, con tiempo mínimo cumplido de 6 meses postoperatorio, pareja estable y vida sexual activa, sin comorbilidades y que quisieran participar. Fueron excluidas aquellas pacientes que recibían terapia de reemplazo hormonal o posmenopáusicas, con antecedentes cirugía de piso pélvico previa, antecedente de enfermedad psiquiátrica o que no quisieran participar.

Se recolectó información general como edad, estado civil y tipo cirugía realizada, la cual se obtuvo tanto de la historia clínica virtual del sistema de la institución y de las pacientes localizadas telefónicamente de tal manera que les aplicara la encuesta Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Esta escala consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, a mayor puntaje mejor sexualidad Cuadro 1. Un puntaje total del IFSF < 26 puntos se considera disfunción sexual. También se utilizó el coeficiente Cronbach de cada dominio. Este coeficiente es una medida con la que se evalúa la consistencia interna del estudio es decir que también aplicada fue la escala y si realmente midió lo que iba a medir va de un rango de 0 a 1 donde a mayor cercanía a 1 presenta mayor consistencia interna. A las pacientes seleccionadas se les solicitó su consentimiento informado para hacer parte de este estudio. Seguidamente, fue realizado el cuestionario IFSF, previa explicación del mismo, y se registraron y tabularon datos recolectados en un archivo de Excel para su posterior análisis.

**Cuadro 1. PUNTAJES DEL INDICE DE LA FUNCION SEXUAL FEMENINA (IFSF)**

Dominio	Preguntas	Valor	Factor	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Deseo	1 - 2	1 -5	0.6	1.2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0.3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0.3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0.4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0.4	0.8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0.4	0	6
TOTAL, ESCALA				2	36

El análisis estadístico descriptivo de variables cualitativas se realizó mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, por su parte el de las cuantitativas con medidas de tendencia central tipo promedio ( $\bar{X}$ ) o Mediana (Me), con sus respectivas medidas de dispersión, desviación estándar (DE) y rango inter-cuartílico (RIC), según los criterios de normalidad estimados con la prueba de Kolmogorov Smirnov. Para comparar los puntajes de los dominios y la escala total IFSF se utilizó la prueba el t Student, un valor de  $p < 0,05$  fue considerado como estadísticamente significativo. Un puntaje total del IFSF  $< 26$  puntos se considera disfunción sexual.

## **RESULTADOS**

En el periodo de estudio se identificaron 4388 cirugías ginecológicas de las cuales 1755 correspondieron a cirugía de piso pélvico, de estas 351 fueron realizadas en pacientes entre 30 y 50 años identificándose 170 con vida sexual activa al momento del estudio y que cumplían con los criterios de selección, 23 no aceptaron la participación en el estudio para una muestra total analizada de 147 pacientes.

La mediana de edad fue de 48 años (RIC: 39 – 50) observándose en un 43.5% el rango de 50 años seguido de 40 – 49 años con 31,3% el porcentaje restante se ubicó en el grupo entre 30 – 39 años. El estado civil de las pacientes fue en 62.5% unión libre y se encontró como cirugía más frecuentemente realizada la colporrafia anterior y posterior con 49% seguida de la perineo plastia 26,5% y en menor proporción la histerectomía vaginal más colporrafia anterior y posterior y la colporrafia anterior y posterior más cistourethropexia más colocación de malla con 14,3% y 10,2% respectivamente, Tabla 1.

La evaluación de la consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de la escala IFSF fue de 0,988 y observándose el dominio excitación como el más alto con un coeficiente mayor de 0,971 y el más bajo dolor con 0,919, Tabla 2.

