



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Correlación de la función sexual e incontinencia urinaria en mujeres de  
45 a 75 años del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de marzo a junio  
del 2021**

**AUTORES:**

**Alava Alvarado, Valeria Nicolle  
Defás Urquizo, Kathleen Daniela**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**Chedraui Álvarez, Peter André, MD, PhD**

**Guayaquil - Ecuador**

**30 de agosto 2021**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Alava Alvarado, Valeria Nicolle; Defás Urquizo Kathleen Daniela** como requerimiento para la obtención del título de **médico**.

**TUTOR (A)**

*Peter Chedraui*

f. \_\_\_\_\_  
**Chedraui Álvarez, Peter André Dr.**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Aguirre Martínez, Juan Luis Dr.**

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Alava Alvarado, Valeria Nicolle y Defás Urquizo, kathleen Daniela**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Correlación de la función sexual e incontinencia urinaria en mujeres de 45 a 75 años del hospital Teodoro Maldonado Carbo de marzo a junio del 2021**, previo a la obtención del título de **médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Alava Alvarado, Valeria Nicolle.**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Défás Urquizo, Kathleen Daniela**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Alava Alvarado, Valeria Nicolle y Defás Urquizo, kathleen Daniela**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Correlación de la función sexual e incontinencia urinaria en mujeres de 45 a 75 años del hospital Teodoro Maldonado Carbo de marzo a junio del 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Alava Alvarado, Valeria Nicolle.**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Défás Urquizo, Kathleen Daniela**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
OPONENTE

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS FINAL CORRELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN SEXUAL E INCONTINENCIA URINARIA (ALAVA Y DEFAS).docx (D111399234)  
**Submitted:** 8/17/2021 10:50:00 PM  
**Submitted By:** danieladefasu@gmail.com  
**Significance:** 1 %

Sources included in the report:

<https://docplayer.es/90246090-Funcion-sexual-tras-9-meses-de-una-histerectomia.html>

Instances where selected sources appear:

1

**TUTOR (A)**



f. \_\_\_\_\_  
**Chedraui Álvarez, Peter André**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos en primer lugar a Dios por ser el principal guía además de motor de nuestras vidas y a nuestros padres por habernos dado la oportunidad de estudiar esta noble profesión.

De igual manera a las personas que hicieron posible la realización de este trabajo, a las mujeres que colaboraron en el estudio, a los docentes que en el transcurso de la carrera nos prepararon de manera oportuna sabiendo que sus enseñanzas nos serían de utilidad en algún punto de nuestra futura vida profesional. A los doctores con alma de docentes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo que nunca dudaron en compartir sus conocimientos haciendo del internado una de las mejores experiencias.

Le agradecemos de manera muy especial al Dr. Alvaro Lindao y al Dr. Diego Vásquez Cedeño quienes a pesar de no ser parte de este proyecto fueron de gran ayuda y nos orientaron en la correcta ejecución de la estadística empleada para lograr los objetivos de este proyecto.

A nuestro tutor el Dr. Peter Chedraui por su importante intervención en este proyecto, al estar siempre dispuesto a colaborar en su desarrollo y en su entrega, y ser una guía durante todo el trayecto.

Finalmente a todos nuestros compañeros de carrera quienes siempre fueron de gran apoyo para avanzar en el transcurso de nuestros estudios, si algo se nos dificultaba ellos nos daban la mano y nunca nos dejaron solas.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, porque es quien me dio fortaleza para continuar cada día y me ayudó a superar todos los obstáculos, su gracia y amor me levantó cada vez que decaí y jamás permitió que me diera por vencida.

A mis padres Elías Defás y Kerly Urquizo ya que gracias a su esfuerzo, sacrificio diario y amor he podido llegar hasta este punto de mi carrera, a mi hermano Daniel y también a mi hermana Doménica, porque realmente ella es la persona que más cree en mí de todo el mundo, quien me alienta y me da ánimos, la que siempre me escucha y trata de ayudarme en lo que le sea posible.

A mi abuelo que está en el cielo, estoy segura de que estaría feliz de verme titularme como médico al igual que él y llamarme colega.

A mi compañera de tesis Valeria, ya que sin su dedicación y perfeccionismo este trabajo no se hubiese podido culminar.

Por último, pero no menos importante, le dedico esta tesis a todos mis amigos de internado por hacer que mis últimos meses antes de ser médico sean los mejores, llenos de risas y de anécdotas que guardaré por siempre en mi mente y en mi corazón.

**Kathleen Defás.**



## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo en primer lugar a mis padres el Abog. Victor Alava y a la Lic. Ana Alvarado quienes son mi fortaleza y mi refugio, quienes nunca dudaron en que yo era capaz de todo lo que me propusiera, y que sin su apoyo tanto moral como financiero nada de esto sería posible. A mi mejor amiga, compañera de vida y a quién admiro desde que tengo uso de razón a la Doctora Cinthya Alava, sus palabras de aliento nunca faltaron, e hicieron que estos años lejos de casa no se hagan tan difíciles.

A mis tías Mónica Pilay y Yesenia Pilay quienes siempre estuvieron presente durante esta etapa y sé que estarán por el resto de mi vida apoyándome, pendientes de mis logros y fracasos listas para levantarme en el momento adecuado.

A mi querida Señora Jenny Barrera quién fue madre, hombro de consuelo y apoyo en una ciudad desconocida, con la cual estaré eternamente agradecida por abrirme las puertas de su hogar y de su corazón.

Y por último pero no menos importante a mi compañera de tesis Daniela, quien fue mi cable a la locura durante la carrera y en este proyecto, y que con su buena predisposición hicieron posible la culminación del mismo.

**Valeria Alava**

## INDICE GENERAL

RESUMEN .....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	4
HIPÓTESIS.....	4
MARCO TEÓRICO .....	5
CAPÍTULO I: CLIMATERIO: .....	5
MENOPAUSIA.....	5
FISIOLOGÍA.....	6
SINTOMAS.....	7
CAPITULO II: DISFUNCIÓN SEXUAL .....	9
CAMBIOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL CLIMATERIO.....	10
FACTORES QUE AFECTAN A LA FUNCIÓN SEXUAL.....	11
TEST PISQ-12 .....	12
CAPÍTULO III: INCONTINENCIA URINARIA:.....	13
EPIDEMIOLOGÍA.....	14
TEST ICIQ-SF .....	14
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INCONTINENCIA URINARIA.....	14
SÍNDROME GENITOURINARIO EN MENOPAUSIA Y DOLOR SEXUAL.....	15
DOLOR SEXUAL.....	16
JUSTIFICACIÓN .....	17
METODOLOGÍA .....	18
MATERIALES Y MÉTODOS .....	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	18
RECOLECCION DE DATOS .....	18
RESULTADOS .....	20
DISCUSIÓN .....	24
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES.....	27

BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS .....	30

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Cuestionario ICIQ-SF Y PISQ-12 .....	30
TABLA 2. Rasgos sociodemográficos de las mujeres encuestadas. ....	34
TABLA 3. Frecuencia de respuesta en cuestionarios .....	34
TABLA 4. Categorización de resultados .....	38
TABLA 5. Tabla cruzada entre función sexual e incontinencia urinaria .....	39
TABLA 6. Tabla cruzada entre cantidad de hijos e incontinencia .....	39
TABLA 7. Tabla cruzada entre cantidad de hijos y disfunción .....	40
TABLA 8. Tabla cruzada entre función sexual y rango de edad .....	41

## INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. Frecuencia de estado civil .....	42
GRAFICO 2. Frecuencia de la perdida de orina en las mujeres.....	42
GRAFICO 3. Impresión de la cantidad de orina en las mujeres .....	42
GRAFICO 4. Situaciones en las que las mujeres pierden orina. ....	43
GRAFICO 5. Edades en las mujeres encuestadas. ....	43
GRAFICO 6: Cantidad de hijos en las mujeres encuestadas.....	43
GRAFICO 7: La calidad de vida en mujeres encuestadas. ....	44
GRÁFICOS DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA PISQ-12 .....	45
GRAFICO 8: Porcentaje de mujeres con y sin incontinencia urinaria .....	48
GRAFICO 9: Porcentaje de mujeres con y sin disfunción sexual.....	48
GRAFICO 10: Correlación de entre puntuaciones de PISQ 12 Y ICIQ-SF .....	49
GRAFICO 11: Relación entre función sexual e incontinencia urinaria. ....	49
GRAFICO 12: Relación entre la cantidad de hijos y la incontinencia urinaria.....	50
GRAFICO 13: Relación entre la cantidad de hijos y la función sexual.....	50
GRAFICO 14: relación entre edades y disfunción sexual. ....	51

## RESUMEN

**Introducción:** La menopausia es la última regla con la que culmina la etapa reproductiva de la mujer. Entre la sintomatología propia de la etapa de la transición a la menopausia se encuentra la disminución de la función sexual (pérdida de la libido) y la incontinencia urinaria (IU), como destacables, pudiendo estar correlacionadas entre sí. Diversos instrumentos han sido usados para evaluar la función sexual y la IU, entre los que encontramos el PISQ12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) y el ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire). **Metodología:** Este fue un estudio de correlación, transversal, analítico en el que se recolectó información de Marzo a Junio del 2021, mediante encuestas (general, PISQ12 y ICIQ-SF) realizadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) a 200 mujeres de 45-75 años. Respecto al test ICIQ-SF un puntaje de  $>1$  definía la IU. Respecto al PISQ-12, este evaluó tres categorías: puntuaciones severas ( $\leq 12$ ), moderado (13-27) y sin trastorno (28-60). Un valor de  $< 27$  definía función sexual disminuida. **Resultados:** La edad promedio de las mujeres encuestadas fue  $57.8 \pm 8.15$  años. El 62% tenían IU y 38% no. Un 21% de las mujeres tenía función sexual disminuida y 78% no. Se estimó una correlación significativa en cuanto a las variables de función sexual e IU de 0.033 que es menos del 0.5% estimado. Por otro lado, se obtuvo una correlación inversa, donde la relación entre las dos variables fue débil (-0.15). **Conclusión:** Un buen porcentaje de mujeres presentó IU, con un quinto presentando disminución de la función sexual. Hubo una correlación inversa entre ambas variables. Las parejas de la mayoría de las mujeres no sufrían trastornos como eyaculación precoz, ni disfunción eréctil; por lo que no influyeron en la valoración de la función sexual disminuida.

**Palabras claves:** Menopausia, incontinencia urinaria, climaterio, libido, eyaculación precoz.

## ABSTRACT

**Introduction:** Menopause is the last menstrual period with which the reproductive stage of women ends. Among the symptoms typical of the menopausal transition stage, decreased sexual function (loss of libido) and urinary incontinence (UI) are noteworthy and may be correlated with each other. Several instruments have been used to assess sexual function and UI, including the PISQ12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) and the ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire).

**Methodology:** This was a correlation, cross-sectional, analytical study in which information was collected from March to June 2021, through surveys (general, PISQ12 and ICIQ-SF) conducted at the Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) to 200 women aged 45-75 years. Regarding the ICIQ-SF test, a score of  $>1$  defined UI. Regarding the PISQ-12, it evaluated three categories: severe scores ( $\leq 12$ ), moderate (13-27) and without disorder (28-60). A value of  $< 27$  defined decreased sexual function. **Results:** The average age of the women surveyed was  $57.8 \pm 8.15$  years. 62% had UI and 38% did not. 21% of women had decreased sexual function and 78% did not. A significant correlation was estimated for sexual function and UI variables of 0.033 which is less than the estimated 0.5%. On the other hand, an inverse correlation was obtained, where the relationship between the two variables was weak (-0.15).

**Conclusion:** A good percentage of women presented UI, with a fifth presenting decreased sexual function. There was an inverse correlation between both variables. The partners of most of the women did not suffer from disorders such as premature ejaculation or erectile dysfunction; therefore, they did not influence the assessment of diminished sexual function.

**Keywords:** Menopause, urinary incontinence, climacteric, libido, premature ejaculation.

## INTRODUCCIÓN

Alrededor de los 45 y 75 años ocurre un proceso fisiológico en todas las mujeres denominado menopausia (última menstruación) (1). Este evento marca el final de la etapa reproductiva de la mujer luego de la cual pasa a la etapa postmenopáusica (amenorrea de más de 12 meses). El climaterio es una etapa de transición que puede prolongarse durante años, antes y después de la menopausia, como consecuencia de la declinación del funcionamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos (2). Este se inicia aproximadamente 5 años antes de la menopausia y su duración puede variar de 10 a 15 años (3). Durante esta etapa se destacan algunos síntomas como: Irregularidades en el ciclo menstrual, sofocos, a veces acompañados por taquicardia y sudoración, trastornos del sueño, trastornos psicológicos (por ej. irritabilidad, ansiedad, angustia, mayor labilidad emocional), dificultad en la concentración, memoria y aprendizaje, sequedad de piel y mucosas (3). Además, pueden existir problemas en la esfera urogenital: como dolor al coito (dispareunia), disminución del deseo sexual, problemas con la pareja, incontinencia urinaria, entre otros (4).

Existen varias pruebas o tests que miden la función sexual como el PSIQ-12 (Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) que consta de 12 preguntas orientadas a este objetivo (5). Por otro lado se lo puede complementar con el ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire) que sirve para valorar la incontinencia urinaria (5).

Estudios llevan a la conclusión de que 20 al 50% de mujeres van a llegar a tener problemas de incontinencia urinaria lo que conlleva a una afectación de su calidad de vida, en el aspecto social, familiar y sexual (7) y aunque si bien se acepta que existe una relación a nivel anatómico algunas investigaciones dan resultados diferentes por las escalas que han utilizado para medir el problema en donde determinaron que la relación se debe al factor psicológico por el miedo a poder tener pérdidas de orina durante el coito (8).

Un estudio realizado en España diseñado para validar el test PISQ-12 encontró que las mujeres con peores puntuaciones eran las que más molestias de incontinencia urinaria presentaban (7). En nuestro medio apenas existe una tesis de pregrado

acerca del tema del año 2015 realizada en Quito donde determinaron que el 51% de mujeres presentó disfunción sexual indicando la incontinencia como factor significativo (6).



