



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
“DR VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ”
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”

T E S I S

REALIZADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE
POSGRADO EN LA SUBESPECIALIDAD DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA

FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA Y
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA
EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

REGISTRO: R-2021-3504-035

P R E S E N T A

DRA ALEJANDRA CAMACHO URETA

DIRECTORA DE TESIS
DRA JAZMÍN MELGOZA ARCOS

CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

FEBRERO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA Y
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA EN
UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
NÚMERO DE REGISTRO: R-2021-3504-035.**

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Director de Educación e Investigación en Salud

Dra. Verónica Quintana Romero
Jefa de la división de investigación en salud

Dr. Juan Antonio García Bello
Jefe de la división de investigación en salud

Dr. Carlos Ramon Jiménez Vieyra
Profesor Titular de la Especialidad de Urología Ginecológica

Dra. Jazmín Melgoza Arcos
Investigadora Responsable y Asesora de Tesis

Autorización



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3504
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 002 138
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 009 2018072

FECHA Jueves, 16 de diciembre de 2021

Dr. JAZMIN MELGOZA ARCOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA Y PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2021-3504-035

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Rosa María Ace Herrera
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3504

Imprimir

IMSS
SECRETARÍA Y SERVIDORIO SOCIAL

Agradecimientos

A Dios, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el proceso de preparación profesional, gracias por permitirme vivir la experiencia de realizar una subespecialidad.

A Manuel por ser mi pilar y mi fortaleza, al darme su apoyo y amor de manera absoluta, haciendo que esta travesía, pareciera sencilla. Gracias amor por siempre estar y apoyar cada uno de mis sueños.

A mis hermanas y mi mami por apoyarme en cada decisión y proyecto, siempre motivándome a salir adelante, forjando en mí, desde mi infancia educación y valores que me han hecho llegar hasta donde estoy hoy.

A mi maestra y amiga Dra. Jazmín, quien desde el primer día me apoyo, y otorgo su tutela de manera incondicional, en la subespecialidad y en la vida, brindándome las herramientas necesarias para ser una excelente Uroginecóloga y realizar un gran trabajo de tesis, además de ayudarme a ser mejor persona.

A mis profesores, Dr. Jiménez y Dra. Rabadán, por el tiempo, orientación y el conocimiento otorgado, para hacer de mi un mejor médico.

Al Dr. García Bello, por la revisión del trabajo y sus aportaciones para el mejoramiento de esta investigación.

A mi amigo Víctor, ya que su grata compañía, hicieron de estos 2 años, una experiencia única y llena de retroalimentación.

Y finalmente a mi amiga Mabe, quien, con su alma tan genuina, lleno mis últimos 12 meses de alegría y luz, agradezco a Dios por tu amistad.

Título

**FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA
URINARIA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL SERVICIO DE
UROLOGÍA GINECOLÓGICA EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

Identificación de los investigadores

Alejandra Camacho Ureta

Médico Residente de la subespecialidad de Urología Ginecológica.

Adscripción: Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa De los Reyes
Sánchez” CMN “La Raza”

Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de
México. CP 02990.

Teléfono. 6673032509

e-mail: alejandracamachoureta@gmail.com

Tutora:

Dra. Jazmín Melgoza Arcos

Medico no familiar especialista en Urología Ginecológica

Adscripción: Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa De los Reyes
Sánchez” CMN “La Raza”

Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de
México. CP 02990.

Teléfono: 3521004512

e-mail: jazarc@hotmail.com

Índice.

Capitulo	Pagina
1. Resumen	
Resumen.....	8
2. Marco teórico	
2.1 Introducción.....	10
2.2 Justificación.....	21
2.3 Planteamiento del problema.....	23
2.4 Objetivos de la investigación.....	24
2.5 Hipótesis.....	25
3. Material y métodos	
3.1 Tipo de estudio.....	26
3.2 Diseño del estudio.....	26
3.3 Lugar de desarrollo.....	26
3.4 Periodo de estudio.....	27
3.5 Universo de estudio.....	27
3.6 Unidades de observación.....	27
3.7 Tipo de muestreo y tamaño de muestra.....	28
3.8 Criterios de selección.....	30
3.9 Variables de estudio.....	31
3.10 Procedimiento.....	33
3.11 Plan de análisis estadístico.....	35
3.12 Consideraciones éticas.....	36

4.	Resultados	
	Resultados.....	40
5.	Discusión	
	Discusión.....	44
6.	Conclusiones	
	Conclusiones.....	46
	Referencias bibliográficas.....	47
	Anexos	
	Anexo 1. Hoja de consentimiento informado.....	51
	Anexo 2. Hoja de recolección de datos.....	54
	Anexo 3. Cuestionario PISQ-12.....	55
	Anexo 4. Cuestionario de salud Shof Form 12 (SF-12).....	56
	Lista de tablas	
	Tabla 1.....	31
	Tabla 2.....	40
	Tabla 3.....	41
	Lista de figuras	
	Figura 1.....	41
	Figura 2.....	42
	Figura 3.....	43

Capítulo 1. Resumen

Función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.

Autores. Melgoza Arcos J¹, Camacho Ureta A².

¹ Médico no familiar, especialista en Urología Ginecológica

² Médico residente de la subespecialidad de Urología Ginecológica

Antecedentes. Los trastornos del suelo pélvico (TSP), incluida la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso de órganos pélvicos (POP), son quejas ginecológicas comunes que afectan negativamente la calidad de vida (CdV) de muchas mujeres debido a su impacto en bienestar médico, social, emocional y sexual y dada la prevalencia actual estimada del 23.7%.

Objetivo. Describir la función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal en el Servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” que evaluó a las pacientes con diagnóstico de trastorno del suelo pélvico que incluyó aspectos demográficos, de la función sexual mediante el instrumento PISQ-12, y la percepción de calidad de vida mediante el cuestionario SF-12. Se realizó análisis de tipo descriptivo con uso de la paquetería estadística IBM SPSS Statistics 23 en su versión en español.

Resultados. Fueron incluidas 150 pacientes con diagnóstico de trastornos de suelo pélvico (que incluyó IU, POP) de CD 59.97 ± 12.96 años. La evaluación de la función sexual describió puntuaciones de 5.43 ± 4.68 puntos para el dominio conductual-emotivo, de 9.60 ± 2.26 puntos para el dominio físico y de 5.81 ± 0.92 puntos para el dominio relacionado con la pareja. La puntuación global fue de 20.84 ± 7.17 puntos con disfunción sexual en 48.0% de las pacientes. La percepción de la calidad de vida a través del SF-12. Se informó que las pacientes puntuaron 36.87 ± 3.83 puntos.

Conclusiones. A partir de la evidencia, podemos decir las pacientes con trastornos de suelo pélvico muestran que la percepción de la función sexual y la percepción de la CdV se correlacionan clínicamente.

Palabras clave. *Función sexual, calidad de vida, incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos.*

Abstract

Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse in the gynecological urology service at a third level of care.

Authors. Melgoza Arcos J¹, Camacho Ureta A².

¹ Non-family doctor, specialist in Gynecological Urology

² Resident Physician of the subspecialty of Gynecological Urology

Background. Pelvic floor disorders (PFD), including urinary incontinence, fecal incontinence, and pelvic organ prolapse (POP), are common gynecological complaints that negatively affect the quality of life (QoL) of many women due to their impact on well-being medical, social, emotional and sexual and given the current estimated prevalence of 23.7%.

Target. To describe sexual function and quality of life in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse in the gynecological urology service at a third level of care.

Materials and methods. An observational, prospective, descriptive and cross-sectional study was carried out in the Gynecological Urology Service of the UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 of the CMN "La Raza" that evaluated patients with a diagnosis of pelvic floor disorder that included aspects demographics, of sexual function through the PISQ-12 instrument, and the perception of quality of life through the SF-12 questionnaire. Descriptive analysis was performed using the statistical package IBM SPSS Statistics 23 in its Spanish version.

Results. 150 patients diagnosed with pelvic floor disorders (including UI, POP) aged 59.97 ± 12.96 years were included. The evaluation of sexual function described scores of 5.43 ± 4.68 points for the behavioral-emotional domain, 9.60 ± 2.26 points for the physical domain and 5.81 ± 0.92 points for the domain related to the couple. The global score was 20.84 ± 7.17 points with sexual dysfunction in 48.0% of the patients. The perception of quality of life through the SF-12. Patients were reported to score 36.87 ± 3.83 points.

Conclusions. From the evidence, we can say that patients with pelvic floor disorders show that the perception of sexual function and the perception of QoL correlate clinically.

Keywords. *Sexual function, quality of life, urinary incontinence, pelvic organ prolapse.*

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Introducción

Los trastornos del suelo pélvico (TSP), incluida la incontinencia urinaria (IU), la incontinencia fecal (FI) y el prolapso de órganos pélvicos (POP), son quejas ginecológicas comunes que afectan negativamente la calidad de vida (CV) de muchas mujeres debido a su impacto en bienestar médico, social, emocional y sexual¹ y millones de mujeres en todo el mundo se ven afectadas por la disfunción del suelo pélvico, pero la vergüenza personal y los tabúes sociales aún impiden la discusión abierta sobre el tema².

Por si fuera poco, los síntomas de disfunción del suelo pélvico, como incontinencia urinaria, aumento de la frecuencia urinaria, nicturia, urgencia y abultamiento vaginal, son comunes en mujeres adultas³. Se estima que al menos una de cada tres mujeres que han tenido hijos se somete al menos a una cirugía por estas afecciones antes de los 80 años. Las mujeres con POP y/o UI tienen un mayor riesgo de disfunción sexual en comparación con las que no lo tienen⁴.

Abordaje del prolapso de órganos pélvicos

El POP es el descenso de uno o más aspectos de la vagina y el útero: la pared vaginal anterior, la pared vaginal posterior, el útero (cuello uterino) o el vértice de la vagina (bóveda vaginal o cicatriz del manguito después de la histerectomía). Esto permite que los órganos cercanos se hernien en el espacio vaginal, que comúnmente se conoce como cistocele, rectocele o enterocele. Es común el descenso leve de los órganos pélvicos y no debe considerarse patológico. Solo debe considerarse un problema si causa síntomas de prolapso (es decir, presión con o sin una protuberancia) o disfunción sexual o si altera la función normal del tracto urinario inferior o del intestino⁵.

Este se puede definir mediante los síntomas notificados por la paciente o los hallazgos de la exploración física (es decir, protuberancia vaginal que sobresale del himen o más allá). La mayoría de las mujeres sienten síntomas de POP cuando el borde de ataque llega a 0.5 cm distal al anillo del

himen. Mientras tanto, la prevalencia de POP basada en los síntomas notificados fue mucho más baja (3 a 6%) que la prevalencia identificada por examen (41 a 50%)⁵.

De primera instancia, la fisioterapia del suelo pélvico (PFPT) se basa en la evidencia y es mínimamente invasiva, se puede utilizar durante el embarazo y la lactancia, y se puede ofrecer como una opción de tratamiento de primera línea para las mujeres que experimentan disfunción del suelo pélvico⁶.

Por su parte, la cirugía está indicada para el tratamiento del POP en mujeres que están molestas por su POP y han fallado o rechazado los tratamientos no quirúrgicos. Existen varios enfoques quirúrgicos vaginales y abdominales para el tratamiento del POP. Las consideraciones importantes para decidir el tipo y la ruta de la cirugía incluyen la ubicación y la gravedad del prolapso, la naturaleza de los síntomas (p. Ej., Presencia de disfunción urinaria, intestinal o sexual), la salud general del paciente, la preferencia del paciente y la experiencia del cirujano⁵.

Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico del POP se realiza por compartimento de acuerdo a la afección correspondiente. Sin embargo, el POP es a menudo multicompartamental, manifestándose comúnmente como una combinación de prolapso urogenital y rectal. Cada vez se aplica más un procedimiento multidisciplinario para el POP multicompartamental, y los datos limitados disponibles muestran resultados comparables a los de la cirugía de prolapso rectal. El estándar de oro para el prolapso genital femenino es la sacrocolpopexia abdominal, que es superior a un abordaje vaginal y se usa en casi todos los estudios que describen procedimientos multicompartimentales⁷.

Mientras tanto, el procedimiento óptimo para el prolapso rectal sigue sin decidirse. La rectopexia laparoscópica con malla ventral ha ganado una aceptación cada vez mayor para el prolapso rectal. La rectopexia laparoscópica con malla ventral moviliza solo la cara anterior del recto y, por lo tanto, se minimiza el riesgo de daño del nervio autónomo y la dismotilidad asociada con la evacuación alterada⁸, pero este procedimiento es más complicado de forma recurrente y está seguido por eventos adversos.

Si bien la elección del procedimiento depende de la gravedad del POP, los objetivos de las pacientes y la experiencia de los cirujanos, la reparación del tejido nativo vaginal sin utilizar mallas sintéticas o materiales de injerto se considera una opción de tratamiento quirúrgico adecuada para la mayoría de las mujeres con POP primario⁹.

Abordaje de la Incontinencia urinaria (IU)

La IU se define como la pérdida involuntaria de orina. Las formas más comunes de incontinencia incluyen (I) incontinencia urinaria de esfuerzo (IUS), la pérdida de orina por esfuerzo o esfuerzo físico, tos, estornudos y ejercicio; (II) incontinencia urinaria de urgencia (IUU), donde hay una pérdida involuntaria de orina asociada con la urgencia; y (III) incontinencia urinaria mixta (IUM), que es una combinación de incontinencia de esfuerzo y de urgencia².

La IU es un problema de salud que afecta el bienestar social, psicológico, ocupacional, doméstico, físico y sexual. Se ha informado que tiene un impacto negativo en las relaciones sexuales. La pérdida urinaria durante el coito puede estar asociado con el tipo de IU; la fuga en la penetración se ha asociado con la IU por estrés (IUE) y la fuga en el orgasmo se ha asociado más a menudo con la hiperactividad del detrusor¹⁰.

Algunos factores de riesgo informados incluyen principalmente la edad, el parto vaginal, la obesidad y las enfermedades ginecológicas crónicas. Las estimaciones de los costos directos anuales de la IU en todas las edades en los Estados Unidos (EE.UU.) fueron de \$ 19.5 mil millones en 2000 y 34 millones de personas afectadas por la IU¹¹.

Afecta hasta al 49% de las mujeres y muchos se someten a una intervención quirúrgica, como una cinta mediouretral (CMU); se estima que se colocan más de 200.000 CMU al año. Sin embargo, existe la preocupación de que la disección de la pared vaginal anterior durante la colocación de un CMU pueda interrumpir el suministro neurovascular al clítoris, lo que puede tener un efecto negativo en los orgasmos vaginales y/o clitoridianos¹².

El tratamiento de la IU puede ser conservador o quirúrgico. El tratamiento de elección para la IU moderada-grave es la cirugía, siendo la cinta suburetral la medida más eficaz. Esto mejora la pérdida de orina durante el coito en mujeres con IU¹³.

No obstante, la colocación de mallas puede empeorar aspectos sexuales como el clímax al comprometer la vascularización o la inervación vaginal. Esto a su vez puede provocar dispareunia y una respuesta emocional negativa, debido a la posible tensión de la cinta¹⁴.

A diferencia de la evidencia que respalda el uso de PFPT para la IU, la evidencia sobre el efecto de PFPT sobre los síntomas del prolapso de órganos pélvicos es algo menos clara. Se sabe que al fortalecer los músculos del piso pélvico mediante PFPT mejora el soporte de los órganos pélvicos en respuesta a los cambios en la presión intraabdominal mejorando la sintomatología⁶.

Evaluación de la función sexual en trastornos de suelo pélvico

La definición de disfunción sexual femenina (DSF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye "las diversas formas en que una persona no puede participar en una relación sexual como lo haría"². Esta incluye las categorías de deseo sexual, excitación, orgasmo y dolor, pero sus etiologías y factores contribuyentes son complejos, teniendo en cuenta elementos psicológicos, interpersonales y socioculturales, además de la angustia personal¹⁵.

Sobre la base de estudios poblacionales, la prevalencia de DSF puede estimarse entre 30% y 50%. 23 para las mujeres que padecen TSP, 50% a 83% de las mujeres sexualmente activas en este grupo informaron algún grado de DSF; esta incidencia de DSF es más alta que en la población general².

Además, de los síntomas urinarios o de prolapso, a medida que las mujeres envejecen, el estado posmenopáusico y las enfermedades crónicas pueden tener efectos perjudiciales sobre las funciones sexuales y la calidad de vida de las pacientes. Se ha demostrado que los adultos mayores desean la sexualidad cuando la pareja se encuentra en buen estado de salud. El funcionamiento sexual saludable es muy importante para la calidad de vida. Puede ser un desafío para el médico

hacer preguntas relacionadas con la salud sexual a mujeres mayores y algunos médicos pueden considerar a las mujeres mayores como sexualmente inactivas incluso cuando tienen pareja¹⁶.

En un estudio observacional de *Barber et al*, un tercio de las mujeres informaron que el prolapso afectaba su capacidad para tener relaciones sexuales. Los factores más importantes para la reducción de la experiencia sexual de una mujer incluyeron preocupaciones sobre la imagen de su vagina, vergüenza, preocupaciones sobre la satisfacción de la pareja, así como malestar asociado con POP y disminución de la sensación genital y miedo a empeorar el prolapso².

Sin embargo, existe una diferencia de opinión en la literatura en cuanto a si el POP es una causa directa de DSF. Puede que no sea el prolapso en sí, sino la incontinencia coital asociada lo que predice la disfunción sexual⁴.

Por otra parte, aunque la evidencia sugiere que la asociación entre la IU y la actividad sexual sigue siendo incierta. Estudios anteriores han proporcionado resultados contradictorios, con la edad del paciente y el estado de la pareja como posibles factores importantes¹⁷.

Los resultados de múltiples estudios han mostrado una disminución en el bienestar sexual independientemente del tipo de IU. Saloni et al informaron que el 46% de los pacientes, que padecían diferentes tipos de IU o síntomas del tracto urinario inferior, tenían DSF utilizando los resultados de un cuestionario validado (Índice de función sexual femenina). Las disfunciones más comunes son dispareunia (44%), deseo sexual hipoactivo (34%), trastorno de la excitación sexual (23%) y deficiencia orgásmica (11%). Los resultados de diferentes estudios no concluyeron qué tipo de incontinencia está relacionada con la tasa más alta de disfunción sexual femenina².

Las razones del deterioro de la función sexual en mujeres con IU pueden deberse a efectos directos e indirectos. La IU puede afectar el deseo sexual, la lubricación, el orgasmo y la satisfacción sexual, lo que puede provocar disfunción sexual femenina¹⁰. Por supuesto, cada uno de estos tiene un impacto marcado en la calidad de vida de uno y cuando consideramos la prevalencia global, estamos obligados a buscar soluciones¹⁸.

Por ejemplo, en un estudio a cargo de *Kinjo et al*, la cirugía malla transvaginal (MTV) logró buenos resultados de calidad de vida, una alta tasa de éxito y una baja tasa de complicaciones a los 12 meses en pacientes japoneses con POP. La implantación de MTV para POP es segura y eficaz en pacientes sexualmente activos¹⁹.

Mientras tanto en 2008, la *International Urogynecological Association* (IUGA) reunió un panel de expertos de todo el mundo para resumir la literatura sobre salud sexual en mujeres con trastornos del suelo pélvico (TSP) y evaluar los instrumentos de medición de la función sexual que se utilizan actualmente. El panel señaló que la mayoría de las herramientas de medición de TSP no fueron diseñadas originalmente desde un punto de vista multicultural, lo que limita la generalización de su uso. Actualmente, el único cuestionario específico para mujeres con trastornos del suelo pélvico validado en español es el PISQ 12.

El cual es un cuestionario auto aplicado que consiste en 12 preguntas recopiladas de su versión original, sobre el funcionamiento sexual en tres dominios: conductual-emotivo (ítems 1 a 4), físico (ítems 5 a 9) y relacionado con la pareja (ítems 10 a 12); divididos en tres dominios: (a) respuesta sexual (ítems 1-4, 12), (b) limitaciones sexuales femeninas (ítems 5-9) y (c) limitaciones sexuales masculinas (ítems 10-11). Se proporcionan cinco opciones de respuesta (siempre, la mayoría, a veces, rara vez, nunca) y el cálculo de la puntuación del cuestionario PISQ-12, se realiza mediante la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem, valorado mediante una escala tipo Lickert donde cero (0) equivale a siempre y cuatro a nunca; invirtiéndose esta puntuación para los ítems que miden los comportamientos y emociones durante la respuesta sexual (ítems 1-4).

El rango de puntaje de este instrumento es de 0 a 48 puntos y se considera para todos los ítems las alternativas 0 y 1 como falla en la respuesta sexual. Al contabilizar el puntaje total, si este resulta menor a 12 puntos se considera “trastorno grave”, si es de 13-27 puntos “trastorno moderado”, y si es igual o mayor a 28 puntos se considera “sin trastorno”²⁰.

Como resultado, la IUGA emprendió el proceso de desarrollar una nueva escala de función sexual basada en un marco multicultural para proporcionar un instrumento válido y confiable que permita utilizar la validación transcultural en múltiples idiomas y culturas: El cuestionario

Prolapso/Incontinencia Sexual de Órganos Pélvicos. IUGA-Revisado (PISQ-IR) el cual fue implementado en 2013 y basado en el PISQ 12, mostrando alta sensibilidad y especificidad. El PISQ-12 mostró una alta tasa de respuesta (98,3% sin vida sexual activa y 94,7% con vida sexual activa) y una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach para sin vida sexual activa y SA de 0,79 y 0,91 respectivamente). *Mestre et al*, concluyeron que la versión en español del PISQ-12 tiene adecuadas propiedades psicométricas; por lo tanto, puede ser una herramienta útil para evaluar la función sexual en mujeres con trastornos del suelo pélvico²¹.

Sin embargo no se han establecido las puntuaciones de corte ni la diferencia mínimamente importante, condicionando dificultad para calcular las puntuaciones y el uso generalizado del cuestionario. Se prefiere el uso del PISQ 12 ya que es una versión corta, sencilla y de mejor comprensión para nuestra población de estudio²².

Impacto del POP e IU en la calidad de vida

Tanto el POP como la IU afecta a una de cada tres mujeres en sus vidas, teniendo un impacto negativo en los aspectos físicos, sociales, económicos y sexuales y una vez tratadas, manifiestan un progreso significativo en la CdV, mejorando su capacidad para hacer ejercicio, reír, participar en actividades sexuales y domésticas²³.

Las mujeres con POP en etapas avanzadas tienen mayor probabilidad de sentirse cohibidas, menos femeninas y atractivas sexualmente que aquellas sin prolapso, pudiendo condicionar sensación de obstrucción durante la penetración, además de disminución en la satisfacción sexual por la laxitud vaginal²³.

Las mujeres con IU, limitan su recreación física, entretenimiento y participación voluntaria en actividades sociales, por sentirse avergonzada durante el ejercicio, ya que presentan fuga urinaria durante el mismo. Condicionando afección psicológica por vergüenza, ansiedad y molestias físicas relacionadas con las fugas urinarias, la urgencia y disfunción miccional, ocasionándoles depresión²⁴.

Al ser la función sexual un aspecto clave de la salud pélvica de las mujeres, y determinante en la CdV, teniendo en cuenta la escasa producción científica nacional sobre esta temática es que se hace urgente profundizar en estos aspectos, sobre todo en población en control, para mejorar la calidad de vida y el bienestar en éstas mujeres²⁴.

Las medidas en adultos de la salud general y la CdV que se utilizan con frecuencia en los estudios de investigación. Actualmente, no existe una única definición o modelo conceptual de salud o CdV generalmente acordados, y el desarrollo de una definición integral de estos conceptos complejos estaba más allá del alcance de la revisión. Para los propósitos de esta revisión, las medidas de salud general y CdV se definen como cuestionarios de varios ítems que evalúan el estado de salud percibido y el bienestar físico y emocional general que no es específico de ninguna enfermedad²⁵.

La CdV es ampliamente reconocida como una medida de resultado importante después de la cirugía uroginecológica. Para este propósito, se desarrollaron varios cuestionarios validados específicos de la condición para reflejar los cambios relacionados con la condición de la enfermedad que se está estudiando, pero a menudo, no indican cómo una intervención ha influido en la CdV general. Además, las evaluaciones de la calidad de vida posoperatoria específicas de la afección no permiten la comparación con otros campos quirúrgicos y hacen imposible la comparación de los efectos de la cirugía entre las disciplinas quirúrgicas²⁶.

La gravedad y el impacto de los síntomas del TSP en la CdV son una medida de resultado importante en el tratamiento del TSP, ya que revelan aspectos importantes de la experiencia subjetiva del paciente. Para ello, medir la CdV requiere el uso de un cuestionario válido y fiable. Esto permite la comparación de las medidas de resultado y, por lo tanto, aumenta la precisión de la medición. Dado el uso cada vez mayor de la CdV como medida de resultado sustituta, hay un trabajo considerable en el desarrollo, adaptación y traducción de instrumentos específicos de afecciones en el campo de la uroginecología²⁷, fundamentales para proporcionar una comprensión más completa del impacto de la afección y lo que los pacientes perciben como importantes beneficios del tratamiento^{28, 29}.

El Short Form 36 (SF-36) y el Short Form-12 (SF-12) son encuestas de salud genéricas de varios elementos cuyo objetivo es medir "conceptos generales de salud que no son específicos de

ninguna edad, enfermedad o grupo de tratamiento". El SF-12 es una versión más corta del SF-36 y utiliza solo 12 preguntas para medir la salud funcional y el bienestar desde la perspectiva del paciente. El objetivo original era desarrollar una medida breve y genérica del estado de salud que reproduzca las 2 puntuaciones resumidas del SF-36, es decir, la puntuación resumida del componente físico y la puntuación mental puntuación de resumen de componentes²⁵.

El SF-36 y el SF-12 son adecuados para su uso en general, así como en poblaciones clínicas y, como tales, se pueden utilizar para comparar la salud entre poblaciones y entre enfermedades. Las encuestas de salud SF-36 y SF-12 están disponibles en versiones originales y revisadas. El SF-36 y el SF-12 se publicaron por primera vez en 1992 y 1996, respectivamente, y las versiones revisadas de ambos cuestionarios se publicaron en 2000. Las versiones revisadas en español son muy similares a sus formularios originales, con diferencias importantes que implican cambios en la redacción de los ítems, revisión de la escala de respuesta para incorporar un mayor número de opciones de respuesta y puntuación basada en normas. Tanto el SF-36 como el SF-12 miden 8 dominios de salud: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental²⁵.

El SF-12 es uno de los instrumentos de detección genéricos más utilizados en el mundo para registrar CdV. El SF-12 se basa en el concepto orientado al comportamiento del CdV y utiliza dos valores de escala para registrar las características de los aspectos físicos y psicológicos del CdV³⁰.

Los exámenes clínicos a menudo no son suficientes para obtener información precisa sobre la gravedad de los síntomas o la disminución de la CdV³¹ y en términos de CdV, las mujeres con TSP a menudo informan síntomas más problemáticos que las derivadas de otras patologías³². En un estudio transversal, >95% de los pacientes que informaron incontinencia revelaron un impacto negativo en su CdV. El tratamiento de la IU ha avanzado en los últimos 20 años, con terapias conservadoras, farmacológicas y quirúrgicas eficaces disponibles³³.

Los tratamientos para mujeres con TSP están diseñados para mejorar los síntomas y CdV de las pacientes. Por lo que es importante evaluar la CdV previo a la implementación de un tratamiento, para valorar el cambio y la evolución clínica del paciente posterior a la intervención médica³⁴. Por lo

tanto, en los ensayos clínicos de dichos tratamientos, la inclusión de una medida de CdV es particularmente importante³⁵.

Se debe recomendar encarecidamente el uso de una medida de resultado estandarizada para la calidad de vida específica de la incontinencia para combinar y comparar los resultados de los ensayos. El comité de estandarización de la ICS sugirió que los cuestionarios de CdV confiables y sensibles se deben utilizar en la evaluación de tratamientos para los TSP. Sin embargo, no recomendaron el uso de medidas específicas de CdV, ni dieron orientación específica sobre la mejor manera de seleccionar medidas³⁷.

Por lo que una forma válida de evaluar la afección del paciente y el efecto del tratamiento son los cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud específicos de la afección. Se crearon algunas herramientas específicas para medir la percepción subjetiva de la calidad de vida y los síntomas en mujeres con trastornos del suelo pélvico. El formulario corto del Inventario de angustia del suelo pélvico (PFDI - 20) y el cuestionario de impacto del suelo pélvico (PFIQ-7) son cuestionarios autoinformados que pueden abordar la presencia y la gravedad de los síntomas de los trastornos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida.

En los Estados Unidos se utilizan cuestionarios validados como el Inventario de malestar del suelo pélvico (PFDI) y el Cuestionario de impacto del suelo pélvico (PFIQ). Son instrumentos útiles para la calidad de vida específica de la afección para mujeres con trastornos del tracto urinario inferior, tracto gastrointestinal y prolapso de órganos pélvicos, que miden el grado de molestia y angustia causados por una amplia gama de síntomas del piso pélvico. Sin embargo, su uso es limitado debido a la gran cantidad de ítems incluidos (46 y 93 ítems, respectivamente)³⁷.

En 2005, *Digesu et al* desarrollaron y validaron un cuestionario simple, confiable y fácilmente comprensible capaz de caracterizar la gravedad de los síntomas para evaluar el impacto en la CdV y evaluar los resultados del tratamiento de mujeres con prolapso uterovaginal. Comparado con otros cuestionarios validados como el PFDI y el PFIQ, el P-QOL es un cuestionario de formato corto con la ventaja de ser fácil de completar por completo. El P-QOL contiene 20 preguntas que representan nueve dominios de la calidad de vida que cubren la salud general, el impacto del prolapso, las

limitaciones físicas y sociales, las relaciones personales, los problemas emocionales, los trastornos del sueño / energía, los problemas sexuales, así como las mediciones de la gravedad de los síntomas. Además, también se incluyen por separado 18 preguntas sobre síntomas urinarios, intestinales y de prolapso / vaginales³⁸.

Como antecedentes y en relación a la evidencia de diversos estudios, *Cañete et al*, (2013) reportaron que las pruebas de CdV confirmaron que la curación o la mejora se logró en el 78% (UDI-6) y el 79% (50) (IIQ-7) de las mujeres. Conclusiones: el procedimiento de TOT resultó en tasas aceptables de eficacia después de cinco años. Además, las pruebas de calidad de vida mostraron cura o mejoría en casi cuatro de cada cinco mujeres³⁹.

En 2018, *Yasa et al*, identificaron mejora en la CdV, que se confirmó con cambios en los puntajes del *Kings Health Questionnaire* (KHQ), la cual fue similar tanto en las mujeres mayores como en las jóvenes (-209.6 vs. -191.1, p=0.62, respectivamente). Las complicaciones postoperatorias fueron similares en ambos grupos de edad. Concluyendo que la cirugía de TOT en el tratamiento de la IUE es segura y eficiente para mejorar la CdV, tiene un alto éxito y satisfacción del paciente, y bajas tasas de morbilidad postoperatoria incluso en mujeres de ≥ 65 años⁴⁰.

En el mismo año, un total de 78 mujeres fueron seguidas durante una mediana de 13.5 meses después de la cirugía por *Huang et al*. Dentro de este grupo, 96% se consideraron curadas o mejorados subjetivamente después de colocación de una cinta vaginal retropúbica. Hubo mejoras significativas en las puntuaciones IIQ-7 y UDI-6 total después de la operación, así como en las subescalas UDI-6 para síntomas de urgencia, estrés y disfunción miccional. Incluso las 18 mujeres con insuficiencia urodinámica objetiva tuvieron una mejora significativa en las puntuaciones de la CdV. Para aquellos con complicaciones quirúrgicas relacionadas, las puntuaciones de calidad de vida también mejoraron significativamente⁴¹.

2.2 Justificación

La actividad sexual sana y satisfactoria es un aspecto integral de una buena calidad de vida. En el funcionamiento sexual intervienen múltiples factores, incluidos factores fisiológicos, anatómicos, de desarrollo y culturales, y una interacción compleja entre todos esos factores.

La relevancia de llevar a cabo el presente en el CMN La Raza presenta radica en primer lugar, podremos contar con una medida de resultado importante en el tratamiento ofertado a las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos, ya que revelan aspectos importantes de la experiencia subjetiva del paciente y, en segundo lugar, al efectuar la medición a través de cuestionarios válidos y fiables permitirá establecer los síntomas iniciales de los pacientes y el efecto de la cirugía y por tanto lograr la comparación de las medidas de resultado.

Aunque, recientemente se ha visto un importante progreso en el campo de la uroginecología. Esto resulta evidente al considerar los avances en el diagnóstico y tratamiento del prolapso genital que solo toman en consideración la perspectiva del especialista en uroginecología. Sin embargo, los resultados del presente aportarán al cirujano evidencia e instrumentos para mejorar la precisión, y, por ende, otorgar mejores alternativas a los pacientes antes, durante y después de la operación, obteniendo así el mejor objetivo quirúrgico y respetando las expectativas de los pacientes mejorando su calidad de vida.

La trascendencia del presente radica en que se trata de un estudio que evaluará la influencia que tienen los TSP sobre la perspectiva de salud de las mujeres. Lo cual es de relevancia para el grupo de investigadores una vez que se conocen el impacto de estos padecimientos. De hecho, el factor más importante a considerar no es solo el resultado anatómico, sino también el restablecimiento de la función de los órganos pélvicos manteniendo así una función sexual normal en mujeres sexualmente activas. Los resultados funcionales son completamente diferentes entre la reconstrucción de la pared abdominal y vaginal y la función sexual debe tenerse en cuenta obligatoriamente.

Ya que los estrategias de tratamiento complementario deben surgir a partir de la evidencia obtenida en campo, el presente se justifica ya que el número de series que evalúan el impacto en la

calidad de vida de forma previa al tratamiento es escaso en nuestro medio y, a pesar de que en el CMN La Raza cuenta con los pacientes, el recurso humano y la capacidad para contar con los elementos que hacen factible la presente investigación, no existe a la fecha un equipo multidisciplinario encaminado a solventar todas las implicaciones que un resultado insatisfactorio puede tener en las pacientes o no se han generado dichas estrategias para mejorar la calidad de vida y la función sexual.

2.3 Planteamiento del problema

Los trastornos del suelo pélvico (TSP), incluida la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso de órganos pélvicos (POP), son quejas ginecológicas comunes que afectan negativamente la calidad de vida (CdV) de muchas mujeres debido a su impacto en bienestar médico, social, emocional y sexual y dada la prevalencia actual estimada del 23.7% y la expectativa de que el porcentaje aumente el doble de la tasa de crecimiento anual de la población, los trastornos del suelo pélvico son un importante problema de salud pública.

Se espera que el número de mujeres que tienen prolapso de órganos pélvicos aumente en un 46%, a 4.9 millones, para 2050, por lo que el conocimiento adecuado de la anatomía y fisiología del piso pélvico, así como el entendimiento de la fisiopatología del POP son fundamentales al momento de planificar el tratamiento estas patologías con miras a solventar el impacto de las mismas en la población de mujeres que desena un función sexual plena.

La disfunción sexual como resultado de POP e incluso es una de las principales preocupaciones después de la cirugía POP pues no solo debe considerar la corrección anatómica exitosa de cualquier protuberancia, sino también el impacto de la cirugía en la calidad de vida, ya que las mejoras en la función sexual y las del tracto urinario y gastrointestinal inferior son medidas de resultado importantes cuando los tratamientos se evalúan en ensayos clínicos, por lo que el presente plantea la siguiente preguntas de investigación:

¿Cuál es la función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención?

2.4 Objetivos

Objetivo general

- Describir la función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.

Objetivos específicos

1. Describir la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.
2. Describir la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.

Objetivos secundarios

1. Enunciar la edad promedio de las pacientes que acuden al servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.
2. Identificar las características de somatometría (peso, talla, índice de masa corporal) de las pacientes que acuden al servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.
3. Describir la frecuencia de incontinencia urinaria en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención por tipo.
4. Conocer el puntaje de la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.
5. Evaluar la calidad de vida percibida por las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.

2.5 Hipótesis

Hipótesis de trabajo 1 (Hi1)

Describiremos disfunción sexual en más del 50% de las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.

Hipótesis nula 1 (H01)

Describiremos disfunción sexual en menos del 50% de las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.

Hipótesis de trabajo 2 (Hi2)

La calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención revelará alto puntaje en más del del 79%.

Hipótesis nula 2 (H02)

La calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención revelará alto puntaje en menos del del 79%.

Capítulo 3. Materiales y métodos

3.1 Tipo de estudio

- Encuesta transversal.

3.2 Diseño de estudio

- Observacional, prospectivo, descriptivo y transversal.

3.3 Lugar de desarrollo

El presente estudio se llevó a cabo en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” de la CDMX.

3.4 Periodo de estudio

Periodo comprendido entre el 16 de diciembre de 2021 al 15 de febrero del 2022.

3.5 Universo de estudio

Estuvo compuesto por todas las pacientes con diagnóstico de trastorno del suelo pélvico que acuden al Servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” atendidas desde la aprobación del protocolo hasta completar el tamaño de muestra.

3.6 Unidades de observación

Las unidades de estudio fueron definidas por todas las pacientes con diagnóstico de trastorno del suelo pélvico que acuden al Servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” que reunieron criterios de inclusión, completen los instrumentos y contaron con registros completos en el expediente clínico con miras a evitar sesgo de selección desde la autorización del protocolo hasta completar el tamaño de muestra.

3.7 Tipo de muestreo y tamaño de muestra

De acuerdo con los objetivos del presente estudio, se efectuó muestreo de tipo no probabilístico a través de la selección de casos consecutivos hasta integrar el total de la muestra estimada más adelante.

El cálculo de la muestra se realizó a través de fórmula para población infinita integrando todos los individuos disponibles que acudieron a consulta con trastorno de suelo pélvico e incontinencia urinaria, sin tratamiento médico ni quirúrgico con base a las proporciones para ambas hipótesis. En primer lugar, la determinación del cálculo de la muestra de los casos esperados con disfunción sexual para se llevó a cabo a través de la formula calculada a través de la prevalencia descrita por el ACOG¹⁰, mediante la fórmula de población finita que toma en cuenta la base de un total de 144 pacientes durante el periodo de 3 meses, con un valor $Z\alpha$ de 95%, precisión del 10% y proporción esperada del 50.0%.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

En donde:

n = es el número de sujetos necesarios en la muestra.

N = es el total de pacientes identificados durante el periodo de 3 meses, de 144

$Z\alpha$ = es el valor z correspondiente al riesgo α (95%) = 1.96

p = es la proporción esperada es del 50% = 0.50

q = es el valor que se obtiene de $1-p = 1-0.50 = 0.50$

d = es la precisión deseada en este caso es de 10% = $0.10 \times 0.10 = 0.01$

$$n = 144(1.96)^2 (0.50) (0.50) / (0.10)^2 (144-1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)$$

$$n = 553.1904 (0.2500) / 1.43 + 0.9604$$

$$n = 138.2976 / 2.3904$$

$$n = 57.8554$$

$n = 58$ pacientes con disfunción sexual esperadas.

En primer lugar, la determinación del cálculo de la muestra de los casos esperados con disfunción sexual para se llevó a cabo a través de la fórmula calculada a través de la prevalencia descrita por Cañete *et al*³⁰, mediante la fórmula de población finita que toma en cuenta la base de un total de 144 pacientes durante el periodo de 3 meses, con un valor $Z\alpha$ de 95%, precisión del 10% y proporción esperada del 79.0%

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

En donde:

n = es el número de sujetos necesarios en la muestra.

N = es el total de pacientes identificados durante el periodo de 3 meses, de 144

$Z\alpha$ = es el valor z correspondiente al riesgo α (95%) = 1.96

p = es la proporción esperada es del 79% = 0.79

q = es el valor que se obtiene de $1-p = 1-0.79 = 0.21$

d = es la precisión deseada en este caso es de 10% = $0.10 \times 0.10 = 0.01$

$$n = 144(1.96)^2 (0.79) (0.21) / (0.10)^2 (144-1) + (1.96)^2 (0.79) (0.21)$$

$$n = 553.1904 (0.1659) / 1.43 + 0.6373$$

$$n = 91.7742 / 2.0673$$

$$n = 44.39$$

$n = 44.39$ pacientes con afectación de la calidad de vida.

3.8 Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Pacientes femeninos
2. De 30 años en adelante
3. Con diagnóstico de trastornos de suelo pélvico (que incluyen IU, POP)
4. Desde la aprobación del protocolo hasta completar el tamaño muestra propuesto.
5. Sin tratamiento quirúrgico o alguna intervención por parte de nuestro servicio para trastornos de suelo pélvico
6. Que leyeron y aceptaron de participar mediante consentimiento informado.
7. Que completaron los instrumentos de recolección de información.

Criterios de exclusión

1. Cirugía previa para trastorno de suelo pélvico
2. Pacientes con enfermedad de Alzheimer o Parkinson o enfermedad neurológica progresiva que genere discapacidad de tipo intelectual
3. Pacientes con deseo o planificación de embarazo
4. Pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2
5. Que no aceptaron participar en el presente estudio.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que abandonaron el seguimiento en el Hospital de Gineco Obstetricia 3 del CMN La Raza.
2. Con registros incompletos o datos insuficientes para su análisis.
3. Que refirieron el consentimiento de participación en el presente estudio.

3.9 Variables de estudio

Tabla 1. Definición operacional de las variables de estudio.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Función sexual	Indicador de envejecimiento satisfactorio en base a la puntuación obtenida del cuestionario <i>PISQ-12</i>)	Atributo determinado objetivamente fenómenos subjetivos como los síntomas y su impacto en la función sexual	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Calidad de vida	Indicador de estado de salud satisfactorio en base a la puntuación obtenida del cuestionario de salud SF-12	Alta puntuación y baja puntuación de acuerdo con la puntuación obtenida en el SF-12 y en base al valor de corte ideal estadístico del grupo de pacientes	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Edad	Tiempo que ha vivido contando desde su nacimiento.	La edad se estimó por medio de la fecha del nacimiento hasta el momento del estudio	Edad en años	Cuantitativa Discreta
Peso	Propiedad intrínseca de un cuerpo que representa la	Según registro del expediente a partir de la	Kilogramos	Cuantitativa Continua

	resistencia de un cuerpo a los cambios de estado de movimiento en kilogramos	primera nota medica inicial del servicio de uroginecología		
Talla	Estatura de una persona en metros	Según registro del expediente a partir de la primera nota medica inicial del servicio de uroginecología	Metros	Cuantitativa Continua
Índice de Quetelet	Cociente del cuadrado de la talla en metro sobre la masa del paciente al cuadrado	Según registro del expediente a partir de la primera nota medica inicial del servicio de uroginecología	Metros sobre kilogramos al cuadrado	Cuantitativa Continua

3.10 Procedimiento

Previa autorización por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación en Salud de la UMAE, para la recolección de datos de este protocolo de investigación se realizaron los siguientes pasos:

Una vez aceptado, el grupo de investigadores se dio a la tarea de identificar el universo de estudio, se abordaron mujeres atendidas en la consulta externa de Urología ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN "La Raza" que cumplieron los criterios de selección desde la aprobación del protocolo hasta completar el tamaño de muestra.

La selección de casos para evaluación e inclusión al presente estudio investigación consideró la identificación de las unidades de observación elegibles eliminando aquellas que no cumplieron con criterios de selección.

Para el proceso de la obtención del consentimiento informado, un médico del servicio (adscrito o residente) NO comprometido en la atención inmediata de la paciente invitó a participar a cada una de las pacientes para que voluntariamente en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado original y copia, donde se les explicó ampliamente los objetivos del estudio y en qué consistiría su participación en el mismo, de aceptar participar, las pacientes conservaron una copia del consentimiento informado, el riesgo no dependió solo de eso, también del manejo de los datos obtenidos, se aclara más adelante en Aspectos éticos.

La evaluación de las pacientes incluyó aspectos demográficos como edad, índice de masa corporal (IMC) y se consignaron los datos en la hoja de recolección de datos por parte del investigador verificando las variables de los individuos a partir del interrogatorio directo, exploración vaginal y del expediente clínico

a) *Evaluación de la función sexual*

Esta se realizó en la primera consulta en el servicio de urología ginecológica, sin que antes se le haya realizado alguna intervención para su patología, mediante la aplicación del PISQ-12, dicho instrumento contiene 12 preguntas sobre el funcionamiento sexual en tres dominios: conductual-emotivo (ítems 1 a 4), físico (ítems 5 a 9) y relacionado con la pareja (ítems 10 a 12). Se proporcionaron cinco opciones de respuesta (siempre, la mayoría, a veces, rara vez, nunca).

Las puntuaciones de las primeras cuatro preguntas variaron de 0 = nunca a 4 = siempre, y las últimas ocho preguntas variaron de 0 = siempre a 4 = nunca.

La suma de todas las respuestas se calculó para formar una puntuación total (rango 0-48), donde las puntuaciones más altas indican una mejor función sexual.

El grupo de investigadores considera como desventaja que el instrumento no cuenta con puntos de corte para determinar función sexual buena o mala, por lo que se propone determinar el valor de corte ideal a partir del cálculo del índice de Youden, separando a las pacientes de forma estadística exacta en grupos de alta puntuación y baja puntuación. Se aceptaron los cuestionarios con hasta dos respuestas faltantes, y los elementos faltantes se reemplazaron con la media de todos los elementos respondidos.

b) Evaluación de la percepción de calidad de vida

De manera posterior, a cada uno de los sujetos disponibles para su estudio, se entregó el material para la aplicación del cuestionario de salud SF-12, el cual consistió en: hoja de preguntas, (cuestionario), hoja de respuestas, lápiz y hoja blanca tamaño carta para anotaciones.

El cuestionario de salud SF-12 es una versión reducida del SF-36. La estrategia principal de interpretación de estos cuestionarios de calidad de vida (CdV) es la utilización de normas poblacionales.

Se leyeron las recomendaciones generales por parte del usuario del grupo de investigadores encargado de dar seguimiento a la unidad de observación correspondiente.

3.11 Plan de análisis estadístico

Fueron capturados los resultados recabados de las unidades de observación en una hoja de recolección electrónica (hoja(s) de cálculo) de Excel de Microsoft Office 2019 para Windows para desarrollar una base de datos suficiente y precisa para efectuar una vez concluida el análisis estadístico utilizando la paquetería IBM SPSS Statistics 24 en español.

Para el análisis estadístico descriptivo, se utilizaron medidas de tendencia central (media o medianas), de dispersión (desviación estándar, rangos, intervalos inter cuartiles), frecuencia y porcentajes.

La presentación de los datos fue a través de tablas y gráficos de barras y pastel, a criterio del investigador, generadas por medio de la Excel de Microsoft Office 2019 para Windows.

3.12 Consideraciones éticas

Este estudio considera los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Apegándose a lo señalado en: los principios generales; los riesgos, costos y beneficios; los requisitos científicos y protocolos de investigación; los comités de investigación; la privacidad y confidencialidad; así como en el consentimiento informado.

Este estudio considera también los principios éticos básicos señalados en el Informe Belmont (1991) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Además, la presente investigación se apega a las pautas publicadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) ya que puede justificarse éticamente pues se realiza de manera tal que respeta y protege a los sujetos de esa investigación, justa para ellos y moralmente aceptable en nuestro medio.

Considera también que debió de obtenerse la aprobación o autorización por parte del Comité de Ética en investigación y el Comité Local de Investigación en Salud el antes de realizarse la investigación, quedando siempre sujeta las revisiones adicionales que sean necesarias durante la investigación, incluyendo el seguimiento de su progreso.

Se apega de igual forma a la Pauta 4 del CIOMS, para justificar la imposición de cualquier riesgo a los participantes en una investigación relacionada con la salud, esta debió tener valor social y científico. Antes de invitar a los posibles participantes a sumarse a un estudio, el investigador(es) y el Comité de Ética de la investigación debieron asegurarse de que los riesgos para los participantes se minimizaron y se equilibraron apropiadamente en relación con la perspectiva de obtener un posible beneficio individual y el valor social y científico de la investigación.

Así mismo este estudio considera los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 01-06-2021) en su Título quinto, Investigación para la salud,

Capítulo único: desarrollo de acciones que comprende a la investigación para la salud (artículo 96); bases conforme a las cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos (artículo 100); y sanciones correspondientes que se hizo acreedor quien realice investigación en seres humanos contraviniendo lo dispuesto en dicha Ley (artículo 101).

En este estudio se considera además el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (6 de enero de 1987, última reforma DOF 02-04-2014): en lo que respecta al riesgo de la investigación (artículo 17), el presente estudio se clasifica en la siguiente categoría: Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipuló la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

La conducción de la investigación estuvo a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrolló la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo el quién **seleccionó** a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud un Informe técnico (artículo 119), pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120).

Para el proceso de la obtención del consentimiento informado, se solicitó por personal médico (adscritos o residentes) no comprometido en la atención inmediata de la paciente, siempre después de que recibieron la atención médica motivo de su consulta, dentro del consultorio del servicio de la consulta externa de urología ginecológica, para que la participante se encontrara confiada, cómoda y tranquila, donde se les explicó ampliamente los objetivos del estudio y en qué consistió su participación en el mismo evitando ser interrumpido durante la lectura, comprensión y la captación de la misma.

En el caso de población vulnerable (por ejemplo, adultos mayores) la invitación a participar fue al familiar responsable o tutor, explicando ampliamente el proceso, beneficios e implicaciones de participar en la presente investigación.

Se explicó que, en caso de detectar afección de su calidad de vida, o disfunción sexual, se verá beneficiada directamente, ya que se le otorgó la atención necesaria para la afección identificada mediante atención médica, psicológica, psiquiátrica o alguna valoración adicional mediante referencia a otro servicio en caso de requerirse. Además, los resultados de este estudio brindaron información relevante, incrementando el conocimiento científico sobre el tema de investigación, proporcionando beneficios sustanciales en los protocolos de atención de otras pacientes con este diagnóstico.

En la presente, los beneficios individuales y riesgos de la investigación se evaluaron mediante un proceso de dos pasos. Primero, debieron evaluarse los posibles beneficios individuales y riesgos de cada intervención de investigación o procedimiento del estudio. En el segundo paso, todos los riesgos y posibles beneficios individuales de la totalidad del estudio debieron evaluarse y considerarse apropiados. El estándar del riesgo mínimo a menudo se define mediante la comparación de la probabilidad y magnitud de los daños previstos con la probabilidad y magnitud de los daños que habitualmente encontramos en la vida cotidiana o durante la realización de pruebas o exámenes físicos o psicológicos de rutina. A partir de estos se estima que el balance riesgo – beneficio deben basados en la evidencia disponible es del estándar del riesgo mínimo.

Los resultados obtenidos solo son y serán empleados con fines científicos, con la seguridad que no será identificado ningún sujeto en las publicaciones que se desprendan de este estudio,

resguardando la información obtenida a través del uso de una sola base de datos solo por el investigador responsable que propone la presente investigación.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos tanto en las hojas de colección de datos como en las bases de datos, solo un número de Folio; todos los resultados son y serán utilizados cuando se requieran y, en caso de publicar los resultados, no serán revelados los datos personales.

El presente protocolo se envió a revisión al CLIS y CEI correspondiente para su dictaminación. La información de los derechohabientes contenida en los anexos 1 y 2 fue y será manejada con confidencialidad.

Manera de seleccionar a los potenciales participantes: Los participantes fueron seleccionados de forma no aleatorizada a partir del registro existente en el servicio de uroginecología del CMN La Raza. La selección fue a partir de las posibles participantes de forma continuada y consecutiva hasta integrar el número de muestra estimada.

Capítulo 4. Resultados

Se efectuó un estudio observacional, transversal y prospectivo en de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” que logró identificar y captar 150 unidades de estudio, caracterizadas por las de pacientes femeninos mayores de 18 años que presentaron diagnóstico de trastornos de suelo pélvico (que incluyó IU, POP) durante el periodo previamente descrito. Posterior a su identificación, no se encontraron motivos de exclusión, concluyendo el análisis con el 100.0% de la población identificada.

En la **Tabla 2** se identificó una edad media de 59.97 ± 12.96 años y se recabaron hallazgos antropométricos donde se describía peso de 70.03 ± 11.95 kilogramos, talla de 1.55 ± 0.07 metros e IMC de 29.02 ± 4.09 kg/m².

Tabla 2 Características generales de las pacientes seleccionadas de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza”.

	Media (n=150)	Desviación estándar
Edad	59.97	12.96
Peso	70.03	11.95
Talla	1.55	0.07
IMC	29.02	4.90

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra. Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es de 0.05.

Seguido se llevó a cabo la evaluación de la función sexual a través del instrumento PISQ-12 En la **Tabla 3** se describieron los hallazgos para cada dominio y la puntuación global en las pacientes seleccionadas.

Se describieron puntuaciones de 5.43 ± 4.68 puntos para el dominio conductual-emotivo, de 9.60 ± 2.26 puntos para el dominio físico y de 5.81 ± 0.92 puntos para el dominio relacionado con la pareja. La puntuación global fue de 20.84 ± 7.17 puntos (**Figura 1**)

Tabla 3. Evaluación de la función sexual a través del instrumento PISQ-12 en las pacientes seleccionadas de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza”.

	Media	Desviación estándar
Dominio conductual-emotivo	5.43	4.68
Dominio físico	9.60	2.26
Dominio relacionado con la pareja	5.81	0.92
Puntuación PISQ-12	20.84	7.17

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra. Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es de 0.05.

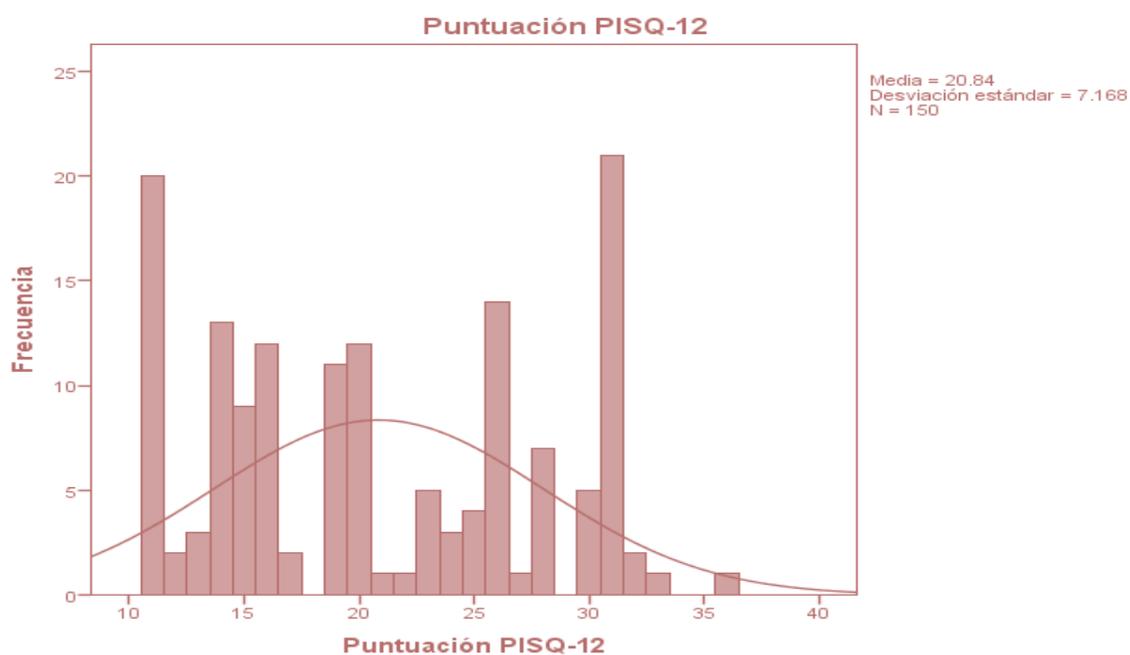


Figura 1. Histograma de la puntuación del PISQ-12 en las pacientes seleccionadas de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza”.

Una vez que se llevó a cabo la interpretación del PISQ-12 se encontró que la tasa de pacientes con disfunción sexual fue del 48.00% de las pacientes (**Figura 2**).



Figura 2. Prevalencia de disfunción sexual en las pacientes seleccionadas de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza”.

Seguido fue evaluada la percepción de la calidad de vida a través del SF-12. Se informó que las pacientes puntuaron 36.87 ± 3.83 puntos a partir del instrumento (**Figura 3**), que revelan un rango bueno de CdV (76.81%).

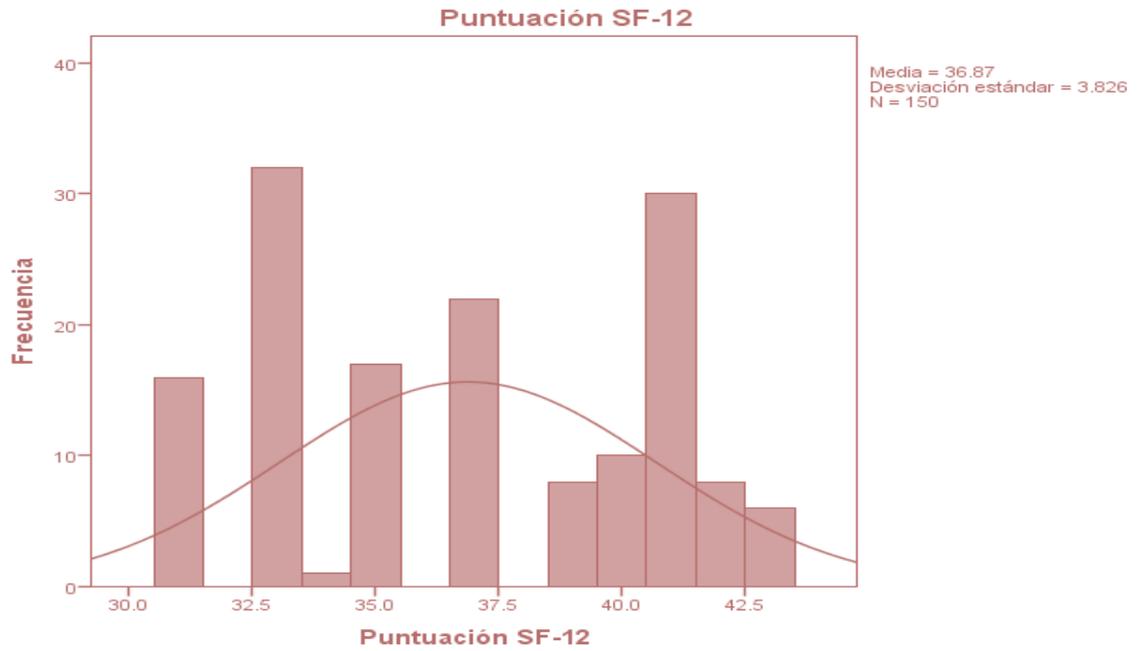


Figura 3. Percepción de la calidad de vida en las pacientes seleccionadas de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza”.

Capítulo 5. Discusión

Los TSP están asociadas con la CdV, y las mujeres que experimentan IU tienen signos de una CdV más baja. Los tratamientos para mujeres con TSP están diseñados para mejorar los síntomas y CdV relacionada con la incontinencia. Los ensayos clínicos están diseñados para evaluar los tratamientos y, por lo tanto, es importante medir el cambio relacionado con el tratamiento, no solo en los síntomas pero también en CdV. Por lo tanto, en los ensayos clínicos de dichos tratamientos, la inclusión de una medida de CdV es particularmente importante y de ahí el interés en el presente.

Actualmente, se han desarrollado muchos procedimientos quirúrgicos para el manejo de los TSP, cuyo objetivo es obtener buenos resultados clínicos y mejorar la CdV del paciente²⁵.

Otro aspecto a considerar es que se han realizado unos pocos estudios comparativos prospectivos sobre la función sexual antes y después del tratamiento, lo han hecho en términos de los efectos del tipo de padecimiento y no evaluaron los efectos de diversas técnicas sobre el funcionamiento sexual²⁷.

Por ejemplo, en una serie, *Tyagi et al*, (2018) identificaron que la función sexual (FS) medida por el PISQ-12 mejoró después de la cirugía, independientemente de la naturaleza de la cirugía o de los antecedentes ginecológicos de la paciente. Se observó una mejoría en el FS a los 6 meses (97 pacientes) después de la cirugía ($P < 0,05$), después de lo cual (a los 12 meses; 80 pacientes) no se observaron más cambios. La mejora de la FS se asoció con una mejor satisfacción del paciente después de la operación⁴.

En el presente debemos delimitar que las pacientes sexualmente activas fueron generalmente jóvenes y con un IMC bajo, lo que podemos ver a partir de la media poblacional, muchas de las pacientes informaron no tener deseos de la relación sexual, datos que debe considerarse al momento de analizar los resultados.

Por un lado, tenemos a la IU, un problema de salud que se caracteriza por pérdidas involuntarias de orina, es vergonzosa e impredecible y desalienta a las mujeres a llevar un estilo de

vida más saludable y activo. Esto reduce la autoconfianza, quizás causando problemas psicosexuales que se manifiestan como una disminución general en la calidad de vida.

Además, debemos considerar, que se han desarrollado y probado una variedad de cuestionarios para medir el impacto de la TSP en la CdV. Los resultados subjetivos de la calidad de vida de la TSP que utilizan cuestionarios de CdV específicos de la condición pueden diferir porque hay una gran cantidad de instrumentos de medición que varían en términos de su alcance y contenido. Se debe recomendar encarecidamente el uso de una medida de resultado estandarizada para la CdV de para combinar y comparar los resultados de los ensayos.

Desafortunadamente, esta es una condición muy común que también acompaña de disfunción sexual comórbidas. Sin embargo, el presente sugiere que las mujeres sexualmente activas pueden experimentar mejoría en la vida sexual después de someterse a cirugía.

Encontramos que la sintomatología de IU puede disminuir el interés sexual y la autoestima. Esto podría explicarse a través de lo descrito en investigaciones sugieren que hasta el 80 % de las mujeres con IU experimentan pérdidas de orina durante el coito sexual y el 93 % durante el clímax sexual. La irritación de la región vulvovaginal por la fuga persistente de orina durante la actividad sexual generalmente conduce a la dispareunia. Por lo tanto, las mujeres pueden experimentar una vida sexual mejorada sin tal nerviosismo y ansiedad al realizar medidas correctivas, aunque la psicofisiología del orgasmo femenino no es simple.

Por supuesto, existen diferencias individuales y diferencias que tienen lugar a medida que envejecemos. Por lo tanto, la investigación adicional debe involucrar tanto al paciente como a la pareja y centrarse en los miedos, expectativas y objetivos con respecto a los cambios perioperatorios en la función sexual y la adaptación psicológica posoperatoria.

Capítulo 6. Conclusiones

El presente estudio se encontró que casi el 50.0% de las pacientes analizadas de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” presentaron algún grado de disfunción sexual a partir de una puntuación media de 20.84 puntos.

En estas pacientes cuya edad osciló los 59 años, se describió que la calidad de vida puntuó 36.87 puntos en promedio, con una buena percepción de CdV (76%).

Referencias bibliográficas

1. Al-Badr A, Al-Juraifani R, Al-Sheikh G, Al-Mandeel H, Al-Dakhyel L, Al-Shahrani N. Validation of the International Urogynecology Association's Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire in Arabic. *Int Urogynecol J.* 2017;28(3):437–45.
2. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev.* 2019;7(4):559–64.
3. van Dongen H, van der Vaart H, Kluivers KB, Elzevier H, Roovers JP, Milani AL. Dutch translation and validation of the pelvic organ prolapse/incontinence sexual questionnaire-IUGA revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2019;30(1):107–14.
4. Tyagi V, Perera M, Guerrero K, Hagen S, Pringle S. Prospective observational study of the impact of vaginal surgery (pelvic organ prolapse with or without urinary incontinence) on female sexual function. *Int Urogynecol J.* 2018;29(6):837–45.
5. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):127–42.
6. Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health.* 2018;63(4):410–7.
7. Van Iersel JJ, De Witte CJ, Verheijen PM, Broeders IAMJ, Lenters E, Consten ECJ, et al. Robot-Assisted Sacrocolporectopexy for Multicompartment Prolapse of the Pelvic Floor: A Prospective Cohort Study Evaluating Functional and Sexual Outcome. *Dis Colon Rectum.* 2016;59(10):968–74.
8. Cormio L, Mancini V, Liuzzi G, D'Altilia N, Carrieri G. Surgical management of female pelvic organ prolapse with and without urinary incontinence. *Med (United States).* 2017;96(39):3–8.
9. Kavvadias T, Schoenfish B, Brucker SY, Reisenauer C. Anatomical and functional outcomes after hysterectomy and bilateral sacrospinous ligament fixation for stage IV uterovaginal prolapse : a prospective case series. *BMC Urol.* 2020;20(126):1–7.
10. Bicudo-Fürst MC, Borba PH, Araújo FP, et al. Female Sexual Function Following Surgical Treatment of Stress Urinary Incontinence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Sex Med Rev.* 2018;6(2):224–33.

11. Li T, Zhang Y jun, Zhang H ling, Ding X hui, Yu ZJ, Lu S. Prevalence and Risk Factors of Stress Urinary Incontinence Among Perimenopausal Women and Its Influence on Daily Life in Women with Sexual Desire Problem. *Curr Med Sci.* 2019;39(4):615–21.
12. Vollstedt AJ, Han E, Nguyen L, Tennyson L, Beck D, Sirls L. Placement of mid-urethral mesh slings at the time of vaginal prolapse repair does not affect post-operative sexual function or orgasm. *Int Urogynecol J.* 2020;1(1):1–7.
13. Kang J, Chen N, Song S, et al. Sexual function and quality of life after the creation of a neovagina in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: comparison of vaginal dilation and surgical procedures. *Fertil Steril.* 2020;113(5):1024–31.
14. Pérez-Tomás C, Gómez-Pérez L, Romero-Maroto J, Palazón-Bru A, Navarro-Cremades F, Cortés-Castell E. Sexual Quality of Life After Treatment of Stress Urinary Incontinence With Adjustable Tension-free Mesh System in Women Who Were Sexually Active Before Surgery. *Urology.* 2018;115(1):76–81.
15. Parameshwar PS, Borok JF, Jung EE, et al. Writing in the Margins of Sexual Function Questionnaires: A Qualitative Analysis of Data From Women With Pelvic Floor Disorders. *J Sex Med.* 2020;S1743-6095(20):30676–7.
16. Ugurlucan FG, Evruke I, Yasa C, Dural O, Yalcin O. Sexual functions and quality of life of women over 50 years with urinary incontinence, lower urinary tract symptoms and/or pelvic organ prolapse. *Int J Impot Res.* 2019;1(1):1–9.
17. Cameron AP, Smith AR, Lai HH, et al. Bowel function, sexual function, and symptoms of pelvic organ prolapse in women with and without urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(8):2586–96.
18. Lai S, Diao T, Zhang W, et al. Sexual Functions in Women With Stress Urinary Incontinence After Mid-Urethral Sling Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Randomized and Non-Randomized Studies. *J Sex Med.* 2020;1743–6095(20):30728–1.
19. Kinjo M, Yoshimura Y, Kitagawa Y, Okegawa T, Nutahara K. Sexual activity and quality of life in Japanese pelvic organ prolapse patients after transvaginal mesh surgery. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018;44(7):1302–7.
20. Rogers RG. Translating patient-reported outcomes to improve patient care and urogynecologic research. *Int Urogynecol J.* 2017;28(12):1765–6.

21. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuña-Pons M. Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR): Transcultural validation. *Int Urogynecol J.* 2017;28(12):1865–73.
22. 't Hoen LA, Utomo E, Steensma AB, Blok BFM, Korfage IJ. The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12): validation of the Dutch version. *Int Urogynecol J.* 2015;26(9):1293–303.
23. Gomes TA, Faber M de A, Botta B, Brito LGO, Juliato CRT. Severity of urinary incontinence is associated with prevalence of sexual dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2020;31(8):1669–74.
24. Bilgic D, Gokyıldız Surucu S, Kizilkaya Beji N, Yalcin O. Sexual function and urinary incontinence complaints and other urinary tract symptoms of perimenopausal Turkish women. *Psychol Health Med.* 2019;24(9):1111–22.
25. Busija L, Pausenberger E, Haines TP, Haymes S, Buchbinder R, Osborne RH. Adult measures of general health and health-related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36) and Short Form 12-Item (SF-12) Health Surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Sh. *Arthritis Care Res.* 2011;63(Suppl 11):S383-412.
26. Altman D, Geale K, Falconer C, Morcos E. A generic health-related quality of life instrument for assessing pelvic organ prolapse surgery: correlation with condition-specific outcome measures. *Int Urogynecol J.* 2018;29(8):1093–9.
27. Belayneh T, Gebeyehu A, Adefris M, Rortveit G, Genet T. Translation, transcultural adaptation, reliability and validation of the pelvic organ prolapse quality of life (P-QoL) in Amharic. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1):1–11.
28. Coyne KS, Thompson CL, Lai J-S, Sexton CC. An overactive bladder symptom and health-related quality of life short-form: validation of the OAB-q SF. *Neurourol Urodyn.* 2015;34(3):255–63.
29. Espuña M, Puig M, González M, Zardain PC, Rebollo P. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia: Validación de la versión española del “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12).” *Actas Urológicas Españolas.* 2008;32(2):212-221.
30. Drixler K, Morfeld M, Glaesmer H, Brähler E, Wirtz MA. Validierung der Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität mittels des Short-Form-Health-Survey-12 (SF-12 Version 2.0) in einer deutschen Normstichprobe. *Z Psychosom Med Psychother.* 2020;66(3):272–86.

31. Chuang FC, Chu LC, Kung FT, Huang KH. Validation of the traditional Chinese version of the prolapse quality of life questionnaire (P-QOL) in a Mandarin-speaking Taiwanese population. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016;55(5):680–5.
32. Felipe MR, Zambon JP, Girotti ME, Burti JS, Hacad CR, Cadamuro L, et al. What Is the Real Impact of Urinary Incontinence on Female Sexual Dysfunction? A Case Control Study. *Sex Med.* 2017;5(1):e54–60.
33. Grzybowska ME, Wydra DG, Smutek J. Validation of the Polish version of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire. *Int Urogynecol J.* 2016;27(5):781–6.
34. Kılıç M. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in healthy women in Turkey. *Afr Health Sci.* 2019;19(3):2623–33.
35. Radoja I, Degmečić D. Quality of life and female sexual dysfunction in croatian women with stress-, urgency-and mixed urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(6):24.
36. Karbage SAL, Santos ZMSA, Frota MA, De Moura HJ, Vasconcelos CTM, Neto JAV, et al. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;201:56–60.
37. Sánchez-Sánchez B, Yuste-sánchez MJ, Arranz-martín B, Navarro-brazález B, Romay-barrero H, Torres-lacomba M. Quality of life in POP: Validity, reliability and responsiveness of the prolapse quality of life questionnaire (P-QoL) in spanish women. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5).
38. Flores-Espinoza C, Araya AX, Pizarro-Berdichevsky J, et al. Validation of the Spanish-language version of the Prolapse Quality of Life Questionnaire in Chilean women. *Int Urogynecol J.* 2015;26(1):123–30.
39. Kinjo M, Yoshimura Y, Kitagawa Y, Okegawa T, Nutahara K. Sexual activity and quality of life in Japanese pelvic organ prolapse patients after transvaginal mesh surgery. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018;44(7):1302–7.
40. Mattsson NK, Karjalainen PK, Tolppanen AM, et al. Pelvic organ prolapse surgery and quality of life—a nationwide cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(6):588.e1-588.e10.
41. Grzybowska ME, Wydra D. Predictors of sexual function in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(2):861–8.

Anexos

Anexo 1. Hoja de consentimiento informado

Se llevará a cabo un estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y transversal que evaluará a las pacientes con diagnóstico de trastorno del suelo pélvico que acuden al Servicio de Urología Ginecológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza”, en el cual la confidencialidad de las participantes se resguardara de manera estricta.

Usted ha sido invitada a participar en este estudio debido a que presenta trastorno del piso pélvico y es atendida en este hospital por lo que se considera candidato para participar en este proyecto.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención.
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha	Ciudad de México, CMN La Raza a _____
Número de registro:	<u>R-2021-3504-035</u>
Justificación y objetivo del estudio	Los trastornos del suelo pélvico (TSP), incluida la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso de órganos pélvicos (POP), son quejas ginecológicas comunes que afectan negativamente la calidad de vida (CdV) de muchas mujeres debido a su impacto en bienestar médico, social, emocional y sexual y dada la prevalencia actual estimada del 23.7% y la expectativa de que el porcentaje aumente el doble de la tasa de crecimiento anual de la población, los trastornos del suelo pélvico son un importante problema de salud pública.
Procedimientos	Este estudio tiene como objetivo, describir la función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención. Se tomará la siguiente información de los registros clínicos: edad, peso, talla e índice de masa corporal. De forma adicional se aplicarán dos cuestionarios que buscan conocer sobre cómo se siente usted en relación con su enfermedad. Esta información será totalmente confidencial, esto es, será conservada de forma tal que usted no pueda ser identificada.
Posibles riesgos y molestias:	ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados del presente estudio contribuirán a conocer la función sexual y calidad de vida, y de esta manera realizar acciones que mejoren las mismas, (atención necesaria para la afección identificada mediante atención médica, psicológica, psiquiátrica o alguna valoración adicional mediante referencia a otro servicio en caso de requerirse).
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	Al concluir el presente estudio se darán a conocer los resultados pertinentes que sean útiles o tengan impacto a futuro y puedan ser utilizados en el manejo de pacientes con disfunción sexual.
Participación o retiro:	Su decisión de participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS a la que tiene derecho, se le ofrecerán los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica del IMSS. Es decir, que, si no desea participar en el estudio, su decisión no afectará su relación con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que derechohabiente recibe del IMSS. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que usted quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarla (como su nombre y afiliación) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que los resultados de sus estudios clínicos, para garantizar su privacidad. Nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos que usted así lo desee. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, por ejemplo, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
En caso de colección de material biológica (si aplica)	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica)	_____
Beneficios al término del estudio:	Los resultados del presente estudio contribuirán a conocer la función sexual y calidad de vida, y de esta manera realizar acciones que mejoren las mismas.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Jazmín Melgoza Arcos, Médico adscrito al servicio de Urología Ginecológica de la Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza IMSS Tel

Colaboradores	<p>57245900 Extensión 23628, favor de comunicarse de lunes a viernes de 8:00 a 14: 00 hrs, con dirección: Calz Vallejo esq. Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza, Azcapotzalco, Ciudad de México. Matrícula IMSS 98360777, correo electrónico: jazarc@hotmail.com</p> <p>Dra. Alejandra Camacho Ureta, Médico residente de Urología Ginecológica de la Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza IMSS Tel 57245900 Extensión 23628, favor de comunicarse de lunes a viernes de 8:00 a 14: 00 hrs con dirección: Calz Vallejo esq. Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza, Azcapotzalco, Ciudad de México. Matrícula IMSS 98264706 correo electrónico: alejandracamachoureta@gmail.com</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza IMSS: "Comité de Ética en Investigación 35048: Calz Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990. Teléfono (55) 5724 5900 extensión 23768, en horario de 07:00 a 13:30 horas o al correo electrónico: efreen.montano@imss.gob.mx</p>	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	
CLAVE 2810 -009-013		

Anexo 2. Hoja de recolección de datos

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD		
Función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de urología ginecológica en un tercer nivel de atención			
Número de Folio			
Edad (años)			
Peso:	Talla:	IMC:	

Anexo 3. Cuestionario PISQ-12

CONFIDENCIAL	FECHA [][]/[][]/[][]
Cuestionario PISQ-12	
Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal/Incontinencia de orina (PISQ-12)	
<u>Instrucciones:</u> 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 qué 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 <u>6 meses</u> . Gracias por su ayuda.	
1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc.	
<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> 1 vez al mes <input type="checkbox"/> menos de 1 al mes <input type="checkbox"/> Nunca	
2. ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
3. ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
4. ¿Está satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
6. ¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
7. El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
8. ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
9. Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
10. ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
11. ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?	
<input type="checkbox"/> Mucho menos intensos <input type="checkbox"/> Menos intensos <input type="checkbox"/> Igual de intensos <input type="checkbox"/> Más intensos <input type="checkbox"/> Mucho más intensos	

Anexo 4. Cuestionario de salud Shof Form 12 (SF-12)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

- (1) Excelente
- (2) Muy buena
- (3) Buena
- (4) Regular
- (5) Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.

- (1) Sí, me limita mucho
- (2) Sí, me limita un poco
- (3) No, no me limita nada

3. Subir varios pisos por la escalera.

- (1) Sí, me limita mucho
- (2) Sí, me limita un poco
- (3) No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

- (1) Siempre

- (2) Casi siempre
- (3) Algunas veces
- (4) Sólo alguna vez
- (5) Nunca

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre
- (3) Algunas veces
- (4) Sólo alguna vez
- (5) Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre
- (3) Algunas veces
- (4) Sólo alguna vez
- (5) Nunca

7. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre
- (3) Algunas veces
- (4) Sólo alguna vez
- (5) Nunca

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- (1) Nada
- (2) Un poco
- (3) Regular
- (4) Bastante
- (5) Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo usted se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

9. Se sintió calmado y tranquilo?

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre
- (3) Algunas veces
- (4) Sólo alguna vez
- (5) Nunca

10. Tuvo mucha energía?

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre
- (3) Algunas veces
- (4) Sólo alguna vez
- (5) Nunca

11. Se sintió desanimado y deprimido?

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre

(3) Algunas veces

(4) Sólo alguna vez

(5) Nunca

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

(1) Siempre

(2) Casi siempre

(3) Algunas veces

(4) Sólo alguna vez

(5) Nunca