Al evaluar el comportamiento de la función sexual se observó una puntuación total de la escala  $22,9 \pm 9,8$  con una puntuación promedio máxima en el dominio satisfacción de  $4,0 \pm 1,6$  y una mínima en los dominios deseo y orgasmo con  $3,7 \pm 1,7$ . La disfunción sexual se observó en el 58,5% de la muestra. Al evaluar la función sexual estratificando por los rangos de edad se observó en el dominio Deseo un promedio de puntuación de  $5,3 \pm 0,8$  en el grupo de 30 – 39 años y de  $2,8 \pm 1,4$  en el de 50 años,  $p < 0,0001$ , este comportamiento fue similar al observado en el resto de dominios y el total de la escala. El mismo análisis realizado por el tipo de cirugía mostró las mayores puntuaciones promedios en todos los dominios y el total de la escala en las pacientes sometidas a perineoplastia, siendo significativamente diferentes al compararlas con los grupos de colporrafia e histerectomía vaginal más colporrafia; esta misma comparación con el grupo de colporrafia anterior y posterior más cistouretropexia más colocación de malla solo mostró diferencia significativa en los puntajes de excitación siendo mayor en la perineoplastia  $5,0 \pm 1,2$  que en colporrafia anterior y posterior más cistouretropexia con  $4,1 \pm 1,3$ ,  $p = 0,046$ . De la misma manera se observaron mejores puntuaciones en las pacientes con colporrafia comparado con histerectomía vaginal más colporrafia excepto en los dominios de lubricación y dolor. Las pacientes sometidas a colporrafia anterior y posterior más cistouretropexia más colocación de malla también tuvieron mejores puntuaciones en todos los dominios y el total de la escala al ser comparadas con las puntuaciones de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal más colporrafia. Al

comparar las puntuaciones de los dominios y la escala por estado civil no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, Tabla 3.

Al comparar la edad, el estado civil y la cirugía realizada por presencia o no de disfunción sexual se encontró una mediana de edad de 50 años (RIC: 48 - 50) en el grupo con disfunción y, de 39 años (33 - 47) en el grupo sin la misma,  $p < 0,0001$ . El grupo etáreo con mayor frecuencia de disfunción fue el de 50 años con 64%, comparado con 14,8% en los que no tuvieron disfunción,  $p < 0,0001$ ; en este sentido el grupo etario con menor frecuencia de disfunción fue el de 30 – 39 años con 54,1%, comparado con 4,7% en los que presentaron disfunción,  $p < 0,0001$ . No se observaron diferencias en el estado civil por la presencia de disfunción. Teniendo en cuenta la cirugía realizada se encontró en el grupo de disfunción sexual mayor realización de histerectomía vaginal más colporrafia anterior y posterior con 22,1%, mientras en el grupo sin disfunción fue de 3,3%,  $p = 0,0013$ . Por otra parte, la realización de perineoplastia se observó en el 44,3% de los pacientes sin disfunción sexual y en el 14% de las que sí tuvieron disfunción,  $p < 0,0001$ , Tabla 4.

## **DISCUSIÓN**

La salud sexual ha sido definida como: “la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, respetando el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral y a la atención de la salud sexual, los mismos que deben ser reconocidos y garantizados” (9). Entonces, la disfunción

sexual es la presencia de una dificultad en cualquiera de las etapas del acto sexual experimentada por un individuo o pareja por un periodo mínimo de 6 meses (10).

Algunos estudios que han evaluado la disfunción sexual en población femenina se han centrado en patologías específicas, como en mujeres con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, donde se encontró el evento en un 84% (11). Una revisión sistemática no encontró diferencias de la función sexual en mujeres con síndrome de ovario poliquístico y sin la condición (12). En las mujeres del presente estudio se encontró una frecuencia de disfunción sexual mayor del 55% posterior a cirugía del piso pélvico, esta es similar a lo descrito por García en Bogotá que la encontró en un 55,8%, Matute en Ecuador reporto disfunción sexual en un 60% (13) en mujeres que consultaban al servicio de ginecología, Castelo-Branco. en Chile encontró una disfunción sexual en el 50,6%, en mujeres con terapia de reemplazo hormonal (14), por su parte Abdo en Brasil la encontró en 49% en una muestra de mujeres de la población general (15); sin embargo nuestros hallazgos son altos cuando se compara con la estimada para las mujeres en general estimada por otros autores en Colombia como Monterrosa y Espitia en la costa atlántica y el eje cafetero que la reportan en un 38,4% y 34,9% respectivamente (16, 17); pero es más baja que lo descrito por Saavedra en Cartagena que encontró una frecuencia de disfunción sexual de 71,7% en mujeres histerectomizadas (18).

Esta diferencia de frecuencia puede deberse a que las referencias citadas la población estudiada no tenían el antecedente de cirugía. Esto evidencia una limitación dado que no son frecuentes los estudios que evalúen función sexual posterior a procedimientos

ginecológicos. En 2014 se realizó un estudio para evaluar el impacto de las cirugías de piso pélvico sobre la función sexual usando el “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire” (PISQ) concluyendo que el PISQ está limitado en la evaluación de la función sexual después de la cirugía del suelo pélvico, ya que no evalúa la mayoría de los efectos negativos específicos de la cirugía en la función sexual (19). También se dispone de un estudio realizado en Estambul que encontró mejor función sexual en las no obesas que en las obesas con disfunción del piso pélvico (20), no especificando el comportamiento posterior al procedimiento quirúrgico, otro estudio muestra que la disfunción sexual en mujeres obesas y diabéticas puede mejorar con intervención en los estilos de vida (21). Un meta análisis de 2019 desarrollado por Liao encontró que no había diferencia de la dispareunia posterior a cirugía de la malla vaginal (22), en este estudio no fueron evaluadas las pacientes con el IFSF.

Teniendo en cuenta los dominios del IFSF el presente estudio encontró una mayor afección en los dominios orgasmo, dolor y lubricación en la población de 50 años, estos resultados, difieren de otros estudios que describen como principal disfunción el deseo sexual (17, 23-26), estas diferencias pueden deberse a la diversidad de las poblaciones estudiadas, que regularmente evalúan mujeres climatéricas o menopáusicas, también los rangos de edad seleccionados y sobre todo el antecedente de cirugía de piso pélvico objetivo principal del presente estudio. Por otro lado, en este estudio se encontró que el dominio con mejor puntaje en este grupo etario fue el de satisfacción sexual, esto es consistente con lo descrito por Geynisman-Tan en estados unidos que muestra una mejoría de la satisfacción posterior a cirugía de piso pélvico (27).

Analizando el tipo de cirugía de piso pélvico realizada se observó que las mujeres histerectomizadas con colpoptosis presentaban mayor disfunción sexual, lo cual está acorde con lo descrito por Saavedra (18) y por otro lado se encuentran las mujeres sometidas a perineoplastia en donde las mujeres presentaron una mejor función sexual, lo anterior puede ser explicado por lo descrito por Özenin en Turquía que concluyó que el prolapso de órganos pélvicos no afecta a la función sexual (28) y aunque algunas mujeres presenten alguna afección de la función sexual esta parece no estar mediada por la disfunción del piso pélvico sino por factores emocionales (29). En este último contexto, diversos estudios se han encargado de evaluar el impacto social de las cirugía de piso pélvico como Gjerde Et al en 2018 que mostró como las mujeres estudiadas experimentaron una transformación después de la cirugía de prolapso, pasando de una vida dominada por el miedo a la divulgación, la discriminación y el divorcio debido a lo que se percibió como vergonzoso a una vida de salud física recuperada gradualmente y reintegración a una vida social (30). En estados unidos un estudio evaluó como La función sexual y la satisfacción mejoraron significativamente 3 meses después de la cirugía del piso pélvico (27). Hay que resaltar que el presente estudio solo realizó la evaluación de la función sexual posterior a la cirugía y no realizó la comparación con el pre quirúrgico.

## **CONCLUSIONES**

Los trastornos de la función sexual representan una patología considerable que ha sido poco estudiada y que demarcan la calidad de vida de una paciente, refiriéndonos

específicamente a aquellas sometidas a cirugías correctivas ginecológicas, afectándolas indiscutiblemente su componente clínico y biopsicosocial.

De nuestro estudio podemos concluir que, las pacientes sometidas a cirugía de piso pélvico que no tuvieron intervención sobre el compartimiento anterior presentaron los puntajes más altos en la evaluación de la función sexual en total: perineoplastia con un puntaje de 28,8 y colpografía anterior y posterior más cistourrtropexia más colocación de malla con 24,7. Los dominios con puntuaciones más altas que se obtuvieron fueron excitación, lubricación y orgasmo. Esto permite inferir que quizás la no injuria de la pared vaginal anterior permite preservar la función sexual.

En contraste con los estudios de malla existentes, en el presente estudio las pacientes sometidas a colpografía anterior y posterior mas cistouretropexia con Malla refirieron que muy pocas veces presentaron dolor al tener relaciones sexuales lo que les permito tener un puntaje de 24 es decir casi en el punto de no tener disfunción sexual.

De igual manera podemos decir que a las pacientes que mejores resultados arrojaron en cuanto a no disfunción sexual son a las mujeres de menor edad y procedimientos menos invasivos. Aquellos procedimientos más grandes y con mayor compromiso tisular son los que más se relacionan con disfunción sexual en las mujeres sometidas a cirugía de piso pélvico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Descouvieres C. Piso Pélvico Femenino. Revista Chilena de Urología. 2015;80(2):11-7.
2. Cabero Roura L, Cabrillo Rodriguez E. Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de La Reproduccion - Tomo 1. Madrid-España: Panamericana; 2003.
3. Mella C, Oyanedel JC, Vargas S, de Ugarte N. Salud sexual en Chile: una aproximación descriptiva al comportamiento y la satisfacción sexual de los chilenos. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2015;80(4):289-96.
4. Mazarrasa L. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Salud sexual y reproductiva. 2002;3(4):1-24.
5. Achtari C, Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disorders. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2005;19(6):993-1008.
6. Urdaneta J, Briceño Suárez LA, Cepeda de Villalobos M, Montiel C, Marcucci R, Contreras Benítez A, et al. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013;78(2):102-13.
7. Espuña Pons M, Puig Clota M, González Aguilón M, Zardain P, Rebollo Álvarez 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 Urológicas Españolas. 2008;32(2):211-9.
8. Pauls RN, Segal JL, Silva WA, Kleeman SD, Karram MM. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. International Urogynecology Journal. 2006;17(6):576-80.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional (DANIDA): Hearing before the Proyecto PLAGSALUD Valores de referencia de la actividad de colinesterasa en la población guatemalteca Serie de Investigación.
10. Cavalcanti IF, Farias PdN, Ithamar L, Silva VMd, Lemos A. Sexual function and factors associated with sexual dysfunction in climacteric women. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2014;36(11):497-502.
11. Strippoli GF, Depression C, Group SDiHW. Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2012;7(6):974-81.

12. Firmino Murgel AC, Santos Simões R, Rosa Maciel GA, Soares JM, Chada Baracat E. Sexual Dysfunction in Women With Polycystic Ovary Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of sexual medicine*. 2019.
13. Matute Ortega V, Arévalo Peláez C, Espinoza Peña A. Estudio transversal: prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes del hospital "José Carrasco Arteaga". *Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga*. 2016;8:19- 24.
14. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol*. 2003;23(4):426-30. doi: 10.1080/0144361031000120978.
15. Abdo CH, Oliveira WM, Jr., Moreira ED, Jr., Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16(2):160-6. doi: 10.1038/sj.ijir.3901198.
16. Espitia De la Hoz FJ. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del eje cafetero. *Rev Cienc Biomed*. 2016;7(1):25-33.
17. Monterrosa Castro AdJ, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia*. 2014;27(1):31-41.
18. Saavedra Orozco HH, Monterrosa Castro ÁA. Prevalencia de la disfunción sexual, insomnio y deterioro de la calidad de vida en un grupo de mujeres hysterectomizadas de Bolívar-Colombia: Universidad de Cartagena; 2013.
19. Roos A-M, Thakar R, Sultan AH, Leeuw J, Paulus AT. The impact of pelvic floor surgery on female sexual function: a mixed quantitative and qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121(1):92-101.
20. Bilgic D, Gokyildiz S, Kizilkaya Beji N, Yalcin O, Gungor Ugurlucan F. Quality of life and sexual function in obese women with pelvic floor dysfunction. *Women & health*. 2019;59(1):101-13.
21. Wing RR, Bond DS, Gendrano IN, Wadden T, Bahnson J, Lewis CE, et al. Effect of intensive lifestyle intervention on sexual dysfunction in women with type 2 diabetes: results from an ancillary Look AHEAD study. *Diabetes Care*. 2013;36(10):2937-44.
22. Liao S-C, Huang W-C, Su T-H, Lau H-H. Changes in Female Sexual Function After Vaginal Mesh Repair Versus Native Tissue Repair for Pelvic Organ Prolapse: A Meta- Analysis of Randomized Controlled Trials. *The journal of sexual medicine*. 2019.

23. García SP, Aponte HA, Socorro Moreno PS. Diagnóstico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta a los servicios de urología, ginecología y personal femenino del hospital de San José, en Bogotá, Colombia. *Revista Urología Colombiana*. 2005;XIV(3):75-80.
24. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med*. 2006;3(4):589-95. doi: 10.1111/j.743-6109.2006.00241.x.
25. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol*. 2006;175(2):654-8; discussion 8. doi: 10.1016/S0022-5347(05)00149-7.
26. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;20:22-33.
27. Geynisman-Tan J, Kenton K, Komar A, Collins S, Lewicky-Gaupp C, Mueller MG. Recovering sexual satisfaction after prolapse surgery: a secondary analysis of surgical recovery. *Int Urogynecol J*. 2018;29(11):1675-80. doi: 10.007/s00192-018-3690-7. Epub 2018 Jun 30.
28. Özençin N, Çankaya H, Duygu E, Uysal MF, Bakar Y. The effect of pelvic organ prolapse type on sexual function, muscle strength, and pelvic floor symptoms in women: A retrospective study. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*. 2017;14(2):121.
29. Li-Yun-Fong RJ, Larouche M, Hyakutake M, Koenig N, Lovatt C, Geoffrion R, et al. Is Pelvic Floor Dysfunction an Independent Threat to Sexual Function? A Cross-Sectional Study in Women With Pelvic Floor Dysfunction. *J Sex Med*. 2017;14(2):226-37. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.11.323. Epub Dec 29.
30. Gjerde JL, Rortveit G, Adefris M, Belayneh T, Blystad A. Life after pelvic organ prolapse surgery: a qualitative study in Amhara region, Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):74. doi: 10.1186/s12905-018-0568-2.

## TABLAS

**Tabla 1. Características generales de las pacientes sometidas a cirugía de piso pélvico**

	N (%)
Edad	48 (39 - 50)
30 – 39	37 (25,2)
40 – 49	46 (31,3)
50+	64 (43,5)
Estado civil	
Casada	55 (37,4)
Unión libre	92 (62,5)
Cirugía realizada	
Colporafia	72 (49,0)
Perineoplastia	39 (26,5)
Histerectomía vaginal+Colporafia	21 (14,3)
Colporrafia A y P + Cistouretropexia+Malla	15 (10,2)

**Tabla 2. Coeficiente Alfa de Cronbach de cada dominio y total de la escala IFSF**

	Ítems	Alfa de Cronbach
Deseo	1-2	0,969
Excitación	3-6	0,971
Lubricación	7-10	0,959
Orgasmo	11-13	0,951
Satisfacción	14-16	0,926
Dolor	17-19	0,919
TOTAL IFSF	1-19	0,988

**Tabla 3. Comportamiento de la función sexual por grupos de edad estado civil y cirugía realizada**

	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	TOTAL
<b>Edad Me (RIC)</b>							
30 – 39	5,3 ± 0,8	5,4 ± 0,8	5,3 ± 0,7	5,2 ± 0,8	5,4 ± 0,8	5,2 ± 0,8	32,0 ± 4,1
40 – 49	3,8 ± 1,6	4,0 ± 1,5	3,8 ± 1,5	3,8 ± 1,6	4,1 ± 1,5	3,8 ± 1,7	23,5 ± 9,2
50	2,8 ± 1,4*	3,0 ± 1,4*	2,8 ± 1,5*	2,6 ± 1,4*	3,1 ± 1,4*	2,8 ± 1,6*	17,8 ± 8,4*
<b>Estado civil</b>							
Casada	3,8 ± 1,6	3,9 ± 1,5	3,7 ± 1,5	3,6 ± 1,6	4,0 ± 1,5	3,6 ± 1,5	22,9 ± 9,1
Unión libre	3,7 ± 1,7	3,9 ± 1,7	3,7 ± 1,8	3,6 ± 1,8	4,0 ± 1,7	3,8 ± 1,9	22,9 ± 10,2
<b>Cirugía realizada</b>							
Colporrafia	3,6 ± 1,6	3,7 ± 1,6	3,3 ± 1,6	3,3 ± 1,7	3,8 ± 1,6	3,5 ± 1,8	21,4 ± 9,8
Perineoplastia	4,6 ± 1,5 <sup>†</sup>	5,0 ± 1,3 <sup>†</sup>	4,8 ± 1,4 <sup>†</sup>	4,7 ± 1,4 <sup>†</sup>	5,0 ± 1,3 <sup>†</sup>	4,6 ± 2,3 <sup>†</sup>	28,8 ± 8,0 <sup>†</sup>
Histerectomía vaginal+Colporrafia	2,6 ± 1,5 <sup>††</sup>	2,7 ± 1,2 <sup>††</sup>	2,6 ± 1,5 <sup>†</sup>	2,4 ± 1,5 <sup>††</sup>	2,8 ± 1,2 <sup>††</sup>	2,6 ± 1,6 <sup>†</sup>	15,9 ± 8,2 <sup>††</sup>
Colporrafia AyP+	3,8 ± 1,4 <sup>§</sup>	4,1 ± 1,3 <sup>§</sup>	4,2 ± 1,3 <sup>§</sup>	3,9 ± 1,2 <sup>§</sup>	4,2 ± 1,3 <sup>§</sup>	4,2 ± 1,4 <sup>§</sup>	24,7 ± 7,4 <sup>§</sup>
Cistouretropexia+Malla							
<b>TOTAL</b>	<b>3,7 ± 1,7</b>	<b>3,9 ± 1,6</b>	<b>3,7 ± 1,7</b>	<b>3,6 ± 1,7</b>	<b>4,0 ± 1,6</b>	<b>3,7 ± 1,8</b>	<b>22,9 ± 9,8</b>

\* p<0,0001 comparado con el grupo de edad 30 -39; † p<0,05 comparado con el grupo de colporrafia; ‡ p<0,05 comparado con el grupo de perineoplastia; § p<0,05 comparado con el grupo de Histerectomía vaginal+Colporrafia

**Tabla 4. Comparación de la edad, estado civil y cirugía realizada por presencia de disfunción sexual**

	Disfunción Sexual N=86	Sin Disfunción sexual N=61	Valor p
Edad Me (RIC)	50 (48 - 50)	39 (33 - 47)	<0,0001
30 – 39	4 (4,7)	33 (54,1)	<0,0001
40 – 49	27 (31,4)	19 (31,2)	0,9745
50	55 (64,0)	9 (14,8)	<0,0001
Estado civil			
Casada	35 (40,7)	20 (32,8)	0,3287
Unión libre	51 (59,3)	41 (67,2)	
Cirugía realizada			
Colporrafia	47 (54,7)	25 (41,0)	0,1024
Perineoplastia	12 (14,0)	27 (44,3)	<0,0001
Histerectomía vaginal+Colporrafia	19 (22,1)	2 (3,3)	0,0013
Colporrafia A y P + Cistouropexia+Malla	8 (9,3)	7 (11,5)	0,6680

**Tabla 5. Relación entre variable edad y procedimiento correctivo de trastorno de piso pélvico.**

	30-39		40-49		50		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
		37	100	46	100	64	
<b>Colporrafia</b>	10	28	29	63	33	52	72
<b>Colporrafia A y P + Cistouretopexia + Malla</b>	1	2	6	13	8	12	15
<b>Perineoplastia</b>	26	70	9	20	4	6	39
<b>Histerectomía vaginal + Colporrafia</b>	0	0	2	4	19	30	21