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Correlacionar la función sexual e incontinencia urinaria en mujeres de 45 a 75 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC).

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir los rasgos socio-demográficos de las mujeres encuestadas.
- Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y factores predisponentes en las mujeres encuestadas.
- Medir la función sexual en las mujeres encuestadas.
- Establecer la correlación de las dos variables (función sexual e incontinencia urinaria).
- Establecer relación entre la cantidad de hijos, la función sexual de las mujeres del estudio y la incontinencia urinaria.

## **HIPÓTESIS**

Existe una correlación entre la función sexual e incontinencia urinaria en las mujeres de 45 a 75 años del HTMC.

## MARCO TEÓRICO

### **CAPÍTULO I: CLIMATERIO:**

El climaterio tiene su origen en la palabra “*climater*” que tiene origen griego con significado de escalones, denominado así ya que se refiere a esa etapa de transición en la vida de una mujer en donde se pasa del periodo reproductivo al no reproductivo. Esta etapa varía en cada mujer, aunque puede iniciar 5 años antes de la menopausia propiamente dicha (2). La etapa climatérica puede manifestarse en su fase inicial con irregularidades menstruales que pueden durar 7 o más días en ciclos consecutivos. Este proceso se acompaña de cambios en los niveles de las hormonas FSH que pueden aumentar o variar los niveles de inhibina B con los de la hormona anti-Mulleriana (AMH) que permanecen bajos (en la fase tardía) (10).

### MENOPAUSIA

La OMS define a la menopausia como el “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas evidentes“. Ocurre entre los 45 y 55 años (2). Este periodo viene acompañado de síntomas vasomotores que corresponden a la persistencia de los niveles elevados de FSH, bajos niveles de AMH y un bajo conteo de folículos antrales; además de un continuo descenso de los niveles de estradiol. En muchos de los casos, los síntomas vasomotores continúan hasta 1 a 6 años después del cese de la menstruación, aunque suelen ser menos notorios con el paso del tiempo, a diferencia de la atrofia urogenital la cual se hace más evidente (10).

Existen varios factores que pueden influir en la edad que aparece la menopausia tales como el índice de masa corporal (IMC), la edad cronológica, el perfil demográfico, el estilo de vida. El tabaquismo puede influir en el momento en el que ocurran los cambios más no en los patrones de sangrado o con la alteración de las hormonas. Es preciso destacar que este concepto no puede ser aplicado en mujeres que experimentan insuficiencia ovárica prematura ya que puede existir una

posible reanudación de la menstruación y capacidad para concebir. Otras afecciones médicas o histerectomía realizada pueden afectar una predicción correcta de la edad de presentación de la menopausia. Es importante la predicción del periodo de la menopausia para evaluar la pérdida de densidad ósea y los riesgos cardiovasculares ya que son riesgos propios de esta etapa de la vida de la mujer (10).

### FISIOLOGÍA

La mujer posee órganos reproductores que son quienes proveen las hormonas en el ciclo reproductivo a lo largo de su vida. La mujer nace con cierta cantidad de ovocitos que al llegar a la adolescencia aumentarán de tamaño, cada uno de estos con etapas de maduración distinta, uno cada mes; cuando esto ocurre por primera vez da como resultado la primera menstruación también denominada menarca. Este proceso tiene origen en el hipotálamo, el cual al iniciar la pubertad enviará señales a la hipófisis para que libere FSH Y LH, estas hormonas actúan a nivel de los ovarios haciendo que los folículos aumenten de tamaño y se produzca la secreción de andrógenos que se transformarán en estrógenos por la enzima aromatasa. Lo anterior se da en la etapa reproductiva de la mujer, pero cuando llega la etapa de la menopausia va a ocurrir un descenso de niveles de inhibina que es la encargada de regular la disminución de la síntesis de FSH, niveles de estradiol bajos o normales los cuales van a ocasionar ciclos menstruales que duren menos debido al acortamiento de la fase dependiente de estrógenos que es la folicular. Los folículos ováricos sufren atresia y tienen como resultado un descenso de la producción de estrógenos por el aumento de la FSH, al tener el estradiol principalmente disminuido en el torrente sanguíneo el hipotálamo quiere suplir la necesidad liberando más hormona GnRH con el objetivo de que la adenohipófisis libere más FSH aunque ya no existan folículos suficientes para suplir el requerimiento (2).

Los síntomas característicos de la menopausia ocurren por el fallo en la función ovárica que ocasiona la disminución de inhibina B, además de la FSH en aumento que promueve crecidas erráticas en el estradiol lo que puede llevar a la sintomatología propia del climaterio (12).

## SINTOMAS

- Los síntomas de la menopausia pueden llegar a ser angustiosos y afectar la vida personal y social de la mujer. Factores individuales como los antecedentes personales de salud, en particular la obesidad y factores socioeconómicos, pueden llegar a empeorar los síntomas, entre los cuales destacan (12):
- Síntomas relacionados con el sistema nervioso central: son todos aquellos que se dan como consecuencia de los cambios neurobioquímicos que ocurren con el fallo del folículo del ovario, como los síntomas vasomotores, alteraciones en el sueño, ansiedad y depresión, migraña y cambios en la parte cognitiva (12).
  - ◇ Síntomas vasomotores: 75% de mujeres lo experimentan durante la transición a la menopausia, y son definidos como los sofocos, la sudoración, a veces seguidos de temblores o sensación de frío; pueden iniciar 2 años antes del último periodo menstrual y continuar hasta 4 años posterior a la menopausia (12). Puede llegar a ser particularmente molesto en las noches provocando interrupción del sueño, requiriendo cambio de ropa y de sobrecamas, la frecuencia de estos síntomas varía de 1 a 2 por día a 1 o más por hora (11).
  - ◇ Interrupción del sueño: Las mujeres que atraviesan el periodo de menopausia pueden sufrir pérdida en la calidad de sueño sumado a los síntomas que pueden agravar el cuadro. Pueden producir insomnio crónico, llegando incluso a la apnea obstructiva del sueño (11).
  - ◇ Depresión y ansiedad: La transición a la menopausia es un periodo vulnerable ya que se experimentan cambios emocionales como tristeza, pérdida de interés general, disminución del del apetito, trastornos del sueño, dificultad en la concentración, sentimientos de culpa, cansancio, agitación e intenciones suicidas (12).
  - ◇ Cambios cognitivos: En la perimenopausia también se reportan declinaciones en la memoria y en la concentración, lo que puede llegar a ser clínicamente relevante (12).
  - ◇ Migraña: Las mujeres que sufren de migraña durante su etapa fértil, son susceptibles a tener ataques migrañosos en la etapa premenopausica (12).

- Cambios metabólicos y peso: Se caracteriza por la acumulación de la mayor parte de grasa adipositaria en el torso, conduciendo al aumento de circunferencia de cadera y por consiguiente cambio en la forma del cuerpo. Existe mayor incremento en las mujeres postmenopáusicas en comparación con las premenopáusicas. Todo puede conducir a un aumento del riesgo de problemas cardiovasculares o de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, por resistencia a la insulina (12).
- Cambios cardiovasculares: La aterosclerosis y el riesgo de un evento cardiovascular se incrementa en las mujeres después de la menopausia, lo que se puede deber en parte a la producción de citoquinas pro-inflamatorias y adipoquinas en tejido adiposo visceral. En este periodo, el perfil lipídico sérico tiende a convertirse en índice aterogénico, con un incremento del colesterol total, el colesterol LDL y la apolipoproteína B (Apo B). Los niveles de la presión arterial suelen incrementarse; todo esto debido a la disminución progresiva de los niveles de estrógenos (12).
- Síntomas urogenitales: Se presentan luego de la menopausia e incluyen resequedad vaginal, dispareunia, ardor vulvar, disuria, urgencia urinaria y recurrencia en infecciones urinarias, si bien aún es incierto a qué factor es atribuible, está demostrado que el incremento de 1 kg de peso es asociado con la mayor incidencia de incontinencia urinaria. Todos los síntomas del síndrome genitourinario pueden estar enlazados con la pérdida de la libido sexual, disfunción en términos alrededor del orgasmo, así como disminución de la elasticidad y humedad, reabsorción de labios menores, palidez y eritema. Otros cambios vistos son la pérdida de rugosidad vaginal, fragilidad en los tejidos, pérdida de los restos del himen, retracción introital, eversión o prolapso uretral, prominencia del meato uretral e infecciones vaginales (12). La disminución de la lubricación durante la excitación y la actividad sexual puede ser debido a la deficiencia de estrógenos, y a medida que continúan disminuyendo llegan a provocar sequedad lo que lleva a picazón y malestar; el flujo además de sangre dentro de la vagina se reduce provocando cambios en la piel como son los genitales externos, estrechamiento introital o lesiones vulvares u otros trastornos dermatológicos (11).
- Disfunción sexual: Se genera una disminución del deseo sexual, y un incremento de las relaciones sexuales dolorosas que es independiente del envejecimiento, que

puede ser generado por disminución de las hormonas sexuales hasta 20 meses antes del cese de la menstruación y 1 año después de la misma. La actividad sexual continua en descenso, pero en ritmo lento, los síntomas vulvovaginales pueden empeorar el cuadro, además del bienestar social, interpersonal y psicológico. Por otro lado, muchas mujeres por la dispareunia evitan tener intimidad, aunque exista el deseo. Sin embargo, en parejas con relaciones duraderas parece existir una vida sexual que perdura durante la transición (12).

- Cambios articulares y óseos: El dolor articular incrementa con la edad como la presencia de eventos reumatológicos. La osteopenia y osteoporosis son trastornos que se aceleran en aparecer luego de la menopausia por la reabsorción acelerada del hueso (11).
- Piel, mucosa, cabello y otros:
  - ◇ Piel y cabello: El descenso del grosor de piel y colágeno dan una mayor laxitud y arrugas en la piel, pueden experimentar caída del cabello, pero en otras se ve lo contrario que es el hirsutismo (11).
  - ◇ Ojos: se asocia con ojos secos y una conducción a desarrollar cataratas (11).
  - ◇ Oídos: La pérdida auditiva es debido a varios factores, pero puede deberse a la disminución de los estrógenos (11).
  - ◇ Dientes: Se puede dar un adelgazamiento en el tejido gingival, y pérdida de dientes por la baja cantidad ósea de mineral (11).

## **CAPITULO II: DISFUNCIÓN SEXUAL**

La salud sexual se define por la Organización Mundial de la Salud como *“un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”* (13). Dentro del concepto de la función sexual se engloba el control de la conducta sexual y la capacidad para disfrutarla. Hay factores que pueden afectar o limitar la respuesta sexual normal como sentimientos negativos, temor, vergüenza o culpa; además de la alteración de la función sexual y reproductiva (14).

Durante el climaterio se empiezan a evidenciar alteraciones en la salud y funcionamiento sexual, afectando en este aspecto, la calidad de vida de las mujeres (15).

El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) define la disfunción sexual como un conjunto de trastornos de diferente tipo que se caracterizan por alteraciones importante en la respuesta sexual o la experiencia del placer de la misma. Tanto el trastorno del deseo sexual hipoactivo en el cual la mujer manifiesta una falta persistente de interés por realizar cualquier tipo de actividad coital, como el trastorno sexual femenino el cual se caracteriza por cambios anormales en el comportamiento como la disminución o abolición del deseo, que convergen como un solo diagnostico que es el trastorno de excitación (17).

### CAMBIOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL CLIMATERIO

Como es conocido, los cambios en la función sexual dependen de la afectación en el sistema hormonal causado por la disminución o el cese del funcionamiento ovárico (15). Teniendo en cuenta que la capacidad y respuesta sexual no se encuentra reducida directamente debido a la menopausia, aunque ciertos factores biológicos u orgánicos si influyen en los cambios producidos (16). Es decir, los problemas de disfunción sexual a pesar de que coinciden con el periodo de transición de la menopausia, en donde existen una variedad de cambios y síntomas como por ejemplo la sequedad vaginal que afectan de manera negativa y dificulta la sexualidad, estos no deberían provocar cambios en la libido (16).

En Latinoamérica, el 51.3% de las mujeres en edades entre los 44 y 64 años tienen alguna afectación en la función sexual normal relacionado en su mayoría por la falta de deseo siendo este el principal factor, seguido por la ausencia de excitación, dolor y dificultad del orgasmo estando básicamente todos estos relacionados entre sí y afectados por la alteración hormonal propia de esta etapa (15).

La causa fisiológica de la disminución del deseo sexual está dada por el decrecimiento de los niveles de andrógenos, principalmente de la testosterona. Cabe recalcar que no hay un nivel hormonal predictor de este trastorno (15).

La disminución de andrógenos tiene como efectos (15):

1. La alteración del deseo sexual.
2. Alteración en la excitación y disminución de lubricación.
3. Falta de sensibilidad en los pezones.
4. Pérdida de la turgencia y erección del clítoris.

5. Menor elasticidad en el orificio vaginal.
6. Orgasmos con menor intensidad y/o duración.

Se conoce que la respuesta sexual depende tanto de aspectos biológicos, como psicológicos y sociales, a esto se le suma la influencia de hormonas como estrógenos, progesterona, prolactina y la oxitocina (15).

Un estudio realizado en España en el año 2015, valoró los principales aspectos de la sexualidad afectados por el climaterio (Datos obtenidos basándose en el índice de función sexual femenino [IFSF]). Se evaluaron 6 dominios de la sexualidad: El deseo sexual, dolor, lubricación vaginal, orgasmo, la excitación y satisfacción (19). Además, se valoró la autopercepción de imagen corporal y la importancia de la sexualidad para las mujeres. Se encontró que los puntajes promedios de cada dominio del IFSF estuvo disminuido después la menopausia. Los aspectos más afectados fueron: la lubricación, el dolor y la satisfacción sexual (15).

