



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Medicina -Programa de Magister en Salud Sexual y  
Reproductiva

**“FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN  
MUJERES CHILENAS DIAGNOSTICADAS CON  
DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO”**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

KARINNA NINOSKA MORAGA SÁNCHEZ

CONCEPCIÓN-CHILE

2017

Profesora Guía: Mercedes Carrasco Portiño

Profesora Co-Guía: Carolina Bascur Castillo

Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina.

Universidad de Concepción.



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Medicina -Programa de Magister en Salud Sexual y  
Reproductiva

**“FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN  
MUJERES CHILENAS DIAGNOSTICADAS CON  
DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO”**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

KARINNA NINOSKA MORAGA SÁNCHEZ

CONCEPCIÓN-CHILE

2017

Profesora Guía: Mercedes Carrasco Portiño

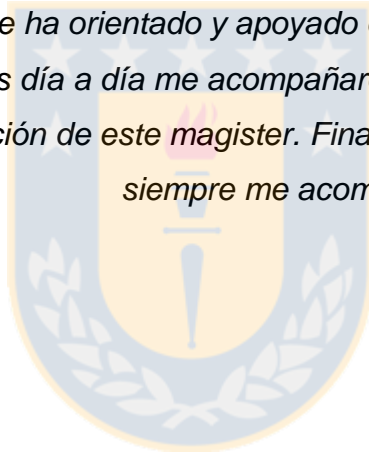
Profesora Co-Guía: Carolina Bascur Castillo

Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina.

Universidad de Concepción.

## **Agradecimientos**

*Quiero agradecer a las Docentes del Departamento de Obstetricia y Puericultura especialmente a quienes fueron mi guía en este camino, y a la Profesora Yolanda Contreras García, quien ha sido, desde los inicios del Magister, quien me ha orientado y apoyado en mi largo camino. También apoyar a quienes día a día me acompañaron en mis altos y bajos hasta lograr la finalización de este magister. Finalmente a aquella energía que siempre me acompaña y me insta a ser mejor.*



## TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	iv
INDICE DE FIGURAS.....	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1.- INTRODUCCIÓN.....	3
2.- MARCO TEÓRICO.....	5
3.- HIPÓTESIS.....	10
4.- OBJETIVOS.....	10
5.- MATERIAL Y MÉTODO.....	11
6.- RESULTADOS.....	14
7.- DISCUSIÓN.....	26
8.- CONCLUSIONES.....	32
9.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	33
10.- PROYECCIONES.....	34
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
12.- ANEXOS.....	41
Anexo I. CUESTIONARIO.....	42
Anexo II. APROBACION COMITÉ DE ETICA.....	53
Anexo III. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	54
Anexo IV. FICHA INFORMATIVA.....	55

## ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Características demográficas de las mujeres con alteraciones del piso pélvico (n=327).....14
- Tabla 2. Características obstétricas de las mujeres con alteraciones del piso pélvico (n=327).....15
- Tabla 3. Características ginecológicas de las mujeres con alteraciones de piso pélvico (n=327).....16
- Tabla 4. Tipo de disfunción de piso pélvico de acuerdo a paridez. (n=327).....17
- Tabla 5. Tipo de parto por patología del piso pélvico (n=327).....17
- Tabla 6. Patología de piso pélvico de acuerdo al peso del recién nacido (n=327).....18
- Tabla 7. Patología de piso pélvico v/s IMC (n=327).....19
- Tabla 8. Tipo de disfunción del piso pélvico y clasificación de calidad de vida (n=327).....19
- Tabla 9. Tipo de disfunción sexual v/s patología del piso pélvico (n=249). .....25
- Tabla 10. Distribución de la prevalencia de disfunción eréctil y eyaculación en las parejas con algún tipo de disfunción del piso pélvico. ....29

## ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Frecuencia del deseo sexual clasificado según patología del piso pélvico (n=249).....20
- Figura 2. Frecuencia de satisfacción sexual agrupado según disfunción del piso pélvico (n=249).....21
- Figura 3. Frecuencia de dispareunia según patología de piso pélvico (n=249). .....22
- Figura 4. Presencia de fugas de orina en cada tipo de disfunción del piso pélvico (n=249).....23
- Figura 5. Valoración de los orgasmos durante los últimos 6 meses en patologías de piso pélvico (n=249). .....24



## RESUMEN

**Antecedentes:** Entre 25-50% de las mujeres desarrollará algún tipo de alteración del piso pélvico durante su vida, y serán susceptibles de vivir alteraciones de la calidad de vida y de la respuesta sexual de acuerdo la gravedad de la sintomatología presentada.

**Objetivo:** Evaluar la función sexual y la calidad de vida en pacientes con disfunción del piso pélvico (DPP).

**Material y método:** Estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. Población: mujeres entre 18 y 86 años con algún tipo de DPP pertenecientes al Hospital Regional Concepción. Muestra: 327 mujeres con actividad sexual en los últimos seis meses. Cuestionario: características socio-bio-demográficas, antecedentes obstétricos y ginecológicos; características de la calidad (Short Form-12 Health Survey) y sobre la función sexual (pelvic organ prolapse/ urinary incontinence sexual questionnaire).

**Resultados:** Las mujeres con PIII, IO e IF consideran que su calidad de vida está moderadamente alterada, aunque aquellas con PIV consideran que tienen una mala percepción de ésta ( $p < 0,04$ ). A pesar de que el 76,2% tuvo actividad sexual durante los últimos 6 meses, el 34,6% con PIV nunca tuvo deseo sexual, aunque, el 42,3% refirió estar siempre satisfecha sexualmente. Cuestión que nunca ocurrió con el 40,4% de mujeres con PIII y 39,3% con IO. El 24% de las mujeres con DPP presentan disfunción sexual moderada.

**Conclusiones:** La calidad de vida se percibe alterada en mujeres con PIV. Las mujeres con DPP presentan baja disfunción sexual. Si bien, el deseo sexual se ve disminuido en ellas, son capaces de reconocer como satisfactorios los encuentros sexuales.

## **ABSTRACT**

Between 25-50% of women will develop some type of alteration of the pelvic floor during their life, and will be susceptible to live alterations of the quality of life and the sexual response according to the severity of the presented symptomatology.

**Objective:** To evaluate sexual function and quality of life in patients with pelvic floor dysfunction (PPD).

**Material and method:** A retrospective cross-sectional descriptive study. Population: women between 18 and 86 years old with some type of PPD belonging to Concepción Regional Hospital. Sample: 327 women with sexual activity in the last six months. Questionnaire: socio-bio-demographic characteristics, obstetric and gynecological antecedents; Quality features (Short Form-12 Health Survey) and sexual function (pelvic organ prolapse / urinary incontinence sexual questionnaire).

**Results:** Women with PIII, IO and IF consider their quality of life to be moderately altered, although those with PIV consider that they have a poor perception of it (p 0.04). Although 76.2% had sexual activity during the last 6 months, 34.6% with IVT never had sexual desire, although, 42.3% reported being always sexually satisfied. A question that never occurred with 40.4% of women with PIII and 39.3% with IO. 24% of women with PPD have moderate sexual dysfunction.

**Conclusions:** Quality of life is perceived to be altered in women with IVP. Women with PPD have low sexual dysfunction. Although, the sexual desire is diminished in them, they are able to recognize as satisfactory the sexual encounters.



## 1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el concepto de calidad de vida (CV) ha comenzado a utilizarse cada vez más en las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Por esto es importante entender qué es CV. Un organismo autorizado, como lo es la Organización mundial de la salud (OMS), luego de varias propuestas, en el año 1995 define este concepto como *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno"*.

En mujeres con DPP, la CV se ve afectada independiente de la severidad del prolapso y este efecto se visualiza en diversas dimensiones destacando las limitaciones personales como actividad física y limitaciones para realizar tareas domésticas. Un importante indicador de la CV en este tipo de pacientes es la función sexual, la que se encuentra influenciada por distintos factores físicos, psicológicos y sociales. En algunos grupos el impacto en esta esfera se ha descrito como moderado a través de molestias en relación a la sensación de obstrucción durante la penetración, así como laxitud vaginal que genera disminución de la satisfacción sexual. Las mujeres con prolapso en etapas avanzadas tienen mayor probabilidad de sentirse cohibidas, menos femeninas y atractivas sexualmente que aquellas mujeres sin prolapso, así mismo, mujeres con incontinencia describen sentirse menos deseables y describen preocupación por la respuesta de sus parejas frente al prolapso.

Al ser la función sexual un aspecto clave de la salud pélvica de las mujeres, y determinante en la CV, 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 ésta y aumentar el bienestar en éstas mujeres.



## 2. MARCO TEÓRICO

El suelo pélvico o periné es el conjunto de músculos y aponeurosis que afianzan la parte inferior del abdomen, comportándose como un soporte flexible de apoyo para la vejiga, el aparato genital interno y el recto (1).

La disfunción del piso pélvico es un término que describe un amplio rango de problemas clínicos funcionales agrupados anatómicamente siendo la etiología común el defecto del soporte anatómico o el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos (2). Se clasifican según sus síntomas en alteraciones del compartimiento anterior, donde están implicadas la función sexual y urinaria: incontinencia y protrusión de vejiga, vagina y útero y del compartimiento posterior relacionado con la función colorrectal incontinencia fecal y desórdenes evacuatorios (1). Estadísticas internacionales señalan que entre un 25% a un 50% de las mujeres en el mundo sufrirá de algún tipo de alteración del piso pélvico durante su vida y se estima que más de 200.000 mujeres anualmente se someten a una cirugía por esta causa en los EEUU (3).

En la generación de la disfunción del piso pélvico participan un gran número de factores, que en muchos casos dificultan el diagnóstico etiológico y la elección del tratamiento más adecuado para su corrección (4). Entre los factores hasta ahora descritos se encuentran: 1) Alteraciones en los mecanismos de soporte, en donde el debilitamiento del diafragma pélvico genera que el hiato del elevador se agrande, permitiendo la protrusión de los órganos pelvianos a través de él; 2) Se produce un aumento de la tensión sobre la fascia endopélvica, causando separación, elongación, adelgazamiento y ruptura de sus fibras; 3) Alteraciones de la pared vaginal por daño directo, secundario a traumatismo y cirugía, o indirecto por hipoestrogenismo, con resultado de hernias a través del canal vaginal (5); 4) Cambios propios de la edad, como lo demuestran una serie de estudios

realizados por Griffiths et al. demuestran que pacientes de edad avanzada pueden tener baja perfusión de los lóbulos frontales de la corteza cerebral (que refleja el deterioro regional de la función) y que esto parece estar relacionado causalmente con la incontinencia de urgencia y reducción de sensación en la vejiga. También se ha descrito que la reducción de la sensación de llenado de la vejiga, con bacteriuria previa, elevada ingesta de líquido y la micción infrecuente, puede contribuir en la severidad de las fugas de orina en mujeres de edad avanzada (6).

Todas estas alteraciones del piso pélvico suelen presentar problemas de tipo sexual, de micción y trastornos anorectales que se caracterizan por incontinencia de orina y fecal, dolor pélvico y/o constipación. Muchas pacientes con aquellas alteraciones desarrollan un cuadro clínico muchas veces complejo (7).

La incontinencia urinaria (IU), definida por la *International Continence Society* (ICS) como cualquier pérdida involuntaria de orina, es una enfermedad común, que afecta principalmente a mujeres (8). Representa un problema de Salud Pública por su alta prevalencia de acuerdo a diversos estudios, y su carga relativa en términos de calidad de vida. En éste sentido, en la "*Fourth International Consultation on Incontinence (4th ICI)*", expertos en el tema realizaron una revisión de la evidencia disponible, confirmando que la prevalencia de algún grado de IU a nivel mundial oscilaba entre 25 y 45% en mujeres en general, y que entre las mujeres de entre 20 y 39 años entre el 7 y 37% relatan algún episodio diario de IU (9).

La IU tiene un importante impacto sobre la calidad de vida de quien la padece, generando alteraciones en su estado de salud mental y calidad de vida. (10). Para esto último, existe el ICIQ-SF (International Consultation Incontinence Questionnaire- Short form. En España, los resultados obtenidos con este instrumento muestra una afectación en la calidad de vida de mujeres con incontinencia de orina, siendo mejor en la incontinencia de esfuerzo respecto a la mixta y a la de urgencia. (11,12).

Otra de las complicaciones que se presentan en mujeres con disfunción del piso pélvico es la incontinencia fecal (IF). Ésta se define como el paso involuntario de heces en sus formas sólida, líquida o gaseosa por el conducto anal y constituye un problema social o de higiene (13) y la prevalencia de esta condición en pacientes que acuden a servicios de ginecología general y de uroginecología oscila entre el 5 y 28% (14).

De acuerdo a resultados publicados el año 2010, al aplicar el cuestionario SF-36 en pacientes con IF y la escala de calidad de vida en incontinencia fecal (FIQL), este concepto se encuentra peor evaluado en comparación a la población sana (15, 16). También se describieron otros efectos como reacciones emocionales, ansiedad y estrés, aislamiento social y alteración del sueño, aunque sin resultados estadísticamente significativos (14).

Por otro lado, el bienestar sexual es un aspecto importante de la salud de la mujer, y la disfunción en este ámbito ha demostrado que puede conducir a una disminución de la calidad de vida. La Fundación Americana para las Enfermedades Urológicas reconoce cuatro tipos de disfunción sexual femenina: libido baja, problemas de excitación sexual, incapacidad para alcanzar el orgasmo, y dispareunia. Se ha encontrado que los problemas sexuales son comunes entre las mujeres con trastornos del suelo pélvico (17).

De acuerdo a un estudio publicado en el año 2005, el 67,7% de las mujeres de 15 y 69 años presentaron una o más alteraciones de la función sexual, incluyendo la alternación del deseo sexual en un 52,9%; ausencia de orgasmo en un 37,3%; falta de lubricación en un 28,6%; dispareunia en un 17,9%; falta de excitación en un 24,8%; y satisfacción sexual en un 78,8%. (18)

En relación a la salud sexual en mujeres con alguna alternación del piso pélvico, el prolapso de órganos pélvicos (POP) es una condición física común que afecta negativamente la función y satisfacción sexual,

destacando su asociación con la queja de una sensación de abultamiento vaginal acompañada de síntomas de la vejiga y del intestino. (19). En este sentido, el 2008 se publicó un estudio realizado en 223 mujeres de Baltimore (EE.UU) donde las mujeres con trastