



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA 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
ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA

FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA Y
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS PREVIO A SU PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Y A MÁS
DE 6 MESES POSTERIORES AL EVENTO QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN
UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

NÚMERO DE REGISTRO:

R-2024-3504-006

P R E S E N T A

DRA. SANDRA MARIA ANNEL MACÍAS PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS

DRA. JAZMÍN MELGOZA ARCOS





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.

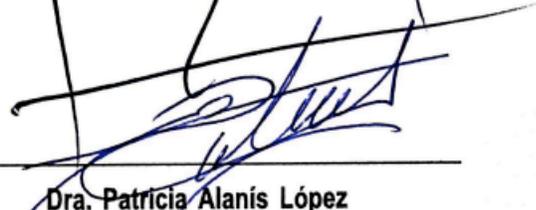
**FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA
URINARIA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL SERVICIO DE
UROLOGÍA GINECOLÓGICA EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

NÚMERO DE REGISTRO:

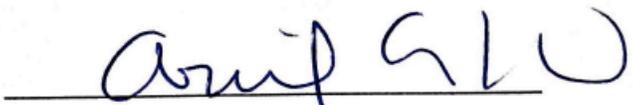
R-2024-3504-006



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



Dra. Patricia Alanís López
Jefa de la División de Educación en Salud



Dra. Abril Adriana Arellano Llamas
Jefa de la División de Investigación en Salud



Dra. Jazmín Melgoza Arcos
Investigador Responsable y Asesor 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 09 002 136**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 009 2018072**

FECHA **Lunes, 29 de enero de 2024**

Doctor (a) **JAZMIN MELGOZA ARCOS**

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FUNCION SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA Y PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS PREVIO A SU PROGRAMACION QUIRURGICA Y 6 MESES POSTERIORES AL EVENTO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN UN TERCER NIVEL DE ATENCION** 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-2024-3504-006

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

Doctor (a) **Zarela Lizbeth Chinolla Arellano**
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3504

Agradecimientos

Esta tesis es el fruto de mi esfuerzo y dedicación tras 12 años de pasión por la medicina, pero también es el reflejo del amor y el apoyo inquebrantable de un equipo maravilloso.

Agradezco a Dios por ser mi luz en las situaciones de oscuridad, por guiar mis pasos y sostenerme con su amor infinito durante este proceso de aprendizaje y formación, en cada paso dado he sentido su gracia, realmente su sabiduría sobrepasa cualquier entendimiento humano,

A ustedes, mami y papi, les dedico este logro. Su confianza en mí y su constante aliento han sido mi mayor motivación. Gracias por ser mi inspiración, mi roca en los momentos de dificultad, por ser los pilares de mi vida y por enseñarme con el ejemplo el significado de la perseverancia y la superación. Su sacrificio, dedicación y amor incondicional han sido la fuerza impulsora detrás de cada paso en mi camino hacia la realización de este sueño. ¡Gracias por creer en mí siempre, aún incluso cuando yo no creía en mi misma! Con amor y gratitud infinitos, esta tesis es para ustedes.

A ti, amor mío, te dedico este éxito con profundo cariño. Tu constante aliento, comprensión y paciencia han sido mi mayor fortaleza en los momentos de desafío. Gracias por ser mi compañero de vida, por creer en mis sueños y por caminar a mi lado en este emocionante viaje. Aquí comienza un nuevo capítulo en nuestras vidas, y estoy agradecida de tener tu amor como mi guía constante.

A mi querido hermano por su apoyo incondicional durante todo este proceso, tu amor y admiración han sido fundamentales para mí en cada etapa que he vivido. Agradezco profundamente tu apoyo y motivación constante. Pero, sobre todo, gracias por regalarme a uno de mis motores de vida, SallyLu, que puede con su sonrisita hacer que mi día más oscuro se llene de luz.

A mi asesora y maestra Dra. Melgoza, su compromiso con mi crecimiento y desarrollo profesional ha sido una inspiración constante. Gracias por brindarme su experiencia y por alentarme a alcanzar mi máximo potencial.

Título

**FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON
INCONTINENCIA URINARIA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS
PREVIO A SU PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Y A MÁS DE 6 MESES
POSTERIORES AL EVENTO QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.**

Identificación de los investigadores

Sandra María Annel Macías Pérez

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: 57245900

e-mail: annelmaciasperez@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: 57245900

e-mail: jazarc@hotmail.com

Tesis asociada autorizada por comité de ética e investigación

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. Investigadores: Dra. Jazmín Melgoza Arcos, Dra. Alejandra Camacho Ureta. Subespecialidad Urología Ginecológica.

Índice

APARTADO	PÁGINA	
Resumen	7	
Marco Teórico	11	
Justificación	30	
Planteamiento del problema	32	
Objetivos	33	
Hipótesis	36	
Material y métodos	37	
	Tipo de estudio	37
	Diseño del estudio	37
	Lugar de desarrollo	37
	Periodo de estudio	37
	Universo de estudio	37
	Tipo de muestreo y tamaño de muestra	38
	Criterios de selección	41
	Variables de estudio	43
	Procedimiento	46
	Plan de análisis estadístico	49
Consideraciones éticas	50	
Resultados	54	
Discusión	65	
Conclusiones	68	
Referencias bibliográficas	69	
Anexos	75	
	Consentimiento informado	75
	Hoja de colección de datos	78
	Otros.	79

Capítulo 1. Resumen

Función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos previo a su programación quirúrgica y a más de 6 meses de evento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención.

Autores: Melgoza Arcos J¹, Macías Pérez S²

¹Médico no familiar, especialista en Urología Ginecológica

²Médico residente de la subespecialidad de Urología Ginecológica

Antecedentes: Los trastornos del suelo pélvico, son quejas ginecológicas comunes que afectan negativamente la calidad de vida de muchas mujeres debido a su impacto en bienestar médico, social, emocional y sexual y dada la prevalencia actual estimada del 23.7%. Los estudios que evalúan las condiciones postquirúrgicas de estas pacientes enfocados en calidad de vida y función sexual demuestran que la cirugía reconstructiva del prolapso genital mejora significativamente la función sexual de las pacientes con disfunción del piso pélvico, permitiéndoles obtener a estas mujeres una vida sexual más placentera, con mejoría de su calidad de vida.

Objetivo: Describir la mejoría de la función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos previo a su programación quirúrgica y a más de 6 meses posteriores a procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, ambispectivo, analítico y longitudinal en el Servicio de Ginecología de la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del CMN "La Raza" que evaluó a las pacientes con diagnóstico previo de trastorno del suelo pélvico previo a su programación quirúrgica y a más de 6 meses posteriores a procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención, incluyendo aspectos

demográficos, de la función sexual mediante el instrumento PISQ-12, y la percepción de calidad de vida mediante el cuestionario SF-12.

Resultados: Fueron incluidas 150 pacientes con diagnóstico de trastorno de suelo pélvico (que incluyó incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos) de las cuales únicamente 68 fueron sometidas a corrección quirúrgica de su disfunción de piso pélvico, con edad media de 62.68 ± 10.66 años. La evaluación de la función sexual postquirúrgica valorada por PISQ 12 describió puntuaciones de 7.21 ± 6.08 puntos para el dominio conductual-emotivo, de 17.35 ± 3.45 puntos para el dominio físico y de 8.51 ± 1.28 puntos para el dominio relacionado con la pareja. La puntuación global determinó que sólo el 7.4% presentó una disfunción sexual moderada y 92.6% disfunción sexual leve. La percepción de la calidad de vida evaluada a través del SF-12 informó que las pacientes puntuaron 45.63 ± 3.90 .

Conclusiones: El estudio comparativo realizado sobre pacientes sometidas a corrección quirúrgica de disfunciones del piso pélvico reveló una mejora significativa en la función sexual y la calidad de vida postoperatoria. Antes de la intervención, el 52% de las pacientes presentaba disfunción sexual moderada y el 10% disfunción severa, mientras que después de la cirugía, solo el 5% mostraba disfunción sexual moderada y el 63% disfunción sexual leve. Además, la puntuación media en el cuestionario SF-12 aumentó de 36.87 a 45.63, con un 94% de las pacientes experimentando una mejora en la calidad de vida tras el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvico, cirugía obliterante, cirugía reconstructiva, calidad de vida, función sexual.

Abstract

Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence and organ prolapse prior to surgical scheduling and more than 6 months after the surgical event in the gynecology service at a third level of care.

Authors: Melgoza Arcos J¹, Macías Pérez S².

¹Non-family doctor, specialist in Gynecological Urology.

²Resident Physician of the subspecialty of Gynecological Urology.

Background: Pelvic floor disorders are common gynecological complaints that negatively affect the quality of life of many women due to their impact on medical, social, emotional and sexual well-being and given the current estimated prevalence of 23.7%. Studies that evaluate the post-surgical conditions of these patients focused on quality of life and sexual function demonstrate that reconstructive surgery for genital prolapse significantly improves the sexual function of patients with pelvic floor dysfunction, allowing these women to obtain a more pleasurable sexual life. , with improvement in their quality of life.

Target: To describe the improvement in sexual function and quality of life in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse prior to surgical programming and more than 6 months after the surgical procedure in the gynecology service at a third level of care in the years 2021 to 2022.

Material and methods: An observational, ambispective, analytical and longitudinal study was carried out in the Gynecology Service of the UMAE Gynecology-Obstetrics Hospital No. 3 of the CMN “La Raza” that evaluated patients with a previous diagnosis of pelvic floor prior to surgical programming and more than 6 months after the surgical procedure in the gynecology service at a third level of care, including demographic aspects, sexual function using 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 with a diagnosis of pelvic floor disorder (which included

urinary incontinence and pelvic organ prolapse) were included, of which only 68 underwent surgical correction of their pelvic floor dysfunction, with a mean age of 62.68 ± 10.66 years. The evaluation of postsurgical sexual function assessed by PISQ 12 described scores of 7.21 ± 6.08 points for the behavioral-emotive domain, 17.35 ± 3.45 points for the physical domain and 8.51 ± 1.28 points for the couple-related domain. The global score determined that only 7.4% presented moderate sexual dysfunction and 92.6% presented mild sexual dysfunction. The perception of quality of life evaluated through the SF-12 reported that the patients scored 45.63 ± 3.90 .

Conclusions: The comparative study conducted on patients undergoing surgical correction for pelvic floor dysfunctions revealed a significant improvement in sexual function and postoperative quality of life. Before the intervention, 52% of the patients had moderate sexual dysfunction and 10% had severe dysfunction, while after surgery, only 5% exhibited moderate sexual dysfunction and 63% had mild sexual dysfunction. Furthermore, the average score on the SF-12 questionnaire increased from 36.87 to 45.63, with 94% of the patients experiencing an improvement in quality of life following surgical treatment.

Keywords: Urinary incontinence, pelvic organ prolapse, obliterative surgery, reconstructive surgery, quality of life, sexual function.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Introducción

Es de suma importancia tener claro el concepto de la disfunción del piso pélvico, el cual se considera una estructura anatómica compleja con componentes musculares y fascias que son dominados neurológicamente y cuentan con una función biomecánica específica. El soporte del piso pélvico es esencial para la estabilidad de los órganos pélvicos, la continencia, la micción, defecación, la función sexual y el parto¹.

Los trastornos del suelo pélvico, incluida la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso de órganos pélvicos, son quejas ginecológicas comunes que afectan negativamente la calidad de vida de muchas mujeres debido a su impacto en bienestar médico, social, emocional y sexual² y millones de mujeres en todo el mundo se ven afectadas por la disfunción del suelo pélvico, pero la introversión personal y los tabúes sociales aún impiden la discusión abierta sobre el tema³.

Según la International Urogynecological Association se estima que la disfunción de piso pélvico afecta aproximadamente al 50% de las mujeres mayores de 50 años y que entre el 3 % y 6 % de la población femenina desarrollará alguna de 4 estas disfunciones en algún momento de la vida⁴.

Al menos una de cada tres mujeres mayores tiene trastorno de la estática pélvica. La disfunción del piso pélvico incluye pérdida involuntaria de orina con aumento de la presión intraabdominal incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia y polaquiuria: vejiga hiperactiva, prolapso de órganos pélvicos, incontinencia fecal y estreñimiento crónico. La disfunción del piso pélvico se ha asociado con una disminución de la función sexual, incluida la disminución del deseo sexual, la disminución de la frecuencia del orgasmo y la dispareunia⁵.

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2050 un tercio de la población femenina de todo el mundo entre 45 y 50 años de edad

estará afectada por esta enfermedad⁶.

Abordaje del prolapso de órganos pélvicos

El prolapso de órganos pélvicos es el descenso de uno o más compartimentos de la vagina y el útero: la pared vaginal anterior, la pared vaginal posterior, el útero, el cérvix o la cúpula vaginal así. Como el nivel III de fusión, esto permite que los órganos cercanos se prolapsen en el espacio vaginal, que comúnmente se conoce como cistocele, rectocele o enterocele. Es común el descenso en estadios tempranos de los órganos pélvicos y no debe considerarse patológico. Solo debe considerarse un problema si causa síntomas de prolapso o disfunción sexual o si altera la función normal del tracto urinario inferior o del intestinal ⁷.

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 prolapso de órganos pélvicos cuando el borde de mayor prolapso llega a 1 cm distal al anillo del himen. Mientras tanto, la prevalencia de prolapso de órganos pélvicos basada en los síntomas notificados fue mucho más baja (3 a 6%) que la prevalencia identificada por examen (41 a 50%)⁷.

En general, el tratamiento para las primeras etapas (etapas I y II) del POP Q puede incluir medidas conservadoras, como ejercicios del piso pélvico, cambios en el estilo de vida, pesarios vaginales o terapia estrogénica local. Para etapas más avanzadas (etapas III, IV y V), son indicativos de abordaje quirúrgico para reparar o suspender los órganos prolapsados, sin embargo, se debe realizar la individualización de las características, antecedentes y expectativas de la paciente⁸.

Por su parte, la cirugía está indicada para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos en mujeres que están sintomáticas por el prolapso genital y han fallado o rechazado los tratamientos no quirúrgicos. Existen varios enfoques quirúrgicos

vaginales y abdominales para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos. 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 (Por ejemplo: presencia de disfunción urinaria, intestinal o sexual), la salud general del paciente, la preferencia del paciente y la experiencia del cirujano⁷.

Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos se realiza por compartimento de acuerdo a la afección correspondiente que puede ser de uno o más compartimentos manifestándose comúnmente como una combinación de prolapso urogenital y rectal. Cada vez se aplica más un procedimiento multidisciplinario para el prolapso de órganos pélvicos multicompartimental, 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 para el compartimento superior es la sacrocolpopexia que es superior a un abordaje vaginal y se usa en casi todos los estudios que describen procedimientos multicompartimentales⁹.

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 alterada, pero este procedimiento es más complicado de forma recurrente y está seguido por eventos adversos¹⁰.

Si bien la elección del procedimiento depende del estadio y características de cada paciente, 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 prolapso de órganos pélvicos no así en los recurrentes o afección multicompartimental¹¹.

Comúnmente estas disfunciones multicompartimentales se asocian a incontinencia urinaria la cual se define como la pérdida involuntaria de orina. Las formas más comunes de incontinencia incluyen (1) incontinencia urinaria de esfuerzo, la pérdida de orina por esfuerzo o esfuerzo físico, tos, estornudos y ejercicio; (2) incontinencia urinaria de urgencia, donde hay una pérdida involuntaria de orina asociada con la urgencia; y (3) incontinencia urinaria mixta (IUM), que es una combinación de incontinencia de esfuerzo y de urgencia³.

La incontinencia urinaria es un problema de salud que afecta el bienestar social, psicológico, ocupacional, doméstico, físico y sexual. Invariablemente asociadas a la disfunción de piso pélvico 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 incontinencia urinaria; la fuga en la penetración se ha asociado con la incontinencia urinaria por estrés y la fuga en el orgasmo se ha asociado más a menudo con la hiperactividad del detrusor y relajación uretral¹².

Algunos factores de riesgo informados incluyen principalmente la edad, el parto vaginal, la obesidad y las enfermedades ginecológicas crónicas. Sin embargo, existe la preocupación de que la disección de la pared vaginal anterior durante la colocación de una cinta medio uretral pueda interrumpir el suministro neurovascular al clítoris, lo que puede tener un efecto negativo en los orgasmos vaginales y/o clitoridianos¹⁴.

El tratamiento de la incontinencia urinaria puede ser conservador o quirúrgico. El tratamiento de elección para la incontinencia urinaria de esfuerzo grado severo o muy severo es el abordaje quirúrgico, siendo la cinta suburetral la medida más eficaz de acceso retropúbico. Esto mejora la pérdida de orina durante el coito en mujeres con incontinencia urinaria¹⁵.

Rodríguez & cols en su estudio reportan una tasa de curación subjetiva en

incontinencia para la cinta transobturadora de 94.5%, que corresponde a lo reportado en la bibliografía con tasas que van de 61 a 97%¹³.

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 cinta¹⁶.

A diferencia de la evidencia que respalda el uso de fisioterapia del suelo pélvico para la incontinencia urinaria, la evidencia sobre el efecto de fisioterapia del suelo pélvico sobre los síntomas del prolapso de órganos pélvicos es algo menos clara. Se sabe que al fortalecer los músculos del piso pélvico mediante fisioterapia del suelo pélvico mejora el soporte de los órganos pélvicos en respuesta a los cambios en la presión intraabdominal mejorando la sintomatología⁸.

Evaluación de la función sexual en trastornos del suelo pélvico

La definición de disfunción sexual femenina de la Organización Mundial de la Salud incluye "las diversas formas en que una persona no puede participar en una relación sexual como lo haría"³. 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 personal¹⁷.

Sobre la base de estudios poblacionales, la prevalencia de disfunción sexual femenina puede estimarse entre 30% y 50% para las mujeres que padecen trastorno del suelo pélvico, 50% a 83% de las mujeres sexualmente activas en este grupo informaron algún grado de disfunción sexual femenina; esta incidencia de disfunción sexual femenina es más alta que en la población general³.

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 pareja¹⁸.

En un estudio observacional de Verbeek 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 prolapso de órganos pélvicos y disminución de la sensación genital y miedo a incremento en el grado de el prolapso³.

Sin embargo, existe una diferencia de opinión en la literatura en cuanto a si el prolapso de órganos pélvicos es una causa directa de disfunción sexual femenina. Puede que no sea el prolapso en sí, sino la incontinencia coital asociada lo que predice la disfunción sexual¹⁹.

Por otra parte, aunque la evidencia sugiere que la asociación entre la incontinencia urinaria 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 importantes²⁰.

Los resultados de múltiples estudios han mostrado una disminución en el bienestar sexual independientemente del tipo de incontinencia urinaria. Saloni et al informaron que el 46% de los pacientes, que padecían diferentes tipos de Incontinencia urinaria o síntomas del tracto urinario inferior, tenían disfunción sexual femenina 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 femenina³.

Las razones del deterioro de la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria pueden deberse a efectos directos e indirectos. La incontinencia urinaria puede afectar el deseo sexual, la lubricación, el orgasmo y la satisfacción sexual, lo que puede provocar disfunción sexual femenina¹². 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 soluciones²¹.

Por ejemplo, en un estudio a cargo de Kinjo et al, la cirugía malla transvaginal 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 prolapso de órganos pélvicos. La implantación de malla transvaginal para prolapso de órganos pélvicos es segura y eficaz en pacientes sexualmente activos²².

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 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 trastornos del suelo pélvico 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”²³.

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 con vida sexual activa 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 pélvico²⁴.

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 estudio²⁵.

Impacto del prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria en la calidad de vida

Tanto el prolapso de órganos pélvicos como la incontinencia urinaria 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 calidad de vida, mejorando su capacidad para hacer ejercicio, reír, participar en actividades sexuales y domésticas²⁶.

Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos 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 vaginal²⁶.

Las mujeres con incontinencia urinaria, 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 la limitación psicosocial y laboral relacionadas con las fugas urinarias, la urgencia y disfunción miccional, ocasionándoles depresión²⁷.

Al ser la función sexual un aspecto clave de la salud pélvica de las mujeres, y determinante en la calidad de vida, 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 mujeres²⁷.

Las medidas en adultos de la salud general y la calidad de vida que se utilizan con frecuencia en los estudios de investigación. Actualmente, no existe una única definición o modelo conceptual de salud o calidad de vida generalmente acordados, y el desarrollo de una definición integral de estos conceptos complejos no forma parte del objetivo de esta revisión.

Para los propósitos de este estudio, las medidas de salud general y calidad de vida 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 enfermedad²⁸.

La calidad de vida 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 calidad de vida 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 quirúrgicas²⁹.

La gravedad y el impacto de los síntomas del trastorno de suelo pélvico en la calidad son una medida de resultado importante en el tratamiento del trastorno de piso pélvico, ya que revelan aspectos importantes de la experiencia subjetiva del paciente. Para ello, medir la calidad de vida 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 calidad de vida 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 uroginecología³⁰, fundamentales para proporcionar una comprensión más completa del impacto de la afección y lo que los pacientes perciben como importantes beneficios del tratamiento^{31, 32}.

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 componentes²⁸.

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 mental²⁸.

El SF-12 es uno de los instrumentos de detección genéricos más utilizados en el mundo para registrar calidad de vida. El SF-12 se basa en el concepto orientado al comportamiento de la paciente y su afección en su calidad de vida y utiliza dos valores de escala para registrar las características de los aspectos físicos y psicológicos de la calidad de vida³³.

Los exámenes clínicos a menudo no son suficientes para obtener información

precisa sobre la gravedad de los síntomas o la disminución de la calidad de vida³⁴ y en términos de calidad de vida, las mujeres con trastorno del suelo pélvico a menudo informan síntomas más problemáticos que las derivadas de otras patologías³⁵. En un estudio transversal, >95% de los pacientes que informaron incontinencia revelaron un impacto negativo en su calidad de vida. El tratamiento de la incontinencia urinaria ha avanzado en los últimos 20 años, con terapias conservadoras, farmacológicas y quirúrgicas eficaces disponibles³⁶.

Los tratamientos para mujeres con trastorno del suelo pélvico están diseñados para mejorar los síntomas y calidad de vida de las pacientes. Por lo que es importante evaluar la calidad de vida previo a la implementación de un tratamiento, para valorar el cambio y la evolución clínica del paciente posterior a la intervención médica³⁷. Por lo tanto, en los ensayos clínicos de dichos tratamientos, la inclusión de una medida de calidad de vida es particularmente importante³⁸.

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 International Continence Society sugirió que los cuestionarios de calidad de vida confiables y sensibles se deben utilizar en la evaluación de tratamientos para los trastornos del suelo pélvico. Sin embargo, no recomendaron el uso de medidas específicas de calidad de vida, ni dieron orientación específica sobre la mejor manera de seleccionar medidas³⁹.

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 vida³⁷.

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)⁴⁰.

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 calidad de vida y evaluar los resultados del tratamiento de mujeres con prolapso uterovaginal. Comparado con otros cuestionarios validados como el Inventario de malestar del suelo pélvico y el Cuestionario de impacto del suelo pélvico, 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 / vaginales⁴¹.

Hay varios agentes utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual femenina. Sin embargo, la mayoría de los medicamentos tienen indicaciones no aprobadas. El uso de terapias hormonales para la disfunción sexual está más documentado en mujeres postmenopáusicas. No existen prácticamente estudios

controlados de terapias hormonales para la disfunción sexual en mujeres premenopáusicas. Ha habido algunos estudios que han examinado el uso de agentes no hormonales específicos en las mujeres premenopáusicas para inducir el deseo sexual. Así, los inhibidores de la recaptación de serotonina han reportado un impacto negativo en el deseo, la excitación y/o el orgasmo⁸. La adición de bupropion de liberación mantenida (150mg 2 veces al día) con el régimen de inhibidores de la recaptación de serotonina ha ayudado a mejorar la disfunción sexual, según se informa en una revisión sistemática de la Cochrane⁴².

Tratamientos quirúrgicos de prolapso de disfunción de piso pélvico

La sociedad española de ginecología y obstetricia comenta que el 11,8% de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida. Supone hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno. La cirugía está indicada cuando el prolapso de órganos pélvicos es sintomático y con afectación de la calidad de vida⁴⁷.

Las técnicas quirúrgicas pueden ser: Obliterativas (colpocleisis): persiguen el cierre del hiato genital para contener el prolapso. Se suele emplear en pacientes de edad avanzada, con importantes prolapsos o recidivas en las que se prevea un riesgo quirúrgico para cirugía reconstructiva o cuenten con contraindicación para el uso de material protésico, y que aceptan la limitación para mantener relaciones sexuales vía vaginal. Otras vías de abordaje son vaginal reconstructivas, abdominal o laparoscópico, los cuales tienen la misión de conseguir el mejor resultado anatómico y funcional⁴⁷.

Comenta Giraudet & cols en su revisión que para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital hay tres alternativas posibles: la promontofijación o sacrocolpopexia (vía laparoscópica o laparotómica), la cirugía vaginal con tejidos autólogos y la cirugía vaginal con colocación de material protésico⁴⁸.

Ditter en el 2021 realizó un estudio donde explica que en una mujer con útero que elige someterse a una sacrocolpopexia abdominal, existen varios enfoques

para realizar una histerectomía concomitante: vaginal, laparoscópica, robótica o abdominal. Al realizar la histerectomía a través de un abordaje abdominal, el cirujano tiene la opción de extirpar o preservar el cuello uterino. Los defensores de las histerectomías supracervicales argumentan que reducen el riesgo de infección al evitar la posible contaminación vaginal del injerto de malla, y que la preservación del cuello uterino deja una capa más gruesa de tejido en el vértice vaginal, lo que reduce el riesgo de exposición de la malla vaginal apical. Por el contrario, Los cirujanos que apoyan la realización de una histerectomía total argumentan que la extirpación cervical reduce el riesgo de cáncer/displasia cervical y, en mujeres premenopáusicas, previene el sangrado episódico y evita la necesidad de morcelación intraabdominal⁴⁹.

Se realizó un meta análisis en el 2018 por Meriwether & cols donde se incluyeron estudios aleatorios y no aleatorios de cirugías de prolapso con preservación uterina en comparación con aquellas que involucran histerectomía. Se evaluaron 4467 resúmenes e identificamos 94 estudios elegibles, 53 que compararon la preservación uterina con la histerectomía en la cirugía de prolapso. En comparación con la histerectomía más sacrocolpopexia con malla, la preservación uterina con sacrohisteropexia reduce la exposición de la malla, el tiempo operatorio, la pérdida de sangre y el costo quirúrgico sin diferencias en la recurrencia del prolapso⁵⁰.

Lo cierto es que la promontofijación disminuye el riesgo de recidiva de un defecto apical, comparada con las otras técnicas quirúrgicas por vía vaginal con o sin prótesis, puede presentar límites en caso de cistocelos amplios con defecto de suspensión lateral. Lo mismo sucede en caso de rectocele bajo, debido a la dificultad que puede presentar una disección del tabique rectovaginal hasta el periné por vía alta. Para tratar los rectocelos bajos puede asociarse una miorrafia de los elevadores por vía vaginal⁴⁸.

En cuanto a la comparación de las diversas cirugías de prolapso, se ha demostrado que los tratamientos con preservación uterina mejoran el tiempo de

operación, la pérdida de sangre y el riesgo de exposición de la malla en comparación con rutas quirúrgicas similares con histerectomía concomitante y no cambian significativamente los resultados del prolapso a corto plazo, se debe seleccionar cada caso de forma individual valorando los factores de riesgo concomitantes para patología uterina⁵⁰.

La cirugía vaginal incluye la corrección del prolapso apical mediante una sacroespinofijación o intervención de Richter en presencia de un antecedente de histerectomía o cuando se asocia la extirpación del útero, tratamiento de un cistocele y/o rectocele y la técnica de Lefort consiste en cerrar la vagina al nivel del orificio vulvar. La técnica de Williams modificada por Thompson se basa en realizar una incisión longitudinal anterior y posterior de la mucosa vaginal, dejándola intacta a la altura de la uretra, disección cortante separando la mucosa vaginal y la muscularis en ambos cuadrantes anteriores (derecho e izquierdo) maniobra facilitada por tracción con pinzas de Allis, en varios puntos del borde libre de la incisión anterior y contratracción, que ejerce el ayudante. El objetivo es realizar una disección completa que llegue al surco vaginal lateral anterior y posterior (condicionado por la fijación de la vagina al arco tendinoso de la fascia pélvica). Reparación de los defectos prolapsados mediante el fruncimiento o plicatura de la fascia, *con posterior miorrafa del músculo elevador del ano*. Recorte de la mucosa vaginal, a unos 0,5-1 cm del límite de la disección, que permita el cierre de la incisión mediante una sutura continua cruzada, sin excesiva tensión sobre la mucosa vaginal. La cirugía vaginal protésica presenta sobre todo la ventaja de reducir el tiempo quirúrgico y de poder efectuarse con anestesia locorregional, disminuyendo a la vez los riesgos de recidivas de la cirugía vaginal con tejidos nativos⁴⁸.

Evaluación de la función sexual y calidad de vida en pacientes manejadas con tratamiento quirúrgico de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria.

España et al (2008) expone que el disponer de un cuestionario corto, como lo es el PISQ 12, puede facilitar la evaluación de los resultados de los tratamientos, la comparación de las puntuaciones de antes y después de la aplicación del tratamiento, ya sea farmacológico, fisioterapéutico o quirúrgico y nos permite incorporar la visión de la mujer, en un aspecto tan ligado su la calidad de vida, como es la función sexual y con esta perspectiva matizar el concepto de éxito o fracaso del tratamiento³².

En 2018, Yasa et al, identificaron mejora en la calidad de vida, 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 colocación de cinta antiincontinencia libre de tensión media uretral transobturadora (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo es segura y eficiente para mejorar la calidad de vida, tiene un alto éxito y satisfacción del paciente, y bajas tasas de morbilidad postoperatoria incluso en mujeres de ≥ 65 años⁴³.

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 calidad de vida. Para aquellos con complicaciones quirúrgicas relacionadas, las puntuaciones de calidad de vida también mejoraron significativamente⁴⁴.

En 2019, Inglés & cols evaluaron a 355 mujeres con media de edad de 64,8 años con POP sintomático, de grado \geq II, sometidas a cirugía vía vaginal con tejidos propios. Basalmente, 170 mujeres eran sexualmente activas y 185 no. 29

mujeres (16,8%) pasaron a ser sexualmente activas y 20 (12,8%) dejaron de serlo tras la cirugía. Un 42,3% reportaron no tener relaciones sexuales debido a problemas de vejiga, intestino o prolapso de órganos pélvicos antes de la cirugía y solo un 11,4% después de la cirugía. El 25,3% de las mujeres refería no tener actividad sexual por dolor en la visita basal, mientras que tras la cirugía este porcentaje era del 8,5%. Se observó una mejora estadísticamente significativa en 5 de 6 escalas del PISQ-IR (Instrumento validado al español de 14 ítems y 6 subescalas dirigido a pacientes sexualmente activas, y 5 ítems y 4 subescalas a pacientes sexualmente inactivas. La puntuación de las subescalas calculadas con el método de suma transformada varía entre 0 y 100) en mujeres sexualmente activas, concluyendo que el tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos parece tener un impacto positivo sobre la vida sexual de mujeres tanto inactivas como activas⁴⁵.

Urdaneta et al, en 2013, evaluaron la función sexual de 30 mujeres con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos POP Q grado II antes y después del tratamiento quirúrgico con técnicas convencionales, mediante el Cuestionario Sexual para Prolapso genital e Incontinencia Urinaria versión corta (PISQ-12), comparando la función sexual antes y después de la cirugía reparadora del prolapso genital, se determinó que tanto la puntuación total del PISQ-12 ($15,90 \pm 6,51$ vs. $32,17 \pm 3,62$) como las puntuaciones de las dimensiones respuesta sexual ($5,87 \pm 2,80$ vs. $10,97 \pm 2,80$) y limitaciones sexuales femeninas ($4,88 \pm 3,90$ vs. $16,77 \pm 3,00$) fueron significativamente más altas luego de la intervención quirúrgica ($p < 0,001$), a excepción del indicador intensidad del orgasmo ($0,80 \pm 0,71$ vs. $0,87 \pm 0,73$; $p = 0,722$) y la dimensión limitaciones sexuales de la pareja ($4,37 \pm 2,14$ vs. $3,56 \pm 2,70$; $p = 0,815$) donde sus puntuaciones antes y después del tratamiento quirúrgico no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Concluyendo que las mujeres con prolapso de órganos pélvicos presentan una pobre función sexual, la cirugía reparadora del prolapso genital por técnicas convencionales mejoró significativamente la función sexual de las pacientes con disfunción del piso pélvico, permitiéndoles obtener a estas mujeres una vida sexual más placentera, con mejoría de su calidad de vida⁴⁶.

Estudios previos del grupo de investigación

El estudio R 2021-3504-035, que logró la publicación de la tesis “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” [Camacho UA, Melgoza AJ, 2022. *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. (R 2021-3504-035). Tesis para optar título de Urología Ginecológica, Instituto Mexicano del Seguro Social.*], y es el antecedente directo de nuestro estudio, analizó el estado de calidad de vida y función sexual previo a la cirugía de corrección que incluyó a 150 mujeres en una edad media de 59.97 (DE 12.96), observando que previo a la cirugía la función sexual media por dominios fue

1. Conductual emotivo 5.43 (DE 4.68)
2. Físico 9.60 (DE 2.26)
3. Relacionado con la pareja 5.81 (DE 0.92)
4. PISQ-12 20.84 (DE 7.17)

Respecto la calidad de vida, se reportó una puntuación en el instrumento SF-12 de 36.87 (DE 3.83), y un rango de 76.81%.

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 continuar con la línea de investigación 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” en el CMN La Raza radica en primer lugar, en que posterior a contar con una medida del resultado en el tratamiento de las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos que revela aspectos importantes de la experiencia subjetiva del paciente podemos demostrar el beneficio evidente de la corrección quirúrgica en estas patologías a través de cuestionarios válidos y fiables, permitiéndonos establecer los síntomas iniciales de las pacientes y así enfocarnos en determinar el efecto de la cirugía, evaluar la mejor opción de procedimiento quirúrgico y por tanto lograr la comparación de las medidas de resultado.

Recientemente se ha visto un importante progreso en el campo de la uroginecología, resultando evidente al considerar los avances en el diagnóstico y tratamiento del prolapso genital que solo toman en consideración la perspectiva del especialista en urología ginecológica. 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 trastornos del suelo pélvico 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 las estrategias de tratamiento complementario deben surgir a partir de la evidencia obtenida en campo, el presente se justifica ya que el hacer una evaluación de las pacientes valoradas mediante herramientas que objetivan el impacto de las patologías asociadas a trastornos de la estática pélvica en la calidad de vida de las pacientes es escaso en nuestro medio así mismo no se tienen reportes del seguimiento estrecho de la mejoría que estas mismas pacientes presentaron posterior a la corrección quirúrgica, En el CMN La Raza se cuenta con los pacientes, el recurso humano y la capacidad para contar con los elementos que hacen factible la presente investigación.

2.3 Planteamiento del problema

Los trastornos del suelo pélvico, incluida la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso de órganos pélvicos, son quejas ginecológicas comunes que afectan negativamente la calidad de vida 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 debe de considerar la corrección anatómica exitosa, así como 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 pregunta de investigación:

¿Cuál es la función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos previo a su programación quirúrgica y a más de 6 meses posteriores al evento quirúrgico en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022?

2.4 Objetivos

Objetivo general

– Describir la función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos previo a su programación quirúrgica (resultados del estudio R 2021-3504-035) y a más de 6 meses posteriores al evento quirúrgico en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022.

Objetivos específicos

1. Evaluar la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria previo a su programación quirúrgica (resultados del estudio R 2021-3504-035) y posterior a más de 6 meses de la realización de procedimiento quirúrgico mediante colocación de cinta libre de tensión suburetral o colposuspensión tipo Burch en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022.
2. Valorar la función sexual en mujeres con disfunción de piso pélvico previo a su programación quirúrgica (resultados del estudio R 2021-3504-035) y posterior a más de 6 meses de la realización de procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022.
3. Analizar la función sexual en mujeres con disfunción de piso pélvico e incontinencia urinaria previo a su programación quirúrgica (resultados del estudio R 2021-3504-035) y posterior a más de 6 meses de la realización de procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022.
4. Evaluar la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria previo a su programación quirúrgica (resultados del estudio R 2021-3504-035) y posterior a más de 6 meses de la realización del procedimiento quirúrgico mediante colocación de cinta libre de tensión suburetral o colposuspensión tipo Burch en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022.

5. Valorar la calidad de vida en mujeres con disfunción de piso pélvico previo a programación quirúrgica y posterior (resultados del estudio R 2021-3504-035) a más de 6 meses de la realización del procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022.
6. Comparar la calidad de vida en mujeres con disfunción de piso pélvico e incontinencia urinaria previo a su programación quirúrgica (resultados del estudio R 2021-3504-035) y posterior a más de 6 meses de la realización del procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención en los años 2021 a 2022.

Objetivos secundarios

1. Enunciar la edad promedio de las pacientes con trastorno de piso pélvico e incontinencia urinaria que acuden al servicio de ginecología 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 ginecología en un tercer nivel de atención.
3. Conocer el puntaje de la función sexual antes del procedimiento quirúrgico en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención (resultados del estudio R 2021-3504-035).
4. Evaluar la calidad de vida percibida por las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos antes del procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención (resultados del estudio R 2021-3504-035).
5. Conocer el puntaje de la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos posterior a su corrección quirúrgica en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención (aplicación prospectiva que será realizada por motivo de este estudio).

6. Evaluar la calidad de vida percibida por las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos posterior a su corrección quirúrgica en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención (aplicación prospectiva que será realizada por motivo de este estudio).

2.4 Hipótesis

Hipótesis de trabajo 1 (Hi1)

La disfunción sexual mejorará en al menos el 50% de las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos previo a su programación quirúrgica y posterior a más de 6 meses de la realización del procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención.

Hipótesis nula 1 (H01)

La disfunción sexual se mantendrá sin cambio en las mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos previo a su programación quirúrgica y posterior a más de 6 meses de la realización del procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología 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 previo a su programación quirúrgica y posterior a más de 6 meses de la realización del procedimiento quirúrgico revelará mejoría 79% de las entrevistadas.

Hipótesis nula 2 (H02)

La calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos previo a programación quirúrgica y posterior a más de 6 meses de la realización del procedimiento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención revelará que no hay cambios.

Capítulo 3. Material y métodos

3.1 Tipo de estudio

Encuesta longitudinal

3.2 Diseño de estudio

Observacional, ambispectivo, analítico y longitudinal.

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 desde mayo del 2021 a diciembre del 2022

3.5 Universo de estudio

Estuvo compuesto por las pacientes con diagnóstico de trastorno del suelo pélvico que fueron atendidas previamente en la consulta externa de ginecología de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” por incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos que cumplieron los criterios de selección en el periodo comprendido entre el año 2021 al año 2022 de tesis asociada “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” con número de registro R-2021-3504-035, a las que se les aplicó el instrumento de función sexual y de calidad de vida en el prequirúrgico (cuestionario PISQ 12 y SF-12) y que posteriormente se les realizó corrección quirúrgica de este padecimiento en esta misma unidad.

3.6 Tipo de muestreo y tamaño de muestra

Procesamiento de datos.

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 para Windows para desarrollar una base de datos suficiente y precisa.

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

Para el análisis comparativo se evaluaron a las pacientes de manera prequirúrgica y a más de 6 meses posteriores al evento quirúrgico, comparando las variables de función sexual prequirúrgica y postquirúrgica, así como calidad de vida prequirúrgica y postquirúrgica con las características correspondientes a cada grupo por edad e índice de masa corporal.

- a. Para las variables cuantitativas, de tener un comportamiento normal se utilizará comparación con la prueba T de Student para muestras emparejadas
- b. Para las variables cuantitativas que tuvieron un comportamiento aleatorio, se utilizará U de Mann Whitney.
- c. Para las variables cualitativas se utilizará Chi cuadrada

Se consideró significativa una diferencia si la p es <0.05

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 calculo 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 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 ACOG¹², mediante la formula 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% (considerando que es la proporción de personas que esperamos que mejore su función sexual).

$$n = N * Z^2 * p * q / d^2(N-1) + Z^2 * p * q$$

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 se llevó a cabo a través de la formula calculada a través de la prevalencia descrita por Cañete *et al*, 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% que es la proporción que esperamos observar de mejoría de

la calidad de vida.

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

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 α = 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 x 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.

3.7 Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Pacientes femeninas.
2. De 30 años en adelante.
3. Con diagnóstico de trastornos de suelo pélvico (que incluyen incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos)
4. En el periodo comprendido del año 2021 al 2022.
5. Que hayan participado en el estudio R-2021-3504-035 (Respuestas a los cuestionarios PISQ 12 y SF-12 prequirúrgicamente)
6. Con tratamiento quirúrgico por parte de nuestro servicio para trastornos de suelo pélvico.
7. Que leyeron y aceptaron de participar mediante consentimiento informado.
8. Que completaron los instrumentos de recolección de información.

Criterios de exclusión

1. Cirugía previa para trastorno de suelo pélvico.
2. Pacientes a las que no se les realizó cirugía para corrección de disfunción de piso pélvico y/o incontinencia urinaria.
3. Pacientes con enfermedad de Alzheimer o Parkinson o enfermedad neurológica progresiva que genere discapacidad de tipo intelectual.
4. Pacientes con deseo o planificación de embarazo.
5. Que no aceptaron participar en el presente estudio.
6. Que no contaban con valoración del cuestionario prequirúrgico
7. Adultos vulnerables que dependían de un tutor.

Criterios de eliminación

1. Pacientes con registros incompletos o datos insuficientes para su análisis.
2. Pacientes que cancelaron el consentimiento de participación en el presente estudio o de anterior.
3. Pacientes que se diagnosticaron con trastornos de piso pélvico en el periodo en el comprendido entre el año 2021 al 2022 y que no fueron sometidas a tratamiento quirúrgico correctivo.

Forma de selección de pacientes

Selección no aleatorizada de casos consecutivos por conveniencia de las personas que participaron en el estudio R 2021-3504-035

3.8 Variables de estudio

Tabla 1. Definición operacional de las variables de estudio.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Dominio conductual- emotivo (prequirúrgico)	Calificación obtenida de la suma del puntaje de los ítems 1 a la 4 del cuestionario PISQ-12 previo a procedimiento quirúrgico (ya aplicado en investigación previa años 2021-2022)	Atributo relacionado a la presencia de deseo sexual, orgasmos, excitación sexual y satisfacción sexual	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Dominio físico (prequirúrgico)	Calificación obtenida de la suma del puntaje de los ítems 5 a la 9 del cuestionario PISQ-12 previo a procedimiento quirúrgico (ya aplicado en investigación previa años 2021-2022)	Atributo relacionado a la presencia de dispareunia, incontinencia urinaria y/o anal y disfunción de piso pélvico	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Dominio relacionado con la pareja (prequirúrgico)	Calificación obtenida de la suma del puntaje de los ítems 10 a la 12 del cuestionario PISQ-12 previo a procedimiento quirúrgico (ya aplicado en investigación previa años 2021-2022)	Atributo relacionado a la presencia de reacciones emocionales negativas hacia la pareja, problema de erección y/o eyaculación precoz en la pareja.	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Puntuación PISQ-12 prequirúrgica	Calificación total obtenida de la suma del puntaje de todos los ítems del cuestionario PISQ- 12 previo a procedimiento quirúrgico (ya aplicado en investigación previa años 2021-2022)	Atributo determinado objetivamente de fenómenos subjetivos como los síntomas y su impacto en la función sexual que se midió antes del evento quirúrgico.	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Dominio conductual- emotivo (postquirúrgico)	Calificación obtenida de la suma del puntaje de los ítems 1 a la 4 del cuestionario PISQ-12 aplicado a la paciente posterior a	Atributo relacionado a la presencia de deseo sexual, orgasmos, excitación sexual y satisfacción sexual	En puntaje	Cuantitativa Discreta

	procedimiento quirúrgico recabándose de estudio prospectivo			
Dominio físico (postquirúrgico)	Calificación obtenida de la suma del puntaje de los ítems 5 a la 9 del cuestionario PISQ-12 aplicado a la paciente posterior a procedimiento quirúrgico recabándose de estudio prospectivo	Atributo relacionado a la presencia de dispareunia, incontinencia urinaria y/o anal y disfunción de piso pélvico	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Dominio relacionado con la pareja (postquirúrgico)	Calificación obtenida de la suma del puntaje de los ítems 10 a la 12 del cuestionario PISQ-12 aplicado a la paciente posterior a procedimiento quirúrgico recabándose de estudio prospectivo	Atributo relacionado a la presencia de reacciones emocionales negativas hacia la pareja, problema de erección y/o eyaculación precoz en la pareja.	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Puntuación PISQ-12 postquirúrgica	Calificación total obtenida de la suma del puntaje de todos ítems del cuestionario PISQ- 12 aplicado a la paciente posterior a procedimiento quirúrgico recabándose de estudio prospectivo	Atributo determinado objetivamente de fenómenos subjetivos como los síntomas y su impacto en la función sexual que se midió seis meses después del evento quirúrgico	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Calidad de vida prequirúrgica	Indicador de estado de salud satisfactorio en base a la puntuación obtenida del cuestionario de salud SF-12 previo a procedimiento quirúrgico (ya aplicado en investigación previa años 2021-2022)	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 previo al evento quirúrgico	En puntaje	Cuantitativa Discreta
Calidad de vida postquirúrgica	Indicador de estado de salud satisfactorio en base a la puntuación obtenida del cuestionario de salud SF-12 aplicado a la paciente posterior a procedimiento quirúrgico recabándose de estudio prospectivo	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 posterior al evento quirúrgico	En puntaje	Cuantitativa Discreta

Tiempo desde procedimiento quirúrgico	Tiempo transcurrido desde que se realizó cirugía correctiva de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria	Es el tiempo transcurrido desde la fecha de la cirugía y hasta la fecha de aplicación de los cuestionarios	Tiempo en meses	Cuantitativa Discreta
Edad	Tiempo que ha vivido contando desde su nacimiento.	La edad se estima por medio de la fecha del nacimiento hasta el momento del estudio que para nuestro protocolo es el que se observó en el momento prequirúrgico	Edad en años	Cuantitativa Discreta
Peso	Propiedad intrínseca de un cuerpo que representa la resistencia de un cuerpo a los cambios de estado de movimiento en kilogramos	Según registro del expediente a partir de la primera nota medica inicial del servicio de ginecología que para nuestro protocolo es el que se observó en el momento prequirúrgico	Kilogramos	Cuantitativa Continua
Talla	Estatuta de una persona en metros	Según registro del expediente a partir de la primera nota medica inicial del servicio de ginecología que para nuestro protocolo es el que se observó en el momento prequirúrgico	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 ginecología que para nuestro protocolo es el que se observó en el momento prequirúrgico	Metros sobre kilogramos al cuadrado	Cuantitativa Continua

3.9 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, los investigadores se dieron a la tarea de localizar al universo de estudio, se localizó telefónicamente a las mujeres atendidas previamente en el estudio r 2021-3504-035, se verificó que cumplieran los criterios de inclusión y entonces se les citó en la consulta externa de ginecología de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza”.

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 acudir a la sala de espera de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza” para volver a participar cada una de las pacientes voluntariamente en la continuación estudio, mediante la firma del consentimiento informado original y copia, donde se les explicó ampliamente los objetivos del nuevo estudio y en qué consistiría su participación en el mismo, de aceptar participar, las pacientes conservaron una copia del consentimiento informado, el riesgo no dependía 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), mismos que se obtuvieron del estudio r 2021-3504-035.

La aplicación del cuestionario es auto aplicable y fue contestado por la paciente sin la presencia de médicos ni familiares en la sala de espera.

a) Evaluación de la función sexual

Esta se realizó en la primera consulta en el servicio de ginecología, 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). Realizado en el estudio r 2021-3504-035

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 mismo cuestionario fue aplicado con motivo de este estudio, y se interpretó de la misma manera.

Los investigadores de la línea de investigación consideraron 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.

Se volvió a explicar a las pacientes en que consiste dicho cuestionario solicitándosele que realizara el llenado nuevamente para completar nuestro instrumento de recolección de datos, previa firma de consentimiento informado, con el objetivo final de hacer una comparación de su función sexual durante su estado prequirúrgico y postquirúrgico.

b) Evaluación de la percepción de calidad de vida

Posteriormente a cada uno de los sujetos disponibles para su estudio, a los que se les entregó en la primera consulta previo a procedimiento quirúrgico 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. Se realizó mismo procedimiento de entrega de cuestionario SF-12 y llenado ahora enfocado a la descripción de su sintomatología en estado postquirúrgico.

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 es la utilización de normas poblacionales.

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

Se volvió a explicar a las pacientes en que consiste dicho cuestionario solicitándosele que realizara el llenado nuevamente para completar nuestro instrumento de recolección de datos, previa firma de consentimiento informado, con el objetivo final de hacer una comparación de su calidad de vida durante su estado prequirúrgico y postquirúrgico.

3.10 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 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 intercuartiles), 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 para Windows.

Para el análisis comparativo se evaluaron a las pacientes de manera prequirúrgica y a más de 6 meses posteriores al evento quirúrgico, comparando las variables de función sexual prequirúrgica y postquirúrgica, así como calidad de vida prequirúrgica y postquirúrgica con las características correspondientes a cada grupo por edad e índice de masa corporal.

- a. Para las variables cuantitativas, de tener un comportamiento normal se utilizó comparación con la prueba T de Student para muestras emparejadas
- b. Para las variables cuantitativas que tuvieron un comportamiento aleatorio, se utilizó U de Mann Whitney.
- c. Para las variables cualitativas se utilizó Chi cuadrada

Se consideró significativa una diferencia si la p es <0.05

3.11 Consideraciones éticas

Este estudio considera los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64va 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 debe de obtenerse la aprobación o autorización por parte del Comité de Ética en investigación y el Comité Local de Investigación en Salud 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 debe 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 minimizaran 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 prospectivo. 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 estará a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrollará 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 selecciono 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 recibir 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 consistía su participación en el mismo evitando ser interrumpido durante la lectura, comprensión y la captación de la misma.

Se explicó que, en caso de detectar afección de su calidad de vida, o disfunción sexual, se vería 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.

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 ginecología 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

Fueron analizados 68 estudios postquirúrgicos como muestras provenientes de una población de 150 pacientes.

Respecto a la talla la media fue de 1.5484, con una desviación estándar de .06852, varianza de .005, un rango mínimo de 1.40 y un rango máximo de 1.71.

En cuanto al IMC se obtuvo una media de 28,5584, desviación estándar de 4,56790, varianza de 20.866, rango mínimo de 21.31 y rango máximo de 42.06.

En la edad, la media fue de 62.68, con una desviación estándar de 10,662, varianza de 113,685, rango mínimo de 34 y rango máximo de 83.

En el peso, se obtuvo una media de 69.256, una desviación estándar de 11.7648, varianza de 138.411, rango mínimo de 47 y rango máximo de 105.

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
TALLA	68	,31	1,40	1,71	1,5484	,06852	,005
IMC	68	20,75	21,31	42,06	28,5584	4,56790	20,866
EDAD	68	49	34	83	62,68	10,662	113,685
PESO	68	58,0	47,0	105,0	69,256	11,7648	138,411
N válido (por lista)	68						

Fuente: Autoría propia (2024).

En cuanto al dominio conductual emotivo postquirúrgico se obtuvo una media de 7,21 y una desviación estándar de 6,085.

En el dominio físico postquirúrgico se obtuvo una media de 17,35 y una desviación estándar de 3,454.

En el dominio relacionado con la pareja postquirúrgico se obtuvo una media de

8,51 y una desviación estándar de 1,287.

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	N	Media	Desviación estándar
DOMINIO CONDUCTUAL EMOTIVO POSTQUIRÚRGICO	68	7,21	6,085
DOMINIO FÍSICO POSTQUIRÚRGICO	68	17,35	3,454
DOMINIO RELACIONADO CON LA PAREJA POSTQUIRÚRGICO	68	8,51	1,287
PUNTUACIÓN PISQ 12 POSTQUIRÚRGICA	68	28,07	6,12
N válido (por lista)	68		

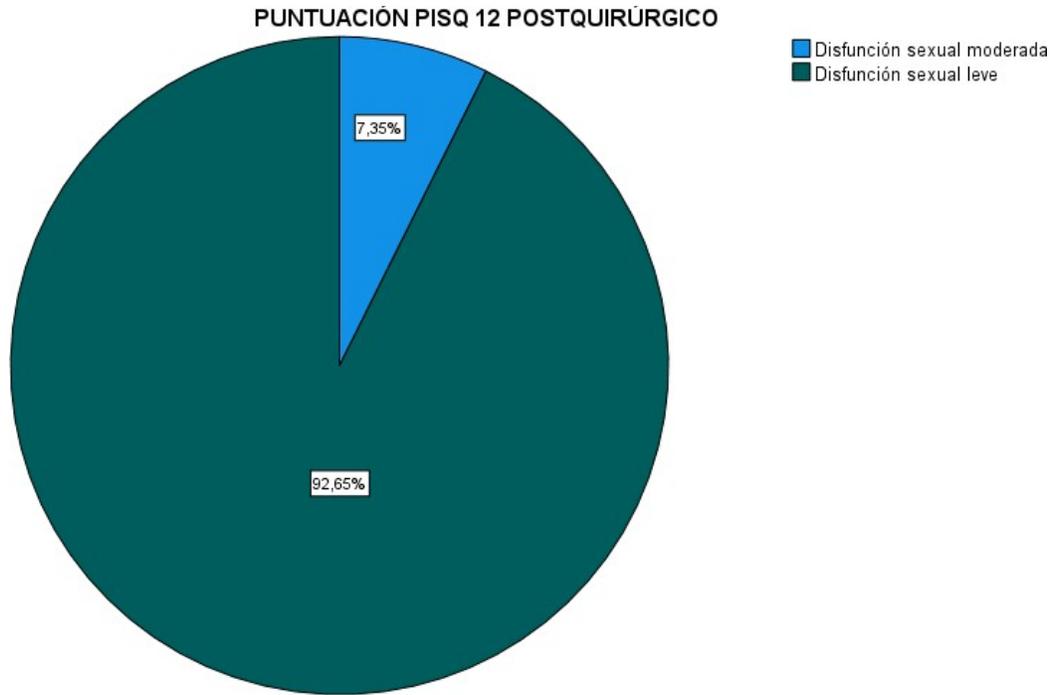
Fuente: Autoría propia (2024).

En los resultados pudo determinarse que en la puntuación PISQ 12 post quirúrgica, se obtuvo que el 7.4% presenta una disfunción sexual moderada y 92.6% disfunción sexual leve, sin presentar ninguna paciente disfunción sexual severa.

PUNTUACIÓN PISQ 12 POSTQUIRÚRGICO

	N	%
Disfunción sexual moderada	5	7,4%
Disfunción sexual leve	63	92,6%

Fuente: Autoría propia (2024).



Fuente: Autoría propia (2024).

Respecto a la calidad de vida postquirúrgica, se obtuvo una media de 45.63, con varianza de 15.22, rango mínimo de 31 y rango máximo de 52.

ESTADÍSTICOS

CALIDAD DE VIDA POSTQUIRÚRGICA

.	N Válido	68
	Perdidos	0
Media		45,63
Desv. Desviación		3,901
Varianza		15,221
Mínimo		31
Máximo		52

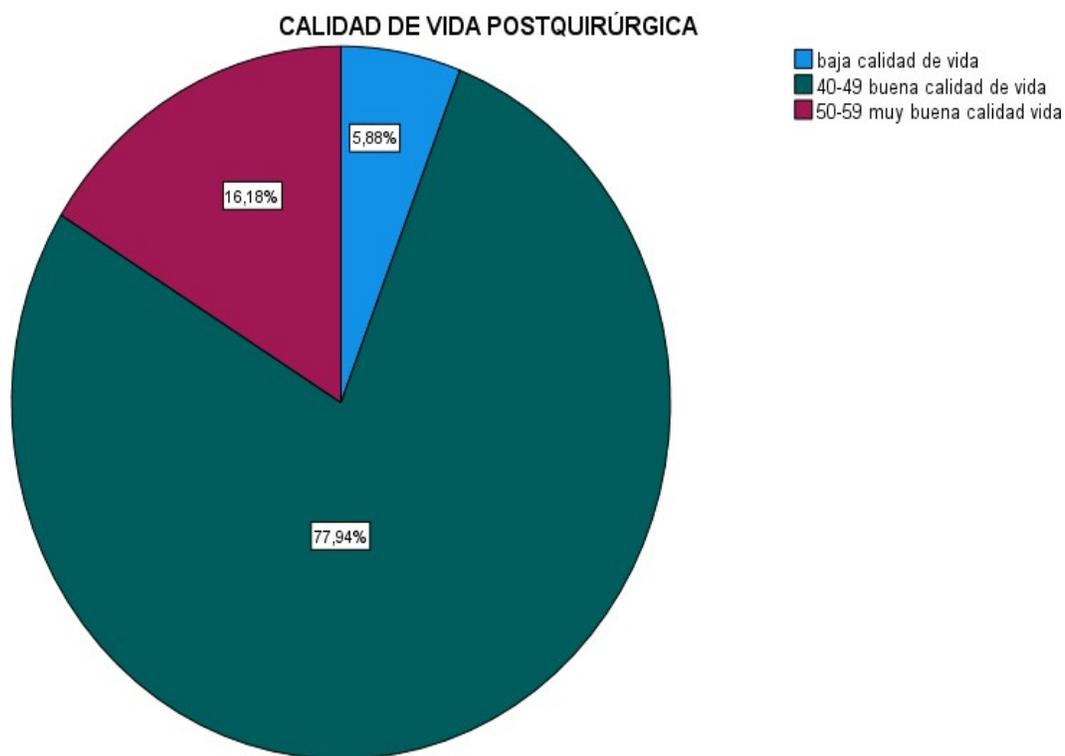
Fuente: Autoría propia (2024).

El 5.9% presentó baja calidad de vida, 77.9% buena calidad de vida y 16.2% muy buena calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA POSTQUIRÚRGICA

	N	%
baja calidad de vida	4	5,9%
buena calidad de vida	53	77,9%
muy buena calidad vida	11	16,2%

Fuente: Autoría propia (2024).



Fuente: Autoría propia (2024).

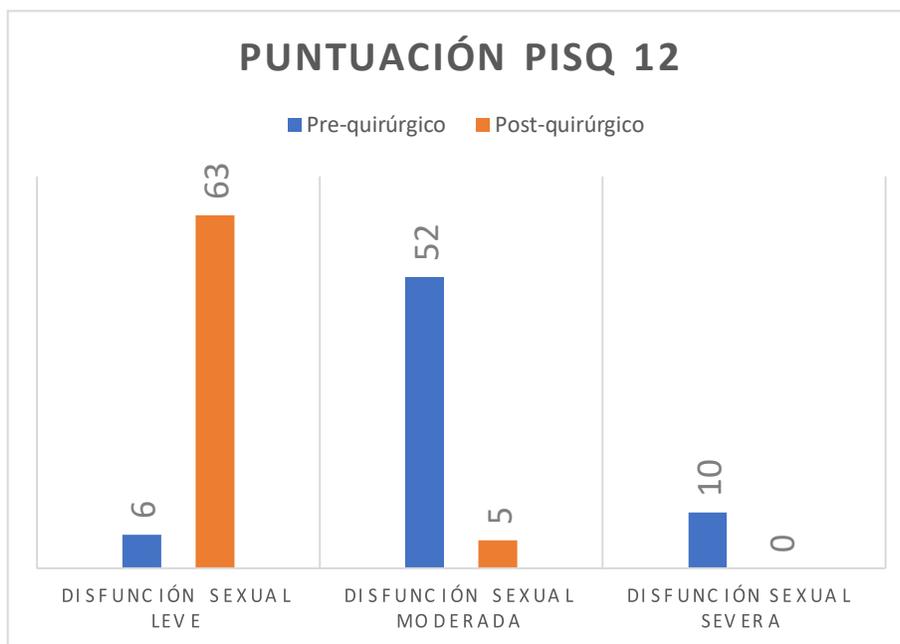
En cuanto a la vida sexual activa, el 33.8% no tiene una vida sexual activa y 66.2% si tiene una vida sexual activa.

VIDA SEXUAL ACTIVA		
	N	%
No	23	33,8%
Si	45	66,2%

Fuente: Autoría propia (2024)

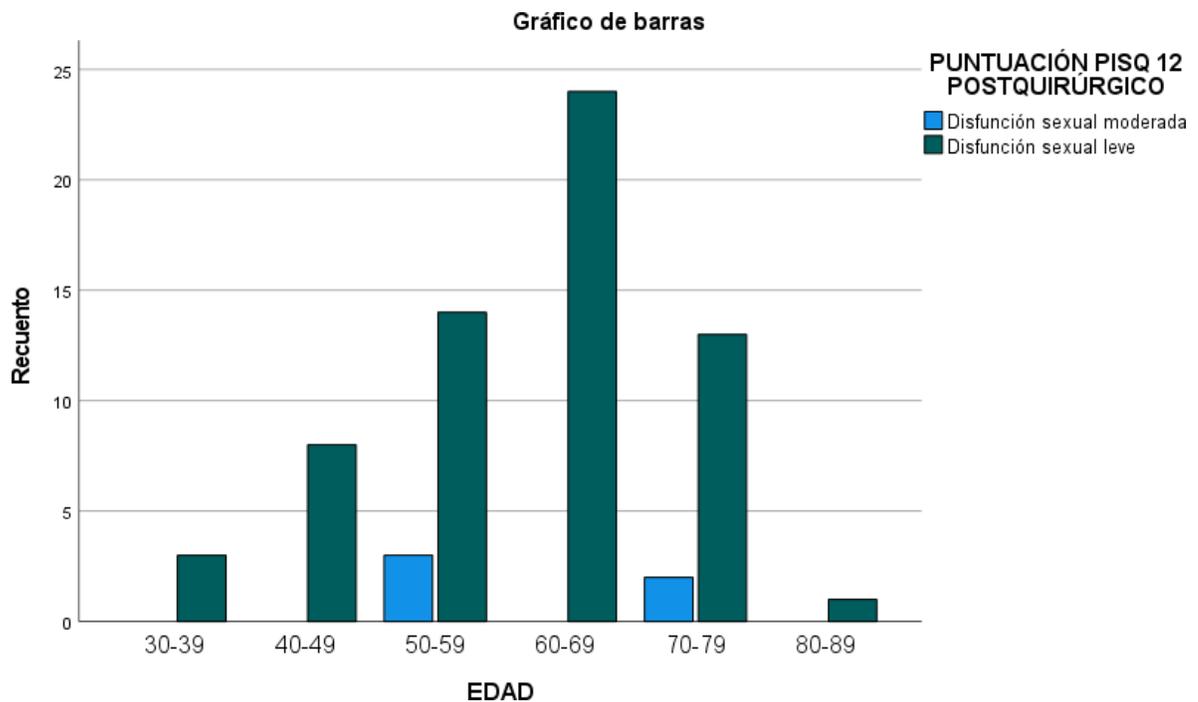
COMPARACIÓN DE RESULTADOS

Al comparar los resultados de puntuación PISQ 12 pre y post quirúrgico, se observa que hubo una mejoría notable, pues en el pre quirúrgico el 52% tenía una disfunción sexual moderada y 10% disfunción severa, en el post quirúrgico solo el 5% tuvo disfunción moderada y el 63% disfunción sexual leve.



Fuente: Autoría propia (2024).

En cuanto a la disfunción sexual por edad el grupo de 60 a 69 años obtuvo el 24% una disfunción sexual leve, seguidos de 50-59 años con 14%.



Fuente: Autoría propia (2024).

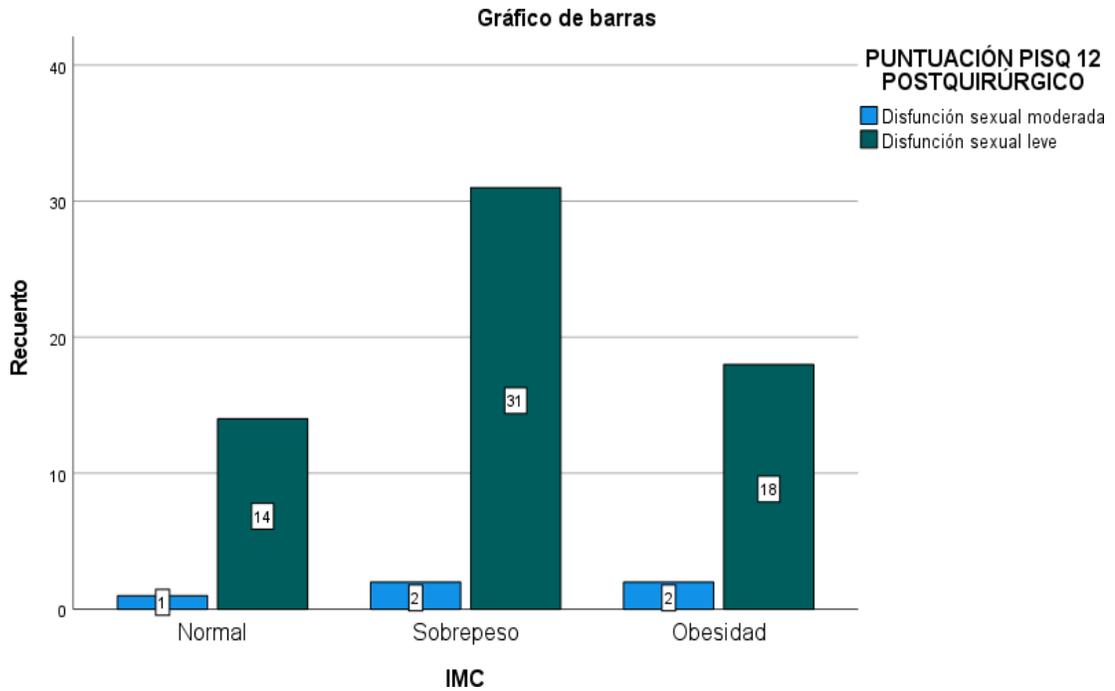
Por otra parte, en cuanto a los índices de masa corporal, el 31% de las personas con sobrepeso tiene disfunción sexual leve, seguido por el 18% de las personas con obesidad, lo que mejora sus resultados previos.

TABLA CRUZADA

Recuento

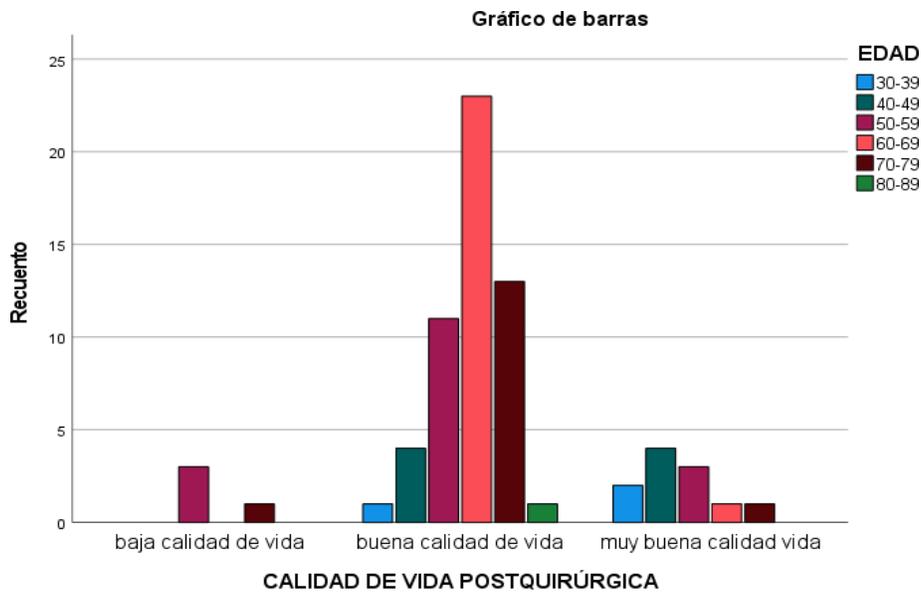
		PUNTUACIÓN PISQ 12 POSTQUIRÚRGICO		Total
		Disfunción sexual moderada	Disfunción sexual leve	
IMC	Normal	1	14	15
	Sobrepeso	2	31	33
	Obesidad	2	18	20
Total		5	63	68

Fuente: Autoría propia (2024).



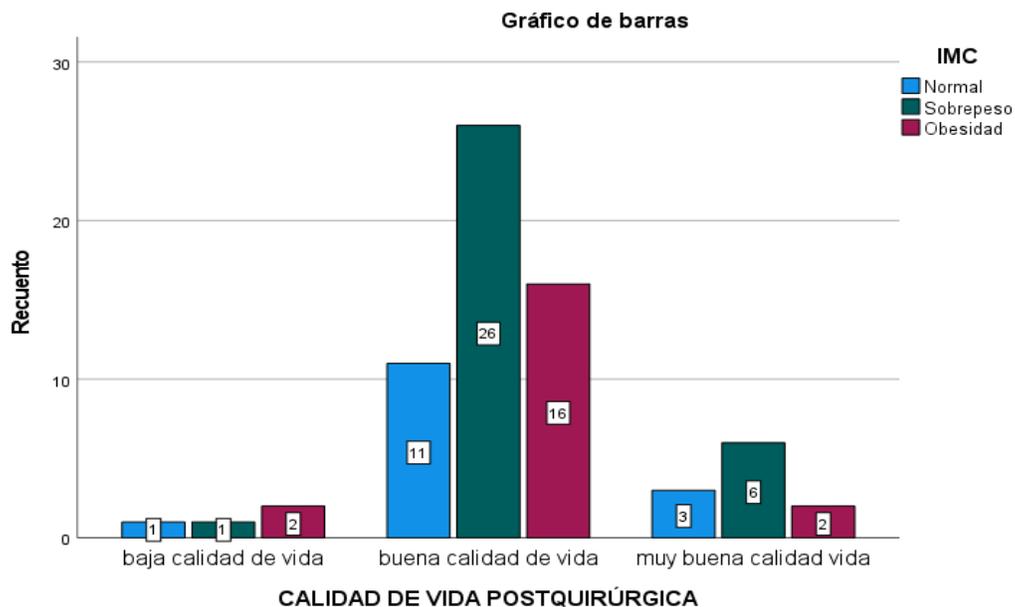
Fuente: Autoría propia (2024).

En la calidad de vida postquirúrgica, el 23% de las personas con 60 a 69 años tienen una buena calidad de vida. Las personas que presentan una más baja calidad de vida son las de 70 a 79 años con un 3%.



Fuente: Autoría propia (2024).

En la calidad de vida en IMC, el 26% de las personas con sobrepeso tiene una buena calidad de vida, seguidos del 16% de las personas con obesidad. Los de más baja calidad de vida, fueron 2 personas con obesidad, demostrando mayores índices en cuanto a buena calidad de vida en el paciente.



Fuente: Autoría propia (2024).

Se realizó la comparación de los resultados de los mismos pacientes prequirúrgicos y postquirúrgicos, en donde se observó lo siguiente:

Dominio conductual prequirúrgico con una media de 4.16 y postquirúrgico de 7.21; desviación estándar prequirúrgica de 3.936 y postquirúrgica de 6.085.

Dominio físico prequirúrgico con una media de 8.85 y postquirúrgico de 17.35; desviación estándar de 2.174 prequirúrgica y 3.454 postquirúrgica.

Dominio relacionado con la pareja media prequirúrgica de 5.62 y desviación estándar de .829, media y desviación estándar postquirúrgicas de 8.51 y 1.287.

En los resultados de la puntuación PISQ 12, se obtuvo una media y desviación estándar prequirúrgicas de 1.94 y .485; y postquirúrgicas de 2.93 y .263.

PREQUIRÚRGICO				
	Dominio conductual	Dominio físico	Dominio relacionado con la pareja	Puntuación PISQ 12
Media	4.16	8.85	5.62.	1.94
Desviación estándar	3.936	2.174	.829	.485
POSTQUIRÚRGICO				
	Dominio conductual	Dominio físico	Dominio relacionado con la pareja	Puntuación PISQ 12
Media	7.21	17.35	8.51	2.93
Desviación estándar	6.085	3.454	1.287	.263

Fuente: Autoría propia (2024).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FIABILIDAD

Fueron analizados los elementos que conforman las variables, determinando un alfa de Cronbach de .749, que demuestra alta confiabilidad en los resultados obtenidos a través de la muestra.

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,149	,749	2

Fuente: Autoría propia (2024).

En las pruebas de Chi cuadrada de Pearson se obtuvo un valor de .862 superior a $p > 0.05$ que demuestra resultados viables

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,297 ^a	2	,862
Razón de verosimilitud	,283	2	,868
Asociación lineal por lineal	,167	1	,683
N de casos válidos	68		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,10.

Fuente: Autoría propia (2024).

En cuanto a la U Mann de Whitney se obtuvo un resultado de .511 que determina el resultado ha sido positivo conforme a lo esperado y comprueba la hipótesis de investigación.

ESTADÍSTICOS DE PRUEBA

PUNTUACIÓN PISQ 12

POSTQUIRÚRGICO

U de Mann-Whitney	56,000
W de Wilcoxon	209,000
Z	-1,241
Sig. asin. (bilateral)	,215
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,511 ^b

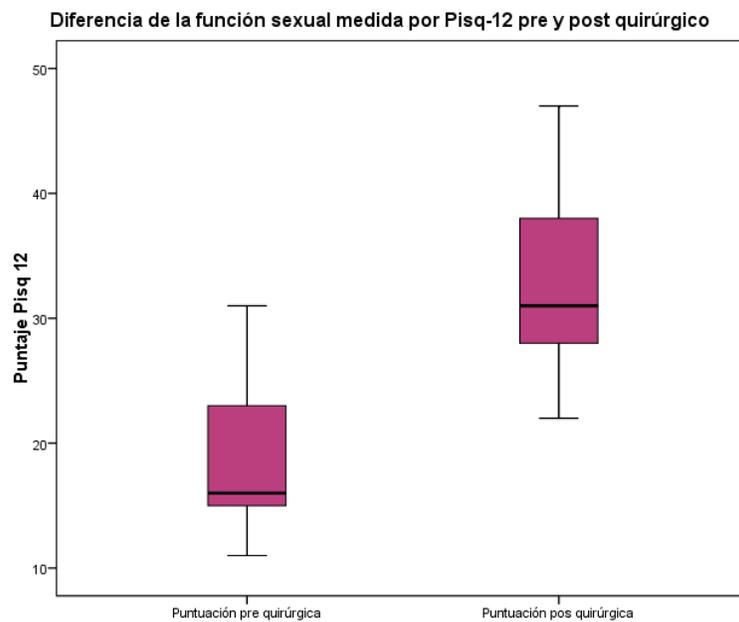
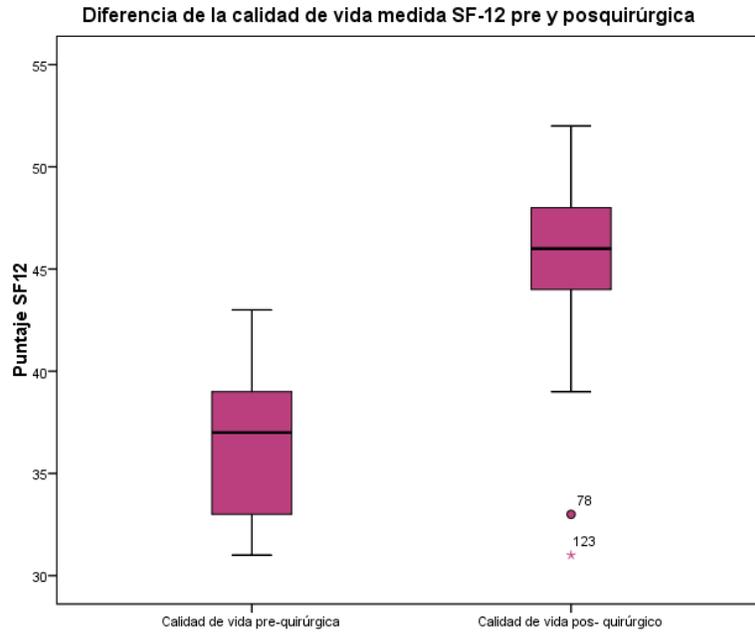
a. Variable de agrupación: EDAD

b. No corregido para empates.

Fuente: Autoría propia (2024).

DIFERENCIAS PRE Y POSTQUIRÚRGICAS

VARIABLE	PREQUIRÚRGICA (MEDIANA (RIC))	POSTQUIRÚRGICA	P
CALIDAD DE VIDA SF12	37 (33 a 41)	46 (44 a 48)	0.0001
PISQ 12	20 (14 a 27)	31 (28 a 38)	0.0001



Fuente: Autoría propia (2024).

Capítulo 5. Discusión

El prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria son trastornos comunes que afectan significativamente la calidad de vida de las mujeres. La cirugía correctiva de piso pélvico se ha establecido como un tratamiento efectivo para estos problemas, pero su impacto en la función sexual y la calidad de vida aún necesita ser explorado en mayor detalle.

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 sino también en calidad de vida. Por lo tanto, en los ensayos clínicos de dichos tratamientos, la inclusión de una medida de función sexual y calidad de vida es particularmente importante y de ahí el interés en el presente.

Actualmente, se han desarrollado muchos procedimientos quirúrgicos para el manejo de los trastornos del suelo pélvico, cuyo objetivo es obtener buenos resultados y mejorar la calidad de vida del paciente²⁸.

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 sexual³⁰.

Un ejemplo es Urdaneta et al, (2013) quienes comentan que la función sexual es un importante marcador de la calidad de vida, por tanto en su investigación en la que utilizaron el cuestionario PISQ 12, demuestran que las mujeres (30 pacientes) con prolapso genital presentan una función sexual caracterizada por disminución del deseo sexual, anorgasmia, menor excitación, insatisfacción sexual, dispareunia, incontinencia urinaria o anal, durante las actividades sexuales, sensación de abultamiento de los genitales y reacciones emocionales adversas hacia su sexualidad, modificándose significativamente luego de 6

meses de la cirugía reparadora del prolapso genital. Por tanto, puede establecerse, que la cirugía reparadora del prolapso genital por técnicas convencionales mejoró significativamente la función sexual de las pacientes con disfunción del piso pélvico ($p = <0,001$), permitiéndoles obtener a estas mujeres una vida sexual más placentera, con mejoría de su calidad de vida. Obteniendo en nuestro estudio resultados sumamente similares.

En el presente estudio podemos delimitar que las pacientes que decidieron someterse a una cirugía reconstructiva de piso pélvico fueron pacientes jóvenes con deseo de preservar su vida sexual (Edad: media $62 \pm 10,66$ años) y con un IMC más bajo que las pacientes sometidas a cirugía obliterante (Media $28,55 \pm 4,56790$).

En cuanto a la presencia de incontinencia urinaria concomitante a prolapso de órganos pélvico pudimos observar que en el 27% de pacientes mejoró el grado de pérdidas urinarias posterior a la cirugía correctiva de prolapso.

Además, consideramos debemos, que se han desarrollado y probado una variedad de cuestionarios para medir el impacto de los trastornos de la estática pélvica en la calidad de vida. Los resultados subjetivos que utilizan cuestionarios de calidad de vida 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 función sexual y calidad de vida que permita combinar y comparar los resultados de los ensayos.

Desafortunadamente, el cuestionario PISQ 12 no sería aplicable a pacientes a las que se les realizó cirugía obliterante, por lo cual se debería adecuar un cuestionario que evalúe función sexual no dependiente de coito vaginal. Los resultados que vale la pena resaltar fue que a pesar de no tener vida sexual las pacientes sometidas a corrección quirúrgica obliterante aumentaron en gran medida su seguridad emocional y calidad de vida.

En esta investigación, previa a la intervención la frecuencia de disfunción sexual femenina eran muy alta para casi todos los ítems evaluados en el PISQ-12, alcanzando un promedio cercano al 48%, en tanto, que en la medición postintervención, este promedio de disfunción sexual femenina estuvo alrededor del 7%, denotando una mejoría significativa de la función sexual femenina posterior a la cirugía reparadora del prolapso genital, resultados coincidentes a los reportados por Rogers y cols, (2006), quienes encontraron una mejoría significativas ($p < 0,001$) en las puntuaciones del PISQ posterior a la cirugía reparadora de prolapso.

En un metaanálisis publicado en "Obstetrics and Gynecology" en 2016, se encontró que la cirugía para el prolapso de órganos pélvicos se asoció con mejoras significativas en la calidad de vida, incluyendo la función sexual, la función física y la salud mental.

Con la comparación de los resultados del cuestionario SF-12 de calidad de vida pudimos observar que en la evaluación prequirúrgica se tenía una percepción de calidad de vida buena en el 76% de las pacientes, aumentando a más del 90% en la evaluación postquirúrgica.

La literatura existente sugiere que la cirugía correctiva del piso pélvico puede tener un impacto positivo en la función sexual y la calidad de vida de pacientes con prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria correlacionándose íntimamente con los resultados de nuestro análisis. Sin embargo, se requieren más estudios a largo plazo y ensayos controlados para comprender completamente la eficacia de estas intervenciones y sus implicaciones a largo plazo.

Capítulo 6. Conclusiones

En el presente estudio se realizó una comparación de los resultados de puntuación del cuestionario PISQ 12, el cual evaluó la función sexual de las pacientes tanto en el período preoperatorio como en el postoperatorio, en donde se observó que hubo una mejoría notable de la función sexual tras haber sido sometidas a la corrección quirúrgica de su disfunción de piso pélvico, Antes de la intervención, el 52% de las pacientes presentaba una disfunción sexual moderada, mientras que el 10% mostraba disfunción severa. Posterior a la cirugía, estas cifras disminuyeron significativamente, presentando solo un 5% de las pacientes disfunción sexual moderada y un 63% presentando disfunción sexual leve, según el análisis llevado a cabo en la UMAE Hospital de Ginecoobstetricia N° 3 del CMN “La Raza”.

En cuanto a la calidad de vida postquirúrgica, se registró una puntuación media de 45.63 en el cuestionario SF-12. De acuerdo con estos resultados, el 5.9% de las pacientes experimentó una baja calidad de vida, mientras que el 77.9% reportó una buena calidad de vida y el 16.2% manifestó una calidad de vida muy buena. Estos datos contrastan con la calidad de vida prequirúrgica, que arrojó una puntuación promedio de 36.87 en los cuestionarios SF-12 utilizados en investigaciones previas. En esta fase, el 76% de las entrevistadas percibió una buena calidad de vida. Estos hallazgos indican una mejora del 94% en la calidad de vida de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico correctivo para trastornos del piso pélvico.

Referencias bibliográficas

1. Quaghebeur J, Petros P, Wyndaele JJ, De Wachter S. Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021;265(3):143–149.
2. 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*. 2016;28(3):437–445.
3. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction and Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev*. 2019;7(4):559–564.
4. Martínez JC, Rodríguez EM, García JA. Tratamiento Rehabilitador Integral de la Disfunción del Suelo Pélvico. *Revista cubana de medicina física y rehabilitación*. 2015; 7(2);216-222.
5. Li-Yun-Fong RJ, Larouche M, Hyakutak M, Koenig N, et al. Is Pelvic Floor Dysfunction an Independent Threat to Sexual Function? A Cross-Sectional Study in Women With Pelvic Floor Dysfunction. *J Sex Med*. 2016;14(2):1-12.
6. Rodríguez EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev cubana Obstet Ginecol*. 2014;40(1):119-135.
7. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol*. 2019;134(5):127–42.
8. Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health*. 2018;63(4):410–7.
9. 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.

10. Cormio L, Mancini V, Liuzzi G, D'Altilla N, Carrieri G. Surgical management of female pelvic organ prolapse with and without urinary incontinence. *Med (United States)*. 2017;96(39):3–8.
11. 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.
12. Bicudo FMC, 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):224–330.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Pérez TC, Gómez PL, Romero MJ, Palazón BA, Navarro CF, Cortés CE. 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.
17. 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.

18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Rogers RG. Translating patient-reported outcomes to improve patient care and urogynecologic research. *Int Urogynecol J.* 2017;28(12):1765–6.
24. 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.
25. 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.
26. 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.

27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. España 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.
33. 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.

34. 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.
35. 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):54–60.
36. 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.
37. Kiliç M. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in healthy women in Turkey. *Afr Health Sci.* 2019;19(3):2623–33.
38. 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.
39. 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.
40. Sánchez SB, Yuste SMJ, Arranz MB, Navarro BB, Romay BH, Torres LM. 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).
41. Flores EC, Araya AX, Pizarro BJ, 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.
42. Alcántara MA, Sánchez CC. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *SEMERGEN, Medicina de Familia,* 2016. 42(5): e33–e37.

43. 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.
44. Grzybowska ME, Wydra D. Predictors of sexual function in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(2):861–8.
45. Anglés AS, Ros CC, Espuña PM, Valero FEM. Actividad y función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos avanzado sometidas a cirugía vaginal clásica. Estudio multicéntrico. *Actas Urol Esp*. 2019;43(7):389-395.
46. Urdaneta MJ, Briceño SLA, Cepeda DV, Montiel C, Marcucci JR, Contreras BA, et. al. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Rev chil Obstet Ginecol* 2013;78(2):102-113.
47. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63(1):54-59.
48. Giraudet, G., Lucot, JP., Quinton, JF, Cosson, M. Prolapsos genitales. *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2017;53(1),1–18.
49. Dieter AA, Pelvic Organ Prolapse Controversies in Surgical Treatment. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2021;48(5):437-448.
50. Meriwether KV, Antosh, DD; Olivera CK, Kim-Fine S, Balk EM, Murphy M, Grimes CL. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2018; 219(2):129-146.
51. Urdaneta MJ, Briceño SL, Cepeda VM, Montiel C, Marcucci JR, Contreras BA. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2013; 78(2): 102-113.
52. Rogers R, Kammerer D, Darrow A, Murray K, Qualls C, Olsen A, Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195: e1–e4.

Anexos

Anexo 1. Hoja de consentimiento informado.

Se llevará a cabo un estudio de tipo retrospectivo, ambispectivo, analítico y longitudinal que evaluará a los pacientes con diagnóstico de alteración del suelo pélvico que acuden al Servicio de Ginecología de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del CMN “La Raza”, en cual la confidencialidad de los participantes se resguardara de manera estricta. Usted ha sido invitado a participar en este estudio debido a que presentaba un trastorno del piso pélvico y fue tratada en este hospital por lo que se considera candidata para participar.

	
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 previo a su programación quirúrgica y a más de 6 meses posteriores al evento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención.
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha	Ciudad de México, CMN La Raza a _____
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio	<p>En las mujeres adultas es común que haya dificultad para controlar la orina (incontinencia urinaria), del excremento (incontinencia fecal), y “caída de la vejiga” o incluso salida por la vagina del útero o la vejiga (prolapso de órganos pélvicos) y que esto afecte sus relaciones sexuales (vida sexual), su sensación de bienestar, emocional y su calidad de vida, esto puede llegar a afectar a 1 de 4 mujeres. Este estudio, busca cómo la cirugía de estos padecimientos (disfunciones de piso pélvico) cambia la función sexual y la calidad de vida de las mujeres después de la cirugía.</p>
Procedimientos	<p>Dado que usted participó en un estudio previo, la invitamos nuevamente a participar. En el estudio anterior usted contestó una encuesta sobre la función sexual y la calidad de vida que percibía antes de su cirugía.</p> <p>En esta ocasión, le pedimos que nuevamente conteste estos cuestionarios ahora que ya ha sido tratada con cirugía.</p> <p>Le daremos los cuestionarios para que de forma privada usted los conteste. Los cuestionarios no tendrán datos privados como su nombre, ni número de seguridad social y serán llenados en un tiempo aproximado de 20 minutos.</p> <p>Además, retomaremos la información que usted autorizó en el estudio previo (su peso, talla, edad antes de la cirugía, y los resultados de los cuestionarios anteriores) para que se pueda medir si hay una diferencia entre el antes y el después de la cirugía en su calidad de vida y en su función sexual.</p>
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad o pena de contestar el cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>No hay un beneficio económico ni en especie para usted. Si se detecta que su función sexual está alterada, y usted está de acuerdo, se le dará un pase al seguimiento de urología ginecológica.</p> <p>Su participación nos permitirá conocer si este procedimiento mejora o deja en la misma situación la calidad de vida y la función sexual antes y después de un procedimiento de cirugía para el prolapso de los órganos pélvicos.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	Al concluir su cuestionario, si usted desea, se le darán a conocer los resultados que se observen de su función sexual y de su calidad de vida.
Participación o retiro:	<p>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.</p>
Privacidad y confidencialidad	<p>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 siempre. 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.</p>
Beneficios al término del estudio:	<p>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, no hay un beneficio económico, ni en especie para las participantes.</p>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable	<p>Dra. Jazmín Melgoza Arcos, Médico Uroginecólogo adscrito al servicio de Perinatología 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</p>

<p style="text-align: center;">Colaboradores</p>	<p>8:00 a 14: 00 hrs, con dirección: Calz Vallejo esq. Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza, Azcapotzalco, Ciudad de México. Matricula IMSS 98360777, correo electrónico: jazarc@hotmail.com</p> <p>Dra. Sandra María Annel Macías Pérez, 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. Matricula IMSS 98298931 correo electrónico: annelmaciasperez@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 SALUDCOORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD			
Función sexual y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos previo a su programación quirúrgica y a más de 6 meses posteriores al evento quirúrgico en el servicio de ginecología en un tercer nivel de atención.			
Número de Folio			
Edad (años)			
Peso:	Talla:	IMC:	Tiempo transcurrido desde procedimiento quirúrgico:
Dominio conductual-emotivo (prequirúrgico)	Dominio físico (prequirúrgico)	Dominio relacionado con la pareja (prequirúrgico)	Puntuación PISQ-12 prequirúrgica
Dominio conductual-emotivo (postquirúrgico)	Dominio físico (postquirúrgico)	Dominio relacionado con la pareja (postquirúrgico)	Puntuación PISQ-12 postquirúrgica
Calidad de vida prequirúrgica	Calidad de vida postquirúrgica		

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 Short 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 casilla que mejor corresponda a su respuesta.

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

- (1) Excelente
- (2) muy buena
- (3) bueno
- (4) Regulares
- (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) Regulares
- (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 responde lo que se parece 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