En un estudio Cubano que comparó las manifestaciones más comunes en mujeres peri- y postmenopáusicas, se pudo observar que la sequedad vaginal y la disminución del deseo sexual afectó un 75% y 67.4% de las postmenopáusicas respectivamente. Hubo un 37.2% de disminución del deseo sexual en perimenopáusicas; además de la disminución de la actividad sexual en los dos grupos de hasta un 40%, siendo estos los aspectos más importantes en la alteración de la función sexual (22).

### FACTORES QUE AFECTAN A LA FUNCIÓN SEXUAL

Debemos comprender que la función sexual de cada mujer en etapa de climaterio debe ser valorada tomando como referencia lo que en ella se consideraba como normal antes de este periodo. Comúnmente se piensa que la función sexual se deteriora con el paso de la edad, si bien esto es cierto en algunos casos, en muchas otras circunstancias ocurre lo contrario, por este motivo no se puede generalizar (16).

Múltiples problemas médicos como la diabetes mellitus, hipertensión y cáncer de mama, útero y cuello uterino, incluyéndose también a los antecedentes de cirugía



ginecológica, síndrome genitourinario de la menopausia e incontinencia urinaria se han relacionado con disfunción sexual (17). Dentro de estas, uno de los que más influye es la diabetes mellitus, debido a que al producir daño microvascular crónico afecta la vascularización e inervación del clítoris y estructuras adyacentes produciendo una disminución de la excitación, deseo y lubricación. De manera similar afecta la hipertensión, y en las pacientes con cáncer el problema empeora debido a las quimioterapias. Sin embargo, uno de los puntos importantes a tomar en cuenta en las mujeres con estas enfermedades son los trastornos del estado de ánimo como la depresión, la cual suele ser bastante común (20).

La afectación de la función sexual es al menos 4 veces más habitual en mujeres con atrofia vulvovaginal, provocando un impacto negativo en el deseo, excitación sexual y capacidad de orgasmo (14).

Existen también factores relacionados a este trastorno como el prolapso de órganos pélvicos que disminuyen el interés y función sexual (17).

Existe un cuestionario que resulta de gran utilidad para evaluar la función sexual que en mujeres con incontinencia o con prolapso genital, encuesta denominada "PELVIC ORGAN PROLAPSE/URINARY INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAIRE (PISQ-12)" (Ver en anexos) (5).

### TEST PISQ-12

Este Test es una versión reducida Del PISQ-31, creado por Rogers. Fue diseñado como instrumento específico para evaluar la función sexual en mujeres que tenían prolapso de órganos pélvicos de órganos pélvicos, propuesto y utilizado en pacientes estadounidenses, el cual al momento de la traducción no era válido para mujeres de habla hispana por que surge el PISQ-12 con preguntas dirigidas a un aspecto sociocultural distinto, siendo este utilizado en España y otros países de Latinoamérica. Este cuenta con 12 preguntas donde cada una tiene 5 respuestas que van de puntuaciones de 0 a 4 y al final se evalúa si la persona tiene un trastorno severo (menor a 12), moderado (de 12 a 27) o si no tiene (mayor a 28) (5).

### **CAPÍTULO III: INCONTINENCIA URINARIA:**

La incontinencia urinaria de la mujer adulta es definida como la pérdida involuntaria de orina, y es clasificada en tres tipos: a) incontinencia urinaria de esfuerzo, que ocurre cuando existe un aumento de la presión intraabdominal (tos, estornudos, ejercicio físico, risas, etc); b) incontinencia urinaria de urgencia; c) incontinencia urinaria mixta, en pacientes que presentan incontinencia por esfuerzo y estrés (no necesariamente concurrente) (23).

- La incontinencia urinaria de esfuerzo: se da por un incremento en la presión intraabdominal sin que exista el deseo de micción anterior. Este depende netamente de la correcta función del esfínter urinario además de las estructuras musculares con los ligamentos que se encargan de sostener el suelo pélvico. Si estos mecanismos fallan y se incrementa la presión intraabdominal en acciones como reír, levantar pesas, toser, estornudar se va a observar incontinencia. Entre los factores de riesgo se incluyen envejecimiento, embarazo, obesidad, parto vaginal; otros consideran a la histerectomía, diabetes mellitus como causas de la misma (23).
- Incontinencia urinaria de urgencia: Ocasionada por alteraciones fisiológicas de la función de la vejiga y las 3 etiologías que la provocan son: Hiperactividad del detrusor, hipersensibilidad de la vejiga, mala distensibilidad del detrusor (24).
  - ◇ Por hiperactividad del detrusor: En la mayoría de las mujeres se considera idiopática pero también se la relaciona con lesiones en la columna; se denomina hiperactividad por contracciones espontáneas que no son inhibidas durante el llenado de la vejiga (24).
  - ◇ Cumplimiento deficiente del detrusor: Puede ser provocado por radioterapia pélvica o en periodos largos de cateterismo, y es producido por la baja distensibilidad, en donde la vejiga no se estira causando un aumento de presión y molestias durante el llenado (24).
  - ◇ Hipersensibilidad vesical: se considera al urotelio no solo como una barrera sino además una estructura sensible que puede detectar estímulos térmicos, mecánicos y químicos. Se considera que el equilibrio del microbiota puede alterar la sensibilidad y llegar a afectar la función de la vejiga (24).

- Incontinencia urinaria mixta: Las mujeres tienen incontinencia por urgencia sin tener esfuerzo o por aumento de la presión intraabdominal. Presentan los dos simultáneamente y aún se desconoce los mecanismos fisiológicos que generan ambas en el mismo paciente (24).

## EPIDEMIOLOGÍA

En la mayoría de las poblaciones la incontinencia urinaria es una condición estigmatizante, que genera una baja tasa de presentación en atención, creando un alto sesgo en el diagnóstico. El rango de incidencia en mujeres adultas es amplio, aunque las tasas varían en países por las diferencias culturales. En la mayoría de los estudios se ha visto una mayor frecuencia en mujeres mayores de 45 años; y para la población en conjunto es más común presentar incontinencia de esfuerzo que la de urgencia o la mixta. Se proyecta que aumentan los casos cuando existen trastornos de suelo pélvico como prolapso de órganos pélvicos e incontinencia fecal (24).

La calidad de vida sexual de las mujeres con incontinencia urinaria es un tema que tiene poco interés de estudio en nuestro medio. Existe una encuesta que nos ayuda a evaluar la calidad de vida de estas pacientes (cuestionario ICIQ-SF) que resulta de gran utilidad (Ver anexos) (6).

## TEST ICIQ-SF

Consultation on incontinence questionnaire short – form, es un cuestionario validado en el idioma inglés el cual ha demostrado superioridad con respecto a otros para valorar la incontinencia urinaria. Este ha sido obtenido de otros tabloides de preguntas de la OMS. Consta de cuatro enunciados en donde se denomina incontinencia si la mujer obtiene un puntaje mayor a uno al final del test (6).

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INCONTINENCIA URINARIA

Los siguientes factores se pueden asociar a la incontinencia urinaria:

- Sexo femenino: Las mujeres al tener una longitud uretral más corta, o debido a cambios del piso pélvico producidos por el parto.

- Edad: Relacionados a este factor se encuentran la atrofia celular, el hipoestrogenismo propio de la edad, deterioro cognitivo, pérdida de la capacidad de concentración renal, etc.
- Raza: Existe mayor prevalencia en mujeres blancas comparándose con la raza negra, debido a diferencias en el tejido conjuntivo o los músculos.
- Obesidad
- Multiparidad.
- Histerectomía: En mujeres mayores de 60 años aumenta hasta en un 60% el riesgo.
- Factores uro-ginecológicos: Suele estar asociado el prolapso de la vagina y de órganos y músculos del piso pélvico, cirugías uro-ginecológicas, además del estreñimiento e infecciones urinarias.
- Otros: Existen otros factores como las cardiopatías, diabetes, accidentes cerebrovasculares, demencia, tabaquismo, entre otras (25).

### SÍNDROME GENITOURINARIO EN MENOPAUSIA Y DOLOR SEXUAL

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) se presenta con síntomas vulvovaginales y vesicouretrales, los cuales suelen ser causados por variaciones en el epitelio debido a hipoestrogenismo, el cual es normal en esta etapa de la vida de las mujeres. Su diagnóstico se basa en la clínica teniendo en cuenta signos y síntomas pélvicos y genitourinarios (26).

Se caracteriza principalmente por:

- Sequedad y ardor vaginal.
- Secreción vaginal y picazón.
- Ardor y/o urgencia al miccionar.
- Infecciones urinarias de carácter recurrente e incontinencia.
- Incomodidad o molestia al mantener relaciones sexuales y ligero sangrado post coito.
- Lubricación insuficiente.
- Estrechamiento y acortamiento de la vagina (27).

## DOLOR SEXUAL

El dolor durante las relaciones sexuales antes y luego de la menopausia es un tema bastante importante ya que repercute fuertemente en la calidad de vida sexual de las mujeres. La dispareunia es un síntoma del SGM, causado por la disminución de estrógenos característico del climaterio, y que como consecuencia produce sequedad vaginal e inflamación de las paredes (atrofia vaginal o vaginitis atrófica) (27).

## JUSTIFICACIÓN

Si bien es cierto todas las mujeres atraviesan la etapa del climaterio al pasar los 40 años, las manifestaciones de este evento fisiológico suelen afectar más a unas que a otras. Comúnmente se ve fuertemente afectada su calidad de vida tanto en el ámbito de la salud sexual como emocional, por lo tanto, es un tema que no debe pasar por alto especialmente por su incidencia. Además, existen pocos datos en la literatura que han correlacionado la función sexual y la incontinencia urinaria.

En Ecuador no existen datos tabulados acerca del tema ya que aún sigue siendo un tabú en la sociedad hablar de la función sexual femenina y cuando llega la etapa del climaterio se da más atención a los síntomas notorios y no se abarca el problema de la disfunción sexual, quizás por miedo a la respuesta de la mujer, o por no ser considerado importante en la parte clínica. Por esta razón, no se ha podido relacionar con el problema de incontinencia urinaria que es una afección común por la que las mujeres climatéricas acuden a consulta médica.

## **METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO**

- El tipo de estudio correspondiente al trabajo fue observacional analítico.
- El diseño de estudio es de correlación y transversal, con recolección de datos mediante encuestas.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

La población de estudio se estimó mediante el registro de consulta externa del HTMC de mujeres que cumplieran con los criterios de selectividad dentro de este estudio en el periodo de Marzo a Junio del 2021, dando como resultado una población de 412 mujeres, de las cuales se realizó un cálculo de muestra significativa mediante la utilización de la plataforma Survey Monkey que estimó una muestra de 200 con un nivel de confianza del 95% y un error del 0.05%.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Mujeres por lo demás sanas, con edad entre 45 y 75 años, que sean usuarias de la consulta externa (chequeo anual de rutina) del HTMC o acompañantes de pacientes del mismo hospital.
- Mujeres sexualmente activas y que cursen edades entre los 45 y 75 años.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Mujeres que no acepten ser encuestadas o que tengan alguna incapacidad de entender las preguntas de la encuesta.
- Mujeres que no sean sexualmente activas.

### **RECOLECCION DE DATOS**

Para la evaluación de la incontinencia urinaria se puntualizaron parámetros basados en las respuestas del cuestionario ICIQ-SF: Para precisar la existencia de esta la mujer encuestada debía tener una puntuación  $>1$ , mientras que y un puntaje  $\leq 1$  era indicativo de que no tenía incontinencia

La disfunción sexual se evaluó mediante el cuestionario PISQ-12 precisando tres categorías según el puntaje obtenido: Disfunción severa en ( $\leq 12$ ), moderado (13-27) y sin trastorno (28-60).



## RESULTADOS

De la muestra obtenida (200 mujeres de edades entre 45 a 75 años) se registró un promedio de edad de  $57.8 \pm 8.15$  años. El rango de edad de la mayoría de las mujeres encuestadas fue de 45 a 49 años. Se estableció categorías para el número de hijos: nulíparas ( $n=13$ ; ), 1-2 hijos ( $n=80$ ; ) y más de 2 hijos ( $n=107$ ), resultando que el promedio de la cantidad de hijos fue de 2.92. Con respecto al estado civil se obtuvo que el 54% de las encuestadas eran casadas, el 11.5% eran solteras, el 10% viudas, el 10% eran divorciadas y el 14.5 se encontraban en unión libre.

Mediante el test ICIQ-SF, que evalúa la frecuencia de pérdida de orina, se encontró que el 37.5% ( $n=75$ ) nunca sufrió pérdida alguna, el 30% (60 mujeres) podía perder orina menos de una vez por semana, el 17.5% ( $n=35$ ) de 2 a 3 veces por semana, el 4.5% ( $n=9$ ) hasta una vez al día, el 9% ( $n=18$ ) varias veces por día y solo el 1.5% ( $n=3$ ) perdían orina de manera continua. Al evaluar la cantidad de orina escapada se obtuvo que al 36.5% ( $n=73$ ) no se le escapó nada, el 46.5% ( $n=93$ ) tuvo escape de poca cantidad, el 15.5% ( $n=31$ ) en moderada cantidad y solo el 1% ( $n=3$  pacientes de las 200 encuestadas) respondió que perdía orina en mucha cantidad. Otra pregunta del cuestionario estableció las situaciones en las que existe pérdida de orina encontrándose que del total ( $n=200$ ), 6 perdían orina de forma continua, 12 sin algún motivo evidente, 2 después de haber terminado la micción y haberse vestido, 1 al realizar ejercicio o esfuerzo físico, 26 mientras duermen, 15 al toser o estornudar, 72 antes de llegar al baño y 0 respondieron que nunca. La IU puede afectar en promedio en un 3.45 la calidad de vida de las mujeres, dentro de una escala de 0 a 10 donde 0 era que no afectaba y 10 que era insoportable vivir así.

El cuestionario PISQ-12, que valora la función sexual, evaluó la frecuencia con la que las mujeres encuestadas sentían deseo de realizar alguna actividad de carácter sexual, encontrándose que un 7% ( $n=14$ ) respondieron que nunca tenía deseos, el 10.5% ( $n=21$ ) dijo que sentía deseos menos de una vez al mes, el 17% ( $n=34$ ) al menos una vez al mes, el 42,5% ( $n=85$ ) una vez a la semana y el 23% ( $n=46$ ) todos los días. Con respecto a la frecuencia del orgasmo se encontró que un 10% ( $n=20$ ) dijo no llegar al orgasmo, un 16.5% ( $n=33$ ) rara vez, el 31.5% ( $n=63$ ) algunas veces,

el 27% (n=54) lo alcanza de forma frecuente y el 15% (n=30) siempre llegan al orgasmo.

En cuanto a la frecuencia en la que las mujeres se excitan durante la actividad sexual el 9% (n=18) dijo que rara vez sienten excitación, y el 9% también algunas veces; el 34% (n=68) se excitan solo algunas veces, el 27.5% (n=55) de forma frecuente y el 20.5% (n=41) respondieron que siempre se sentían excitadas. Otro parámetro evaluado fue la frecuencia con la que las mujeres estuvieron satisfechas con la actividad sexual en lo que se obtuvo que el 10% (n=20) nunca lo estaba, el 19% (n=38) rara vez, el 31.5% (n=63) algunas veces, el 24,5% (n=49) se sienten satisfechas de manera frecuente y el 15% (n=30) siempre. Al menos el 1% de mujeres aseguró siempre sentir dolor durante el coito (n=2), el 13% (n=26) de manera frecuente, 36.5% (n=73) algunas veces, el 29% (n=58) respondieron que rara vez les dolía y un 20.5% (n=41) contestó jamás sentir dolor.

Al evaluar la frecuencia en la que existían escapes de orina durante las relaciones sexuales, la mayoría, es decir el 61% (n=122), contestó que nunca. Un 17.5% (n=35) contestó que rara vez podía ocurrir, el 20% (n=40) perdió orina algunas veces, el 1.5% (n=3) reportaron pérdidas de orina de forma frecuente, mientras que ninguna de las encuestadas respondió que existía pérdida de orina siempre. Se obtuvo que la IU durante las relaciones sexuales puede llegar a ser un factor por el cual las mujeres evitan este tipo de actividad con sus parejas, encontrándose que el 0.5% (n=1) las evita de manera frecuente, el 19.5% (n=39) algunas veces, el 16% (n=32) rara vez, a el 64% de las encuestadas (n=128) no les afecta nunca, cabe recalcar que 0% de las pacientes reportaron que siempre se cohibían por esta razón. Al evaluar la represión de la actividad por presencia de bultos en la vagina se obtuvo que 1 de las encuestadas es decir el 0.5% aseguró que siempre se sentía afectada debido a esto, el 1% (n=2) de manera frecuente, el 16.5% (n=33) aseguró que solo le afectaba algunas veces, el 13% (n=26) rara vez y el 69% (n=138) nunca. El 0% refirió tener alguna emoción negativa durante la actividad sexual ya sea siempre o frecuentemente, el 18.5% (n=37) algunas veces, el 18% rara vez y el 63.5% (n=127) nunca. Algo que tuvo mucha importancia dentro del estudio fue la frecuencia de disfunción eréctil de las parejas ya que al menos el 4% (n=8) refirieron que

tenían este problema de forma frecuente, el 21% (n=42) algunas veces, el 25% (n=50) rara vez y el 49.5% (n=99) nunca, si bien es cierto solo el 0.5% (n=1) de las mujeres respondió que era un problema que les afectaba siempre debemos tener en cuenta que un gran porcentaje aseguró que de alguna u otra manera influía en sus relaciones. Al evaluar la frecuencia en la que existió eyaculación precoz en sus compañeros se concluyó que siempre tenían este problema solo el 1% (n=2), de forma frecuente el 5% (n=10), algunas veces el 19% (n=38), rara vez afecta al 31% (n=62) y el 44% (n=88) nunca se vio afectado. Se realizó una comparación de la intensidad de orgasmo de los últimos seis meses con los anteriores a lo que el 22.5% (n=45) respondieron que actualmente son mucho menos intensos, el 39% (n=78) aseguró que eran menos intensos, el 31% (n=62) igual de intensos, el 6% (n=12) lo catalogó como mas intensos que antes y el 1.5% (n=3) como mucho mas intensos.

Al evaluar la IU se pudo encontrar que el 62% (n=124) padecía este trastorno, mientras que el 38% (n=76). Con respecto a la función sexual, el 78% (n=158) no manifestó alteración, el 21% de las encuestadas (n=42) presentó disfunción sexual moderada, y el 0% disfunción severa.

Por medio de Pearson se estableció una correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambos test, donde se obtuvo un valor a  $D=-0,15$  que se interpreta como una correlación inversa débil entre las dos variables, lo que quiere decir que no existe dependencia entre una y la otra.

Al relacionar la incontinencia urinaria con la función sexual se encontró, que de las 200 encuestadas el 38% (n=76) no presentaron incontinencia, mientras que 62% (n=124) si presentaron, de estas 124 pacientes con incontinencia se obtuvo que el 25% (n=32) tuvieron también afectación de la función sexual, mientras que en el 74.19% (n=92) no se evidenció alteración de la función sexual. Por otro lado, del grupo de mujeres que no tuvieron incontinencia solo el 13.15% (n=10) presentaron disfunción sexual, y en el 86,8% restante no se observó incontinencia ni manifestaron disfunción sexual, por lo tanto, si hay una relación significativa entre la existencia de la incontinencia urinaria con la disfunción sexual [ $p= 0.033$ ]; [ $R=0.0247$ ].

Al relacionar el número de hijos con la incontinencia urinaria se concluyó que del total de las nulíparas (n=13), el 3% (n=6) no presentaron incontinencia y el 3,5%

(n=7) si presentaron; de las mujeres que tenían de 1 a 2 hijos (n=80), la mitad presentaron incontinencia y la otra mitad no; y de quienes tuvieron más de dos hijos (n=107), el 15% (n=30) no tuvieron incontinencia mientras que el 38.5% (n=77) si evidenciaron. Se encontró relación significativa [p= 0,007] al aplicar la prueba de Chi-cuadrado en esta correlación.

Para realizar la relación entre la edad y la existencia de disfunción sexual se dividió en dos grupos: Uno de 45-60 años (n=132) en donde se obtuvo que el 11% (n=22) de las mujeres que participaron en el estudio reportaron algún trastorno de carácter sexual, mientras que el 55% (n=110) demostró lo contrario; mientras que en el rango de 61-75 (n=68), el 10% (n=20) presentaron alteración en su sexualidad y en el 24% (n=48) no existió este trastorno [p= 0,036].

En la correlación entre el número de hijos y la alteración de la función sexual se encontró que el 0,5% (n=1) del total de las nulíparas si presentó disfunción sexual y el 6% (n=12) no presentó, de las mujeres que tenían de 1 a 2 hijos el 7,5% (n=15) presentaron este problema mientras que el 33% (n=66) no, y por último quienes tuvieron más de 2 hijos obtuvieron una puntuación que categorizó como sin disfunción sexual al 40% (n=80) y con disfunción al 13% (n=26). Dando como resultado que existe relación significativa en el estudio [p= 0,28].

## DISCUSIÓN

La edad se ha visto fuertemente relacionada con la disfunción sexual, tal como lo indicó un estudio realizado en Taiwán en el año 2020 en cual la estableció como el factor de riesgo más importante. Señaló que a mayor edad era más alto el riesgo de alteración de la función sexual y lo relacionó con la sintomatología propia de la menopausia como la sequedad de la vagina que empeora con la edad, sumado a esto la presencia de incontinencia, lo cual afecta la calidad de vida. A diferencia del anterior, en este análisis se encontró una relación mayor con el rango de menor edad, esto probablemente debido a que la cantidad de encuestadas tuvo mayor distribución en este (28).

Es importante destacar que en el estudio de base empleado para la realización del presente, fue publicado en España por la revista de actas urológicas en el año 2008, donde además de la función sexual e incontinencia se evaluaron más características, el cual se vio limitado debido a la inespecificidad de su muestra y a la poca colaboración de las mujeres encuestadas. En dicho estudio resultó un valor  $r=0,038$  y  $p=0.847$  teniendo en cuenta que ellos obtuvieron una relación débil al igual que en este trabajo ( $r=0.0247$  y  $p=0.030$ ), la diferencia radicó en que la muestra de la tesis española no fue significativa mientras que aquí se contó con una mejor muestra. Cabe recalcar que ambos estudios se vieron en algo afectados debido a que el tema de la encuesta al ser de carácter delicado y un tabú en la sociedad muchas mujeres se sintieron incómodas con las preguntas y no terminaban correctamente el cuestionario o no eran sinceras en sus respuestas (5).

Otro estudio comparativo realizado en Quito como tema de titulación de la Pontificia universidad católica del Ecuador en el año 2015 confirmó que las mujeres multíparas desarrollan con mayor frecuencia incontinencia urinaria, catalogándose este como un factor de riesgo; existiendo similitud con este proyecto en el que se obtuvieron resultados parecidos con una relación significativa entre ambas variables (6).

## CONCLUSIONES

- La mayoría de las mujeres en etapa climatérica sufren algún tipo de incontinencia urinaria que muchas veces suele ser desapercibida por ellas ya que lo consideran parte de su cotidianidad.
- Se encontró una relación significativa entre el número de hijos y la existencia tanto de incontinencia urinaria como de disfunción sexual. A mayor cantidad de hijos aumentaba el puntaje obtenido en el test ICIQ-SF. Por lo tanto, se concluyó que el número de hijos está directamente relacionado con el escape de orina no intencional.
- En cuanto a la función sexual con la edad se obtuvo una relación significativa, siendo que en el rango de 45-60 años, al tener una mayor cantidad de encuestadas (n=132) tuvo una tasa de disfunción sexual más alta, teniendo en cuenta que del total de pacientes en este rango de edad solo 11% (n=22) tuvieron trastorno disfuncional y 110 no lo tuvieron. Por otro lado, del total de las mujeres incluidas entre los 61-75 años (n=68), el 10% (n=20) tuvo algún trastorno mientras que el 24% (n=48) no lo presentó. A pesar de que los porcentajes entre las mujeres con disfunción de ambos rangos es similar, no marcan una tendencia ya que la muestra en el rango de mayor edad era menor.
- En gran porcentaje de las mujeres encuestadas hubo disminución de la libido sexual lo cual puede ser producto de los síntomas propios de la menopausia pero sin embargo en el estudio se corroboró mediante el test PISQ-12 que también existía relación con la incontinencia urinaria, que a su vez puede estar asociada con la aparición de problemas ya sea de eyaculación precoz o disfunción eréctil presentado en sus compañeros sexuales.
- Se observó una correlación inversa entre los dos test ICIQ-SF Y PISQ-12, donde a mayor puntaje obtenido en el test de incontinencia menor puntaje en disfunción sexual. Pero esto no quiere decir que sean dos variables dependientes ya que existió un gran porcentaje de mujeres que presentaron incontinencia, pero no tenían alteración en el ámbito sexual o viceversa.
- Existe una gran estigmatización al hablar de la función sexual frente a otras personas por lo que pudieron existir respuestas sesgadas. La sexualidad como tal

es considerada poco importante en la parte clínica médica ya que si no existe dolencia no es relevante; por lo que muchas mujeres lo toman como parte de la edad o como algo a lo que están sentenciadas.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda la mayor realización de estudios de tipo prospectivo donde se valore cómo va el paciente y a la vez les realicen estudios ginecológicos a cada una de ellas para corroborar la verdadera incontinencia de la persona.
- Al momento de encuestar tratar de buscar a personas que estén dispuestas a colaborar y que sean sinceras al responder; que durante la encuesta se encuentren sin compañía de la pareja ya que puede persuadir en la respuesta.
- Es importante que para futuras investigaciones se escoja una población más grande y que el rango de edad en estas no sea tan amplio para que la variabilidad no afecte el estudio y se pueda tomar acciones al respecto.
- La función sexual de la mujer no debe ser estigmatizada o vista como un tema sin relevancia, sino que se debe tener en cuenta que quizás solucionando el problema de la incontinencia, la disfunción sexual pueda ser revertida.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi 2L. Sexual Health in Menopause [Internet]. PUBMED . 2018 [citado 23 noviembre 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31480774/>
2. Torres Jiménez Ana Paola, Torres Rincón José María. Climaterio y menopausia. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Jun 26] ; 61( 2 ): 51-58. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es).
3. Takahashi TA, Johnson KM. Menopause [Internet]. PUBMED . 2015 [citado 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25841598/>
4. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality [Internet]. PUBMED . 2015 [citado 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26316248/>
5. Espuña Pons M, Puig Clota M, González Aguilón M, Zardain PC, 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 Urol Esp. 2008;211-9.
6. BAQUERO ORTEGA EC, CATTANY TOAPANTA GC. RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES AÑO 2015 [ OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO]. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR; 2015.
7. Lains Mota R. Female urinary incontinence and sexuality [Internet]. PUBMED . 2017 [citado 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28124522/>
8. Napoles Betancourt A, Alfonso Rodríguez AC. Bibliographic notes on sexual health in middle-aged women. Revista de comunicación y salud. 2019;(2173-1675):17–26.
9. Agurto V, Winny S. Valoración de la capacidad física y funcional en mujeres climatéricas que asisten al Hospital General Guasmo Sur. [Licenciatura en terapia física]. 2020.
10. Pérez Tomás C. Estudio comparativo de la función sexual en mujeres intervenidas de incontinencia urinaria de esfuerzo con malla subrectal [Doctor]. Universidad Miguel Hernández; 2015.
11. The Menopausal Transition. obgyn.theclinics [Internet]. 2017 [citado 26 junio 2021];. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28499537/>
12. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Simoncini T. Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. NATURE REVIEWS | ENDOCRINOLOGY [Internet]. 2018 [citado 26 junio 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29393299/>
13. OMS | La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 6 de julio de 2021]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sh-linkages-rh/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/)

14. Espitia De La Hoz FJ, Orozco-Gallego H. Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio. Rev Médica Risaralda. enero de 2018;24(1):58-60.
15. Izquierdo MS, García EH. Climaterio y sexualidad. Enferm Glob. 4 de octubre de 2015;14(4):76. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/clinica4.pdf>
16. Costa - Correspondencia Dr. Jorge Arena.pdf [Internet]. [citado 30 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ago/v43n2/v43n2a07>
17. Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. Obstet Gynecol Clin North Am. diciembre de 2018;45(4):709-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30401552/>
18. Rodríguez-Landa JF, Cueto-Escobedo J. Menopause: A Multidisciplinary Look at. BoD – Books on Demand; 2017. 138 p.
19. Namazi M, Sadeghi R, Behboodi Moghadam Z. Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. Int J Womens Health. 9 de diciembre de 2019;11:637-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6910086/>
20. Bravo Polanco E, Águila Rodríguez N, Benítez Cabrera CA, Rodríguez Soto D, Delgado Guerra AJ, Centeno Díaz A. Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. Medisur. 2019;719-27.
21. Mahmoud. Effect of menopausal symptoms on psychological problems among middle-aged women [Internet]. [citado 6 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.enj.eg.net/article.asp?issn=2090-6021;year=2018;volume=15;issue=3;spage=292;epage=301;aulast=Mahmou>
22. Lugones Botell M, Lugones Botell M. Aspectos éticos y sociales de la sexualidad de la mujer en el climaterio y la posmenopausia. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. septiembre de 2019 [citado 6 de julio de 2021];45(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0138-600X2019000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2019000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
23. Izquierdo MS, García EH. Climaterio y sexualidad. Enferm Glob. 4 de octubre de 2015;14(4):76. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/clinica4.pdf>
24. Costa - Correspondencia Dr. Jorge Arena.pdf [Internet]. [citado 30 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ago/v43n2/v43n2a07>
25. Robles JE. La incontinencia urinaria. An Sist Sanit Navar. agosto de 2006;29(2):219-31.
26. Jeremías MD, Chaves SV. Tratamiento local del síndrome genitourinario en la menopausia. Rev Medica Sinerg. 1 de septiembre de 2020;5(9):e570-e570.
27. Atrofia vaginal - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 6 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/vaginal-atrophy/symptoms-causes/syc-20352288>
28. Lau H-H, Sun F-Y, Wang H, Su T-H, Huang W-C. Cutoff score of the traditional Chinese version of the short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). Taiwan J Obstet Gynecol. marzo de 2020;59(2):227-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127142/>

## ANEXOS

**TABLA 1.** Cuestionario ICIQ-SF Y PISQ-12

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF y PISQ-12 cuestionario para evaluar función sexual.

<b>Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF</b>	
<p>El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.</p>	
<b>Cuestionario:</b>	
1.	<p>¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nunca</li> <li>b. Una vez a la semana</li> <li>c. 2-3 veces/semana</li> <li>d. Una vez al día</li> <li>e. Varias veces al día</li> <li>f. Continuamente</li> </ul>
1.	<p>Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No se me escapa nada</li> <li>b. Muy poca cantidad</li> <li>c. Una cantidad moderada</li> <li>d. Mucha cantidad</li> </ul>
1.	<p>¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria? Siendo el 0 nada y el 10 mucho</p> <p style="text-align: center;">0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>

2.	<p>¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nunca.</li> <li>b. Antes de llegar al servicio.</li> <li>c. Al toser o estornudar.</li> <li>d. Mientras duerme.</li> <li>e. Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.</li> <li>f. Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.</li> <li>g. Sin motivo evidente.</li> <li>h. De forma continua.</li> </ul>
----	--

<b>Cuestionario PISQ-12</b>	
<p>Cuestionario sobre función sexual y prolapso vaginal/ incontinencia de orina (PISQ-12).  <b>INSTRUCCIONES:</b> A continuación, encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los médicos a comprender que aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor ponga una cruz en la casilla que desde su punto de vista responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos 6 meses. Gracias por su ayuda.</p>	
<b>Cuestionario:</b>	
1.	<p>¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo en realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Todos los días.</li> <li>b. 1 vez a la semana</li> <li>c. 1 vez al mes</li> <li>d. Menos de 1 al mes</li> <li>e. Nunca</li> </ul>
2.	<p>¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo en realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Todos los días.</li> <li>b. 1 vez a la semana</li> <li>c. 1 vez al mes</li> <li>d. Menos de 1 al mes</li> </ul>

	e. Nunca
3.	¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero? a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez e. Nunca
4.	¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero? a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez e. Nunca
5.	¿Está satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual? a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez e. Nunca
6.	¿Siente dolor durante las relaciones sexuales? a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez e. Nunca
7.	¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual? a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez e. Nunca
8.	El miedo a la incontinencia (heces u orina). ¿Restringe su actividad sexual? a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez

	e. Nunca
9.	<p>¿Evita las relaciones sexuales debido al bulto en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?</p> <p>a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez e. Nunca</p>
10.	<p>Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero ¿Siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?</p> <p>a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez e. Nunca</p>
11.	<p>¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?</p> <p>a. Siempre b. Frecuentemente c. Algunas veces d. Rara vez e. Nunca</p>
12.	<p>En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo califica los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?</p> <p>a. Mucho menos intensos b. Menos intensos c. Igual de intensos d. Mas intensos e. Mucho más intensos</p>

**TABLA 2.** Rasgos sociodemográficos de las mujeres encuestadas.

<b>PACIENTES ENCUESTADAS DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DE ENERO A JUNIO 2021</b>				
<b>POBLACIÓN</b>		<b>MUESTRA</b>		
412		200		
<b>VARIABLES CUANTITATIVAS</b>				
	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESV. ESTÁNDAR</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>Máximo</b>
<b>EDAD</b>	57.18	8,151061219	45	75
<b>CANTIDAD DE HIJOS</b>	2.92	1,904602993	0	0
<b>VARIABLES CUALITATIVAS</b>				
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>		<b>PORCENTAJE</b>	
CASADA	108		54%	
SOLTERA	23		11.5%	
VIUDA	20		10%	
DIVORCIADA	20		10%	
UNIÓN LIBRE	29		14.5%	

**TABLA 3.** Frecuencia de respuesta en cuestionarios

Frecuencia entre las preguntas de los test ICIQ-SF y Frecuencia entre las preguntas del test PISQ-12.

<b>PREVALENCIA ENTRE LAS PREGUNTAS DEL TEST ICIQ-SF DENTRO DE LAS MUJERES ENCUESTADAS</b>				
	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESV. ESTÁNDAR</b>
<b>CALIDAD DE VIDA EN LA QUE AFECTA LA INCONTINENCIA</b>	0	10	3.435	3.428490

<b>FRECUENCIA DE PÉRDIDA DE ORINA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NUNCA	75	37,5
≤1x SEMANA	60	30
2-3 x SEMANA	35	17,5
1 x DÍA	9	4,5
VARIAS x DÍA	18	9
CONTINUAMENTE	3	1,5
	200	
<b>IMPRESIÓN DE LA CANTIDAD DE ORINA ESCAPADA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NADA	73	36,5
POCO	93	46,5
MODERADA	31	15,5
MUCHA	3	1,5
	200	
<b>SITUACIONES EN LAS QUE SE PIERDE ORINA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
NUNCA	0	
ANTES LLEGAR BAÑO	72	
TOSE O ESTORNUDA	15	
DUERME	26	
ESFUERZO O EJERCICIO	1	
POST MICCION	2	
SIN MOTIVO EVIDENTE	12	
CONTINUO	6	

<b>PREVALENCIA ENTRE LAS PREGUNTAS DEL TEST PISQ-12 DENTRO DE LAS MUJERES ENCUESTADAS</b>		
<b>FRECUENCIA DEL DESEO SEXUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NUNCA	14	7
<3	21	10,5
1 x Mes	34	17
1 X SEMANA	85	42,5
TODOS LOS DÍAS	46	23



	200	
<b>FRECUENCIA EN QUE SIENTEN ORGASMO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NUNCA	20	10
RARA VEZ	33	16,5
ALGUNAS VECES	63	31,5
FRECUENTEMENTE	54	27
SIEMPRE	30	15
	200	
<b>FRECUENCIA DE LA EXCITACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NUNCA	18	9
RARA VEZ	18	9
ALGUNAS VECES	68	34
FRECUENTEMENTE	55	27,5
SIEMPRE	41	20,5
	200	
<b>FRECUENCIA DE SATISFACCIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NUNCA	20	10
RARA VEZ	38	19
ALGUNAS VECES	63	31,5
FRECUENTEMENTE	49	24,5
SIEMPRE	30	15
	200	
<b>FRECUENCIA DEL DOLOR DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	2	1
FRECUENTEMENTE	26	13
ALGUNAS VECES	73	36,5
RARA VEZ	58	29
NUNCA	41	20,5
	200	
<b>FRECUENCIA DEL ESCAPE DE ORINA DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	0	0
FRECUENTEMENTE	3	1,5

ALGUNAS VECES	40	20
RARA VEZ	35	17,5
NUNCA	122	61
	<b>200</b>	
<b>FRECUENCIA DE LA RE- PRESIÓN DE LA ACTIVI- DAD SEXUAL POR PÉR- DIDA DE ORINA DU- RANTE EL ACTO.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	0	0
FRECUENTEMENTE	1	0,5
ALGUNAS VECES	39	19,5
RARA VEZ	32	16
NUNCA	128	64
	200	
<b>FRECUENCIA DE LA RE- PRESIÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL POR BULTOS EN LA VAGINA.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	1	0,5
FRECUENTEMENTE	2	1
ALGUNAS VECES	33	16,5
RARA VEZ	26	13
NUNCA	138	69
	<b>200</b>	
<b>FRECUENCIA DE EMO- CIONES NEGATIVAS DU- RANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	0	0
FRECUENTEMENTE	0	0
ALGUNAS VECES	37	18,5
RARA VEZ	36	18
NUNCA	127	63,5
	200	
<b>FRECUENCIA DE DIS- FUNSIÓN ERECTIL EN LA PAREJA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	1	0,5
FRECUENTEMENTE	8	4
ALGUNAS VECES	42	21
RARA VEZ	50	25

NUNCA	99	49,5
	200	
<b>FRECUENCIA DE EYACULACIÓN PRECOZ EN LA PAREJA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	2	1
FRECUENTEMENTE	10	5
ALGUNAS VECES	38	19
RARA VEZ	62	31
NUNCA	88	44
	200	
<b>Comparación del orgasmo de los último 6 meses con los anteriores</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
MUCHO MENOS INTENSO	45	22,5
MENOS INTENSO	78	39
IGUAL DE INTENSO	62	31
MAS INTENSO	12	6
MUCHO MAS INTENSO	3	1,5
	200	

**TABLA 4.** Categorización de resultados

Categorización de las pacientes con incontinencia según el test ICIQ-SF y según PISQ-12

ICIQ-SF			
SEVERIDAD	PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN INCONTINENCIA	≤1	76	38
INCONTINENCIA	>1	124	62
PISQ-12			
SEVERIDAD	PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEVERO	≤12	0	0
MODERADO	13-27	42	21
SIN TRAS-TORNO	28-60	158	79

**TABLA 5.** Tabla cruzada entre función sexual e incontinencia urinaria

		FUNCIÓN SEXUAL			TOTAL	%
		CON TRAS- TORNO	SIN TRAS- TORNO			
IN- CON- TI- NEN- CIA	SIN INCONTI- NENCIA	10 13,15%	66 86,8%	76	38%	
	CON INCONTI- NENCIA	32 25,8%	92 74,19%	124	62%	
TOTAL		42	158	200	100 %	
PORCENTAJE		21%	79%			

**PRUEBA DE CHI CUADRADO**

	VALOR	Sig. Asintótica
CHI-CUADRADO DE PEARSON	4,54403	0,0330
N. DE CASOS VÁLIDOS	200	

Según la tabla de chi cuadrado al dar como resultado un valor de p de 0,0330 nos indica que la relación entre la función sexual y la incontinencia urinaria es significativa, es decir que es clínicamente importante.

**TABLA 6.** Tabla cruzada entre cantidad de hijos e incontinencia

Tabla cruzada entre la cantidad de hijos y las mujeres con o sin incontinencia.

	CANTIDAD DE HIJOS			TOTAL
	NULIPARAS	1-2 HI- JOS	>2 HIJOS	
SIN INCONTINEN- CIA u	6	40	30	76
CON INCONTI- NENCIAS	7	40	77	124
TOTAL	13	80	107	200
PORCENTAJE	0,065	0,4	0,535	

PRUEBA DE CHI CUADRADO

	VALOR	Sig. Asintótica
CHI-CUADRADO DE PEARSON	9,76420086	0,007581074
N. DE CASOS VÁLIDOS	200	

Según la tabla de chi cuadrado al dar como resultado un valor de p de 0,0075 nos indica que la relación entre la cantidad de hijos y la presencia o ausencia de incontinencia urinaria es significativa, es decir que es clínicamente importante.

**TABLA 7.** Tabla cruzada entre cantidad de hijos y disfunción

Tabla cruzada entre la cantidad de hijos y mujeres con o sin disfunción sexual.

	CANTIDAD DE HIJOS			
	NULIPARAS	1-2 HIJOS	>2 HIJOS	
CON DISFUNCIÓN SEXUAL	1 0,5%	15 7,5%	26 13%	42
SIN DISFUNCIÓN SEXUAL	12 6%	66 33%	80 40%	158
	13	81	106	200
TOTAL	0,065	0,405	0,53	

PRUEBA DE CHI CUADRADO

	VALOR	Sig. Asintótica
CHI-CUADRADO DE PEARSON	2,483781466	0,288837587
N. DE CASOS VÁLIDOS	200	

Según la tabla de chi cuadrado al dar como resultado un valor de p de 0,288 nos indica que la relación entre el número de hijos la presencia o ausencia de disfunción sexual no es significativa, es decir que no existe relación y no es clínicamente importante.

**TABLA 8.** Tabla cruzada entre función sexual y rango de edad

Tabla cruzada entre función sexual y el rango de edad.

		FUNCIÓN SEXUAL			
		CON TRAS- TORNO	SIN TRAS- TORNO	TO- TAL	%
RANG O DE EDAD	45-60	22	110	132	66%
	61-75	20	48	68	34%
	TOTAL	42	158	200	100 %
	PORCEN- TAJE	21%	79%		

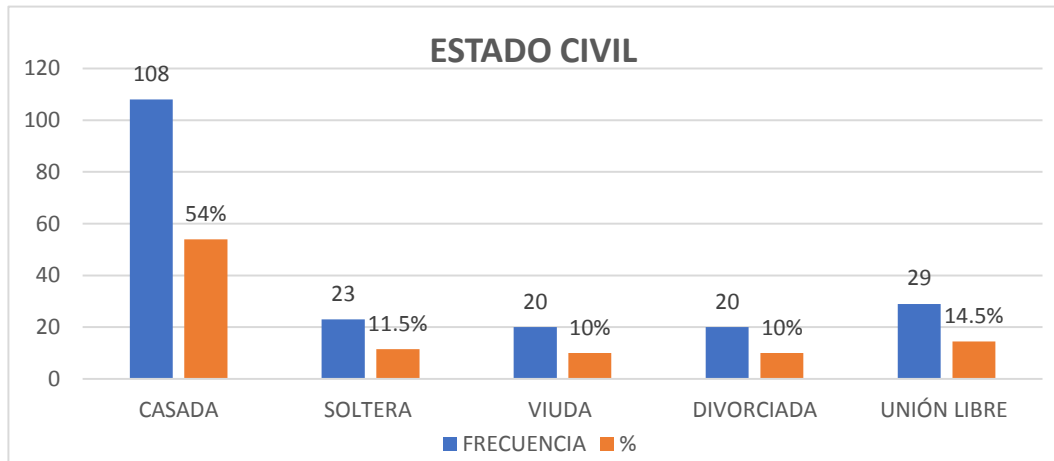
#### PRUEBA DE CHI CUADRADO

	VALOR	Sig. Asintótica
CHI-CUADRADO DE PEARSON	4,394331572	0,036058592
N. DE CASOS VÁLIDOS	200	

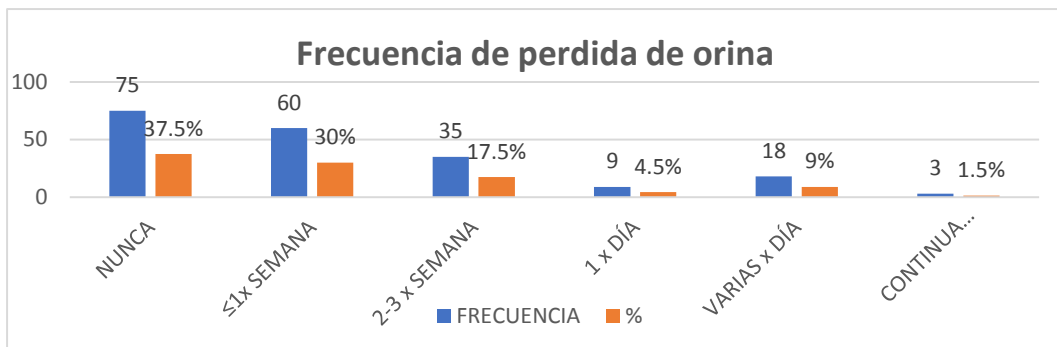
Según la tabla de chi cuadrado al dar como resultado un valor de p de 0,0360 nos indica que la relación entre la función sexual y el rango de edad es significativa, es decir que es clínicamente importante.

## GRÁFICOS

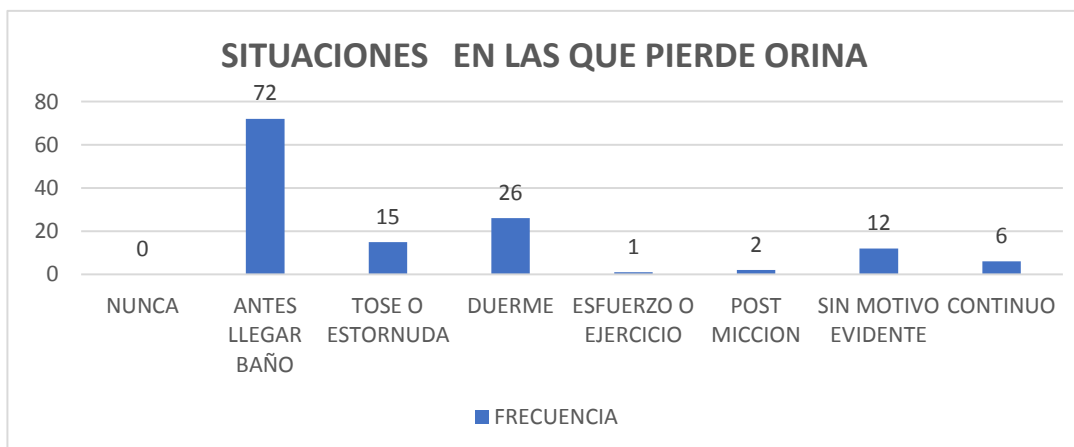
**GRAFICO 1. Frecuencia de estado civil**



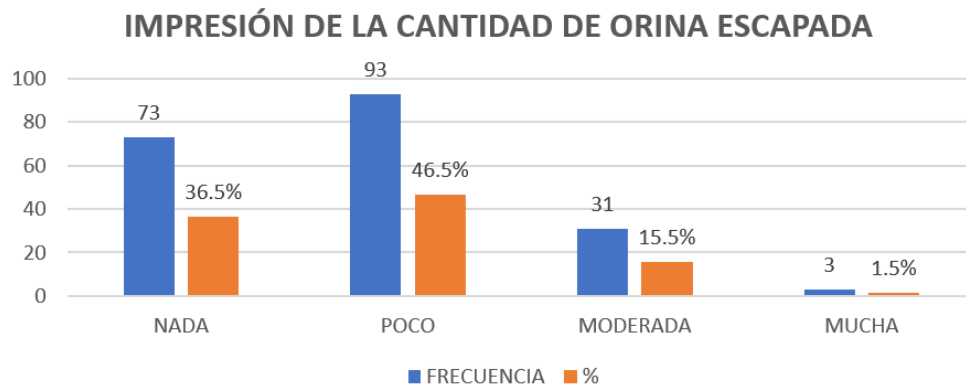
**GRAFICO 2. Frecuencia de la perdida de orina en las mujeres**



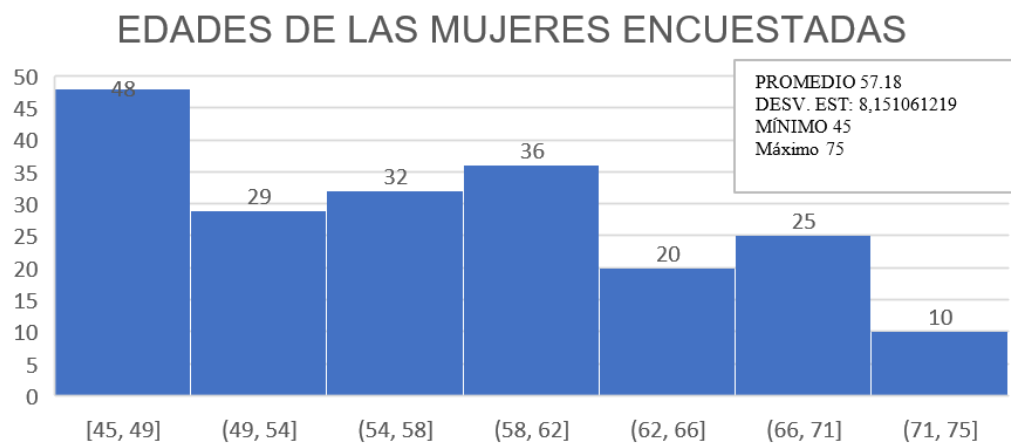
**GRAFICO 3. Impresión de la cantidad de orina en las mujeres**



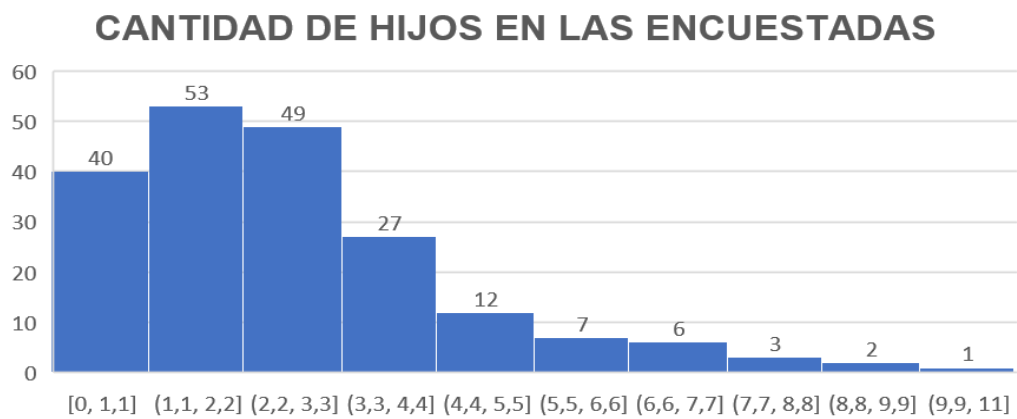
**GRAFICO 4. Situaciones en las que las mujeres pierden orina.**



**GRAFICO 5. Edades en las mujeres encuestadas.**

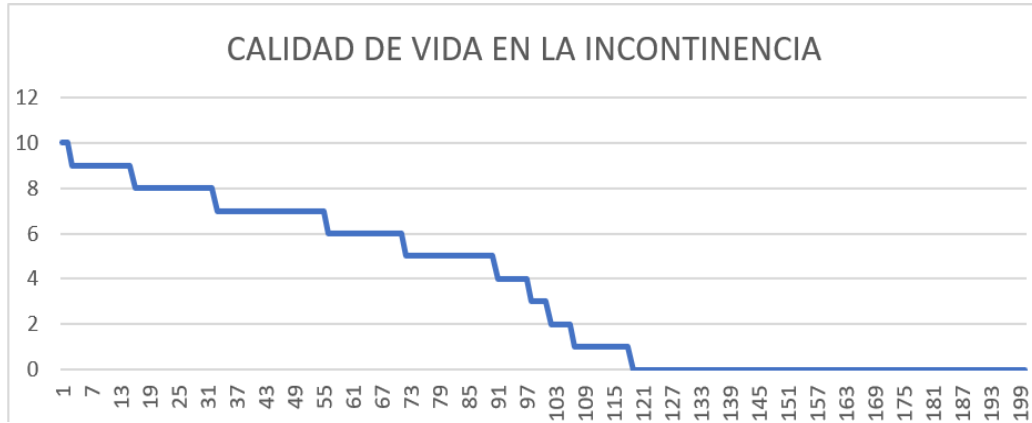


**GRAFICO 6: Cantidad de hijos en las mujeres encuestadas.**

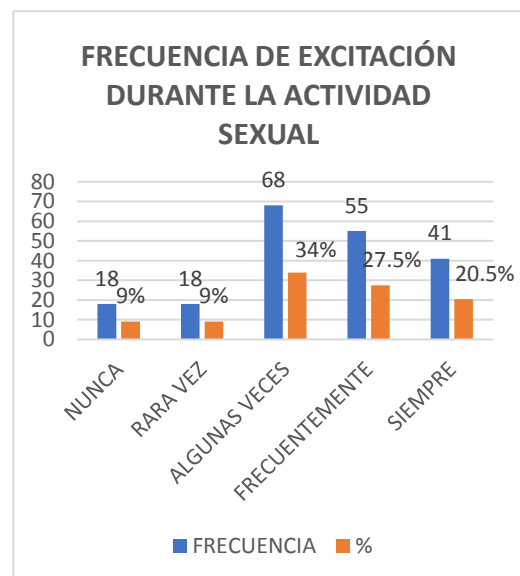
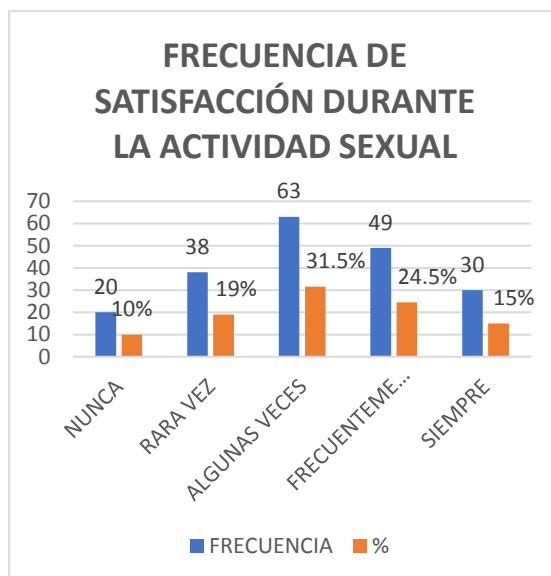
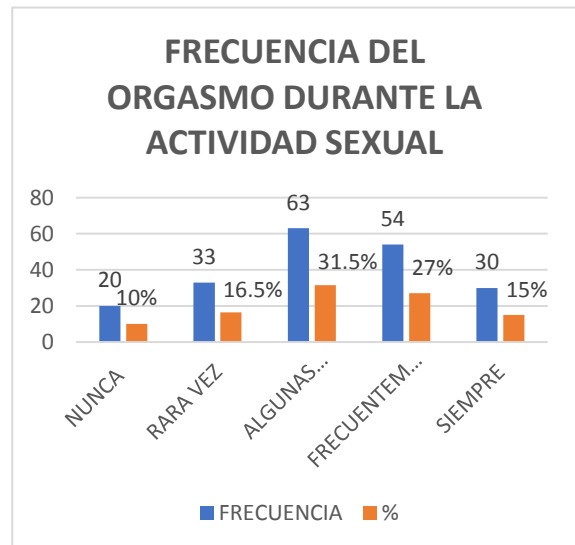
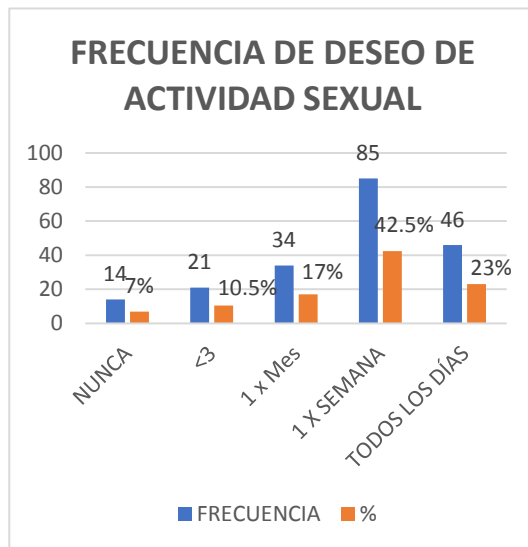




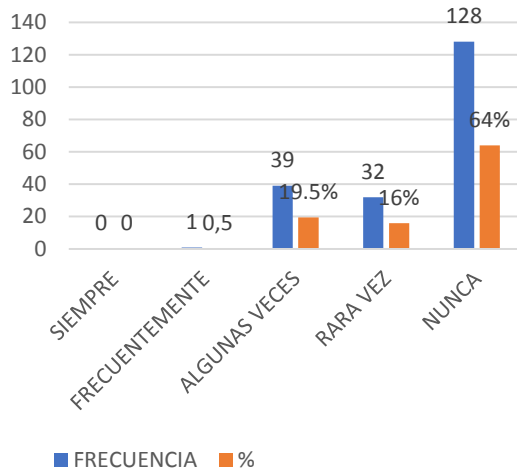
**GRAFICO 7: La calidad de vida en mujeres encuestadas.**



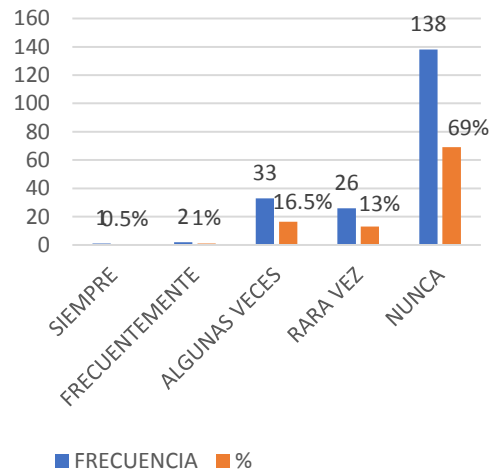
## GRÁFICOS DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA PISQ-12



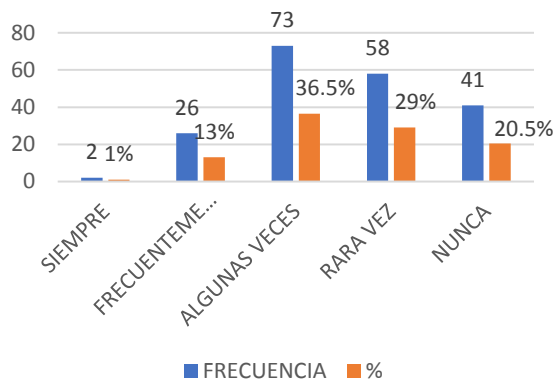
### FRECUENCIA DE REPRESIÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL POR ESCAPE DE ORINA



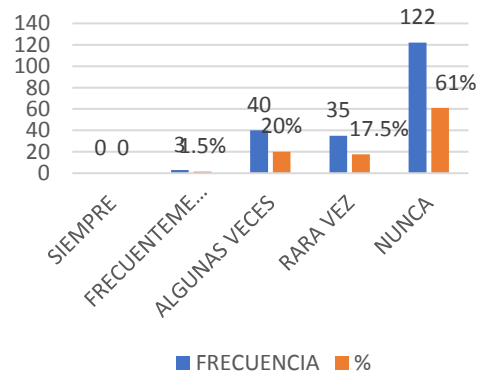
### FRECUENCIA DE REPRESIÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL POR BULTOS EN VAGINA

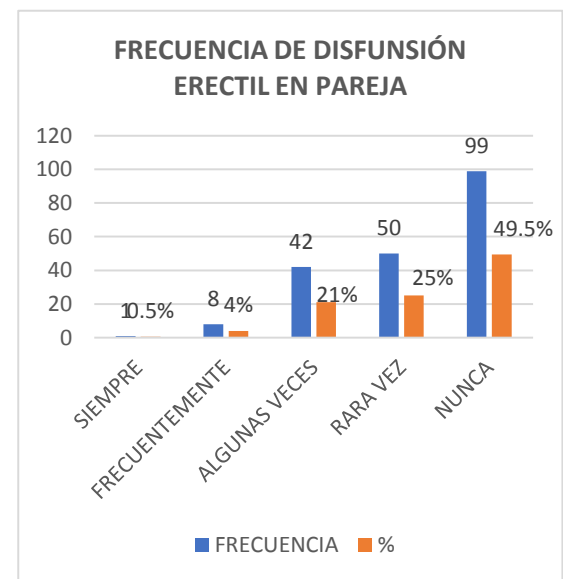
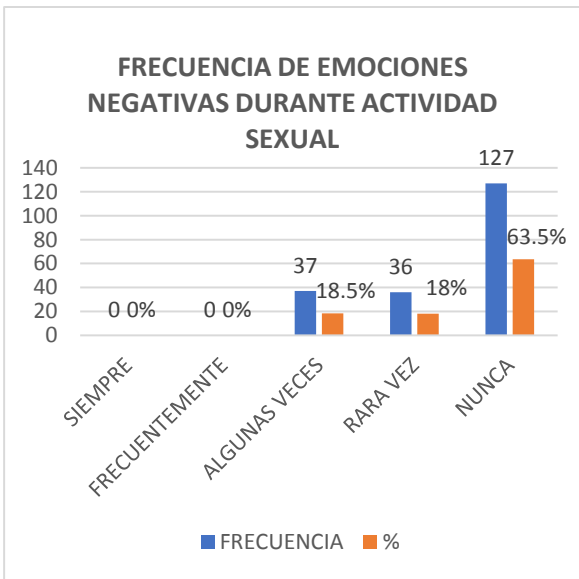
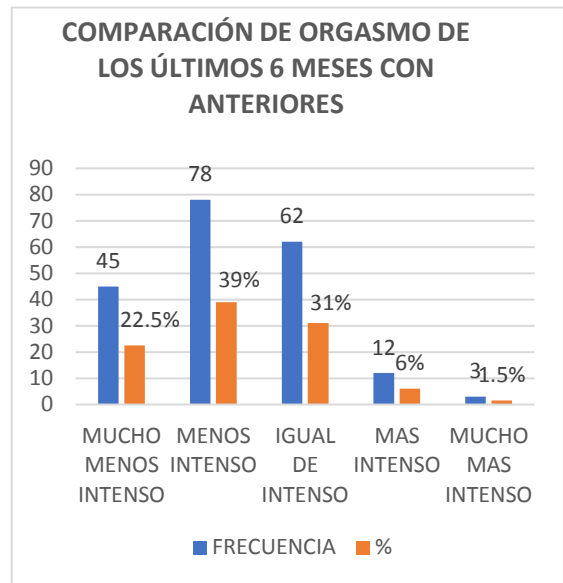
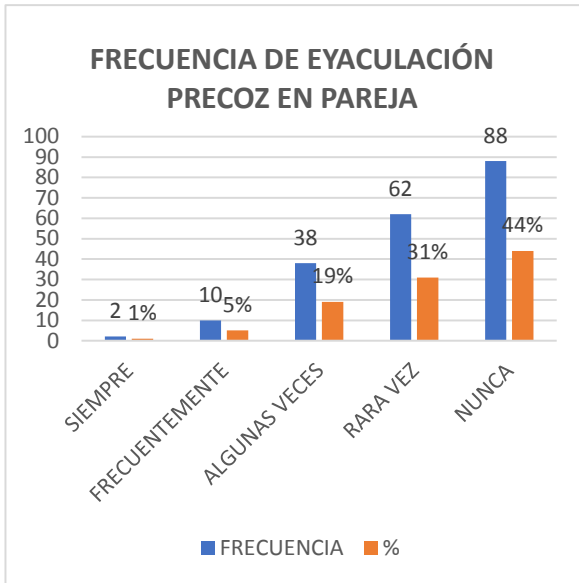


### FRECUENCIA DE DOLOR DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL



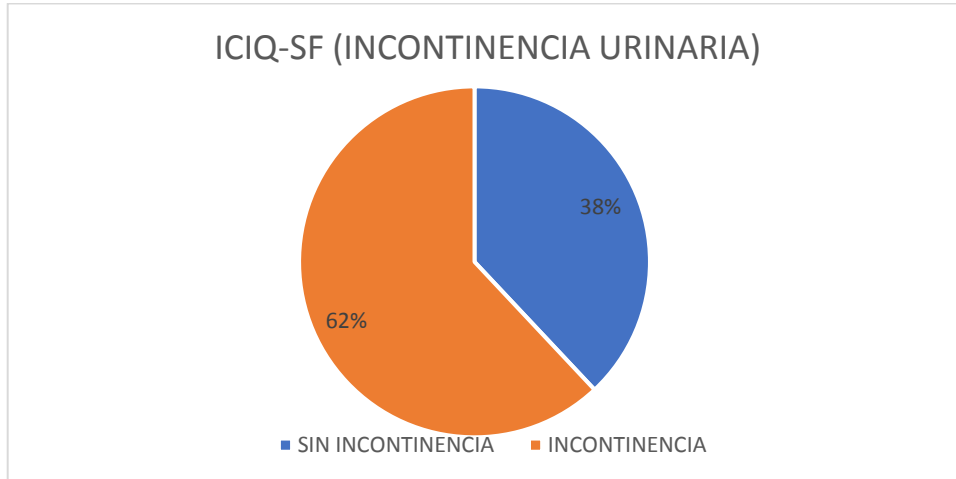
### FRECUENCIA DE ESCAPE DE ORINA DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL





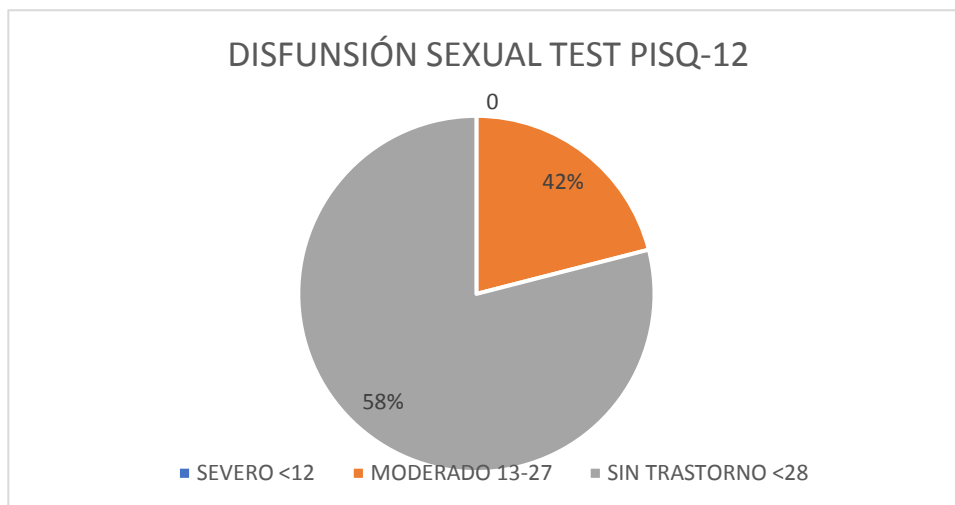
**GRAFICO 8: Porcentaje de mujeres con y sin incontinencia urinaria**

Existe un 62% de mujeres con incontinencia frente a un 38% de mujeres sin incontinencia.



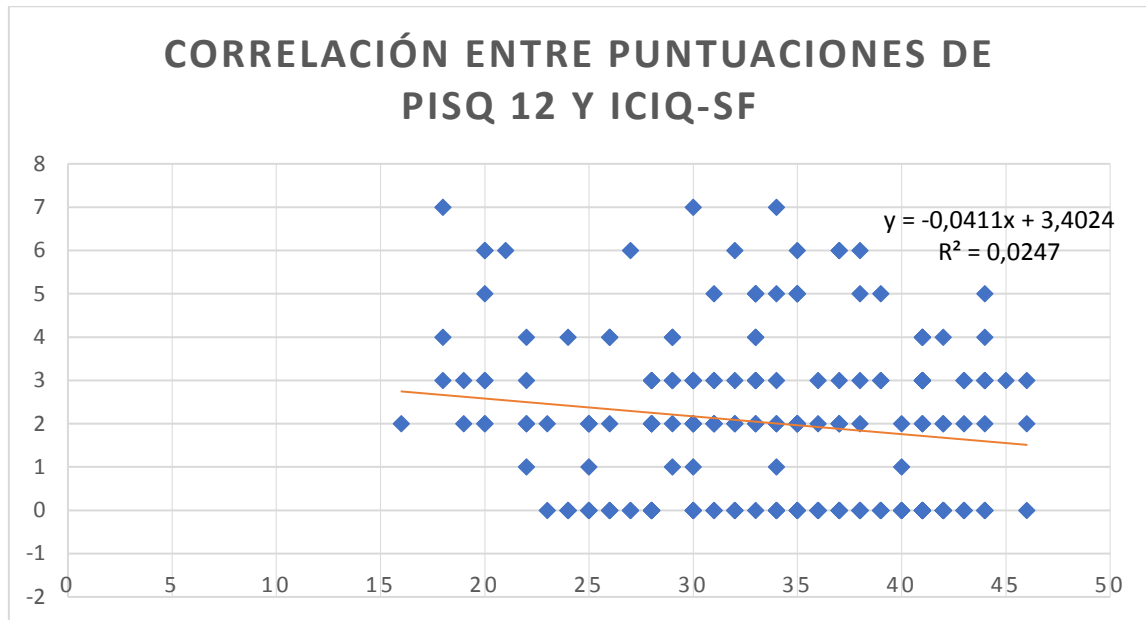
**GRAFICO 9: Porcentaje de mujeres con y sin disfunción sexual**

El 58% de las mujeres encuestadas tuvieron una función sexual normal, el 42%



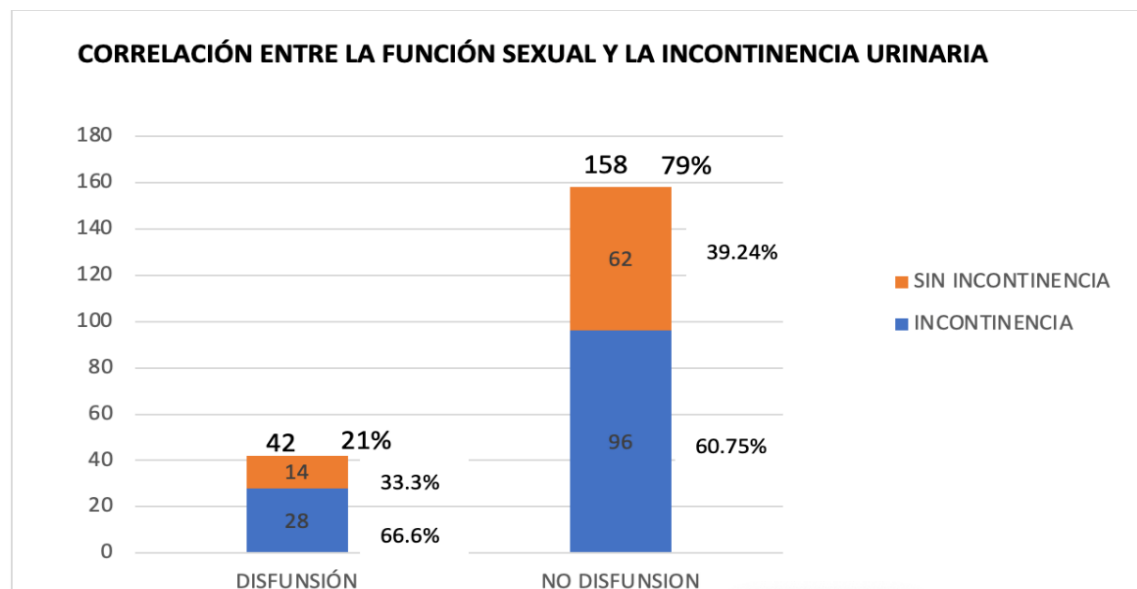
**GRAFICO 10: Correlación de entre puntuaciones de PISQ 12 Y ICIQ-SF**

Existe una correlación inversa, la relación entre las dos variables es débil (-0.15), pero esto no quiere decir que las variables sean dependientes una de otra.

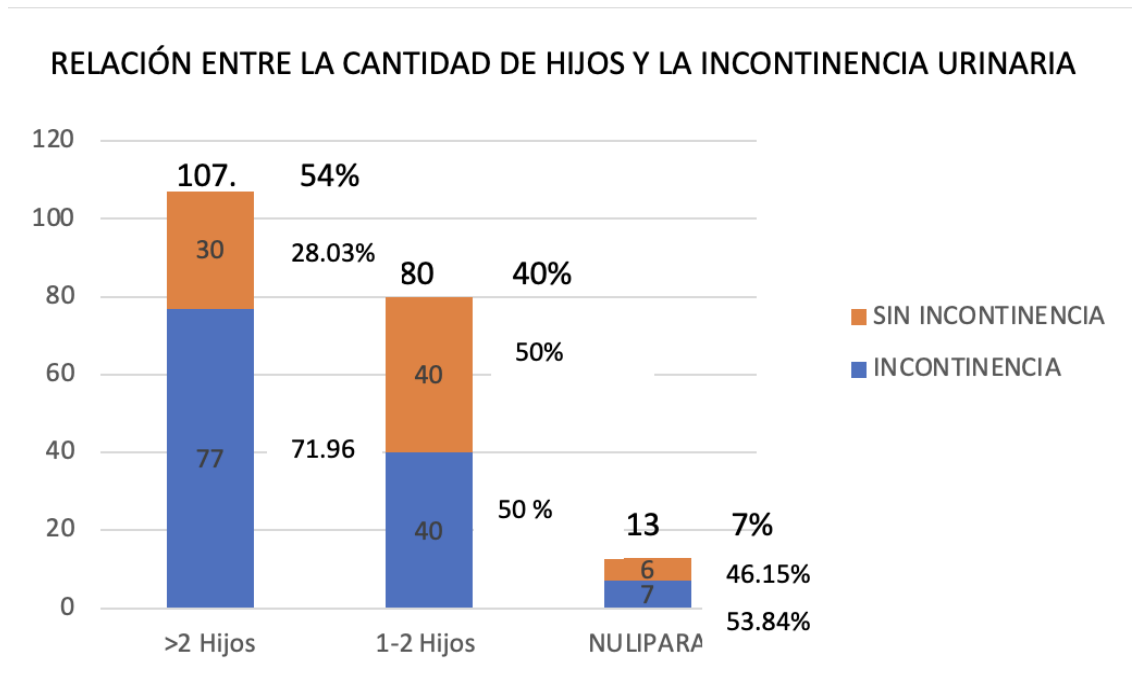


Coef. Pearson	-0,1570181
Determinación	0,02465468

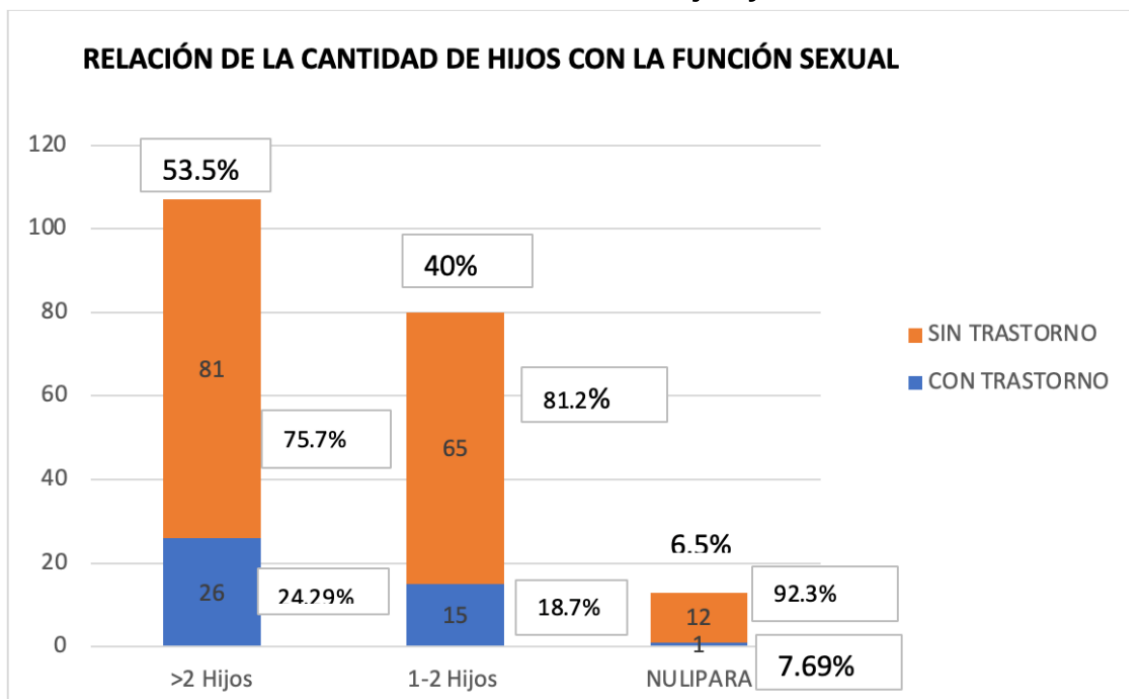
**GRAFICO 11: Relación entre función sexual e incontinencia urinaria.**



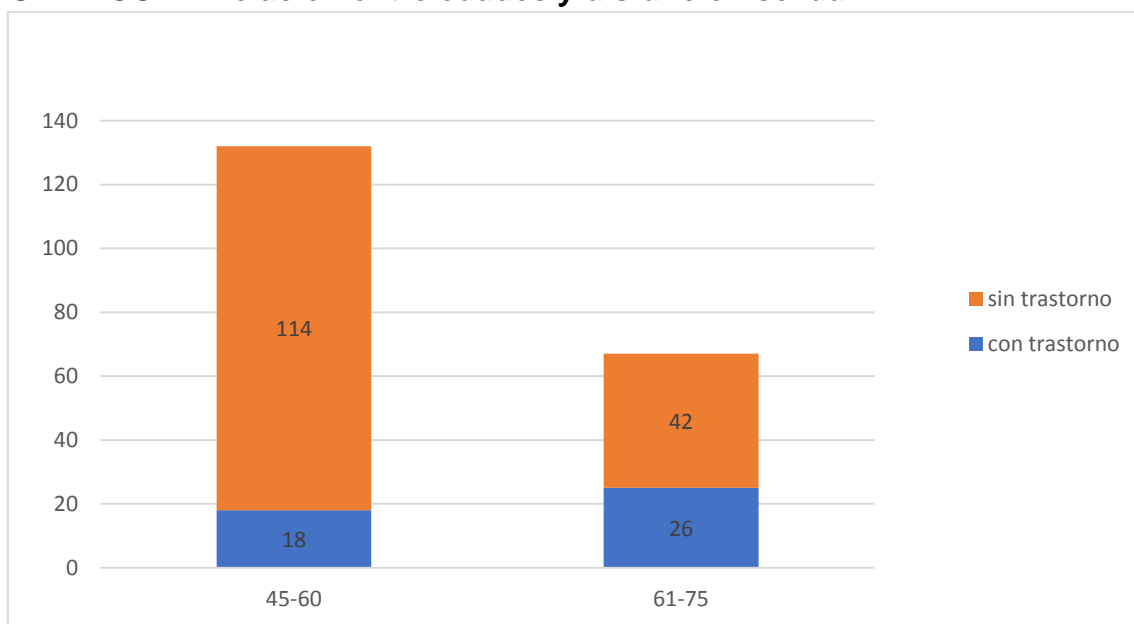
**GRAFICO 12: Relación entre la cantidad de hijos y la incontinencia urinaria.**



**GRAFICO 13: Relación entre la cantidad de hijos y la función sexual.**



**GRAFICO 14: relación entre edades y disfunción sexual.**







## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Alava Alvarado, Valeria Nicolle**, con C.C: # **1311517211** autor/a del trabajo de titulación: **Correlación de la función sexual e incontinencia urinaria en mujeres de 45 a 75 años del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de marzo a junio del 2021**, previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de agosto del 2021**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **(Alava Alvarado, Valeria Nicolle)**

C.C: **1311517211**

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Defás Urquizo, Kathleen Daniela**, con C.C: # **0940173677** autor/a del trabajo de titulación: **Correlación de la función sexual e incontinencia urinaria en mujeres de 45 a 75 años del hospital Teodoro Maldonado Carbo de marzo a junio del 2021**, previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de agosto del 2021**



f. \_\_\_\_\_

Nombre: **(Defás Urquizo, Kathleen Daniela)**

C.C: **0940173677**



**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Correlación de la función sexual e incontinencia urinaria en mujeres de 45 a 75 años del hospital Teodoro Maldonado Carbo de marzo a junio del 2021		
<b>AUTOR(ES)</b>	Alava Alvarado, Valeria Nicolle y Defás Urquizo, Kathleen Daniela		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Chedraui Álvarez, Peter André		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Medicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Medico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	30 de agosto de 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	51
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ginecología, Urología		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Menopausia, incontinencia urinaria, climaterio, libido, eyaculación precoz.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras): <b>Introducción:</b> La menopausia es la última regla con la que culmina la etapa reproductiva de la mujer. Entre la sintomatología propia de la etapa de la transición a la menopausia se encuentra la disminución de la función sexual (pérdida de la libido) y la incontinencia urinaria (IU), como destacables, pudiendo estar correlacionadas entre sí. Diversos instrumentos han sido usados para evaluar la función sexual y la IU, entre los que encontramos el PISQ12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) y el ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire). <b>Metodología:</b> Este fue un estudio de correlación, transversal, analítico en el que se recolectó información de Marzo a Junio del 2021, mediante encuestas (general, PISQ12 y ICIQ-SF) realizadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) a 200 mujeres de 45-75 años. Respecto al test ICIQ-SF un puntaje de >1 definía la IU. Respecto al PISQ-12, este evaluó tres categorías: puntuaciones severas ( $\leq 12$ ), moderado (13-27) y sin trastorno (28-60). Un valor de < 27 definía función sexual disminuida. <b>Resultados:</b> La edad promedio de las mujeres encuestadas fue $57.8 \pm 8.15$ años. El 62% tenían IU y 38% no. Un 21% de las mujeres tenía función sexual disminuida y 78% no. Se estimó una correlación significativa en cuanto a las variables de función sexual e IU de 0.033 que es menos del 0.5% estimado. Por otro lado, se obtuvo una correlación inversa, donde la relación entre las dos variables fue débil (-0.15). <b>Conclusión:</b> Un buen porcentaje de mujeres presentó IU, con un quinto presentando disminución de la función sexual. Hubo una correlación inversa entre ambas variables. Las parejas de la mayoría de las mujeres no sufrían trastornos como eyaculación precoz, ni disfunción eréctil; por lo que no influyeron en la valoración de la función sexual disminuida.			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-992352670 +593-999517376	<b>E-mail:</b> danieladefasu@gmail.com alavavaleria@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UCSG)::</b>	<b>Nombre: Ayon Genkuong Andrés Mauricio</b>		
	<b>Teléfono: +593 99 757 2784</b>		
	<b>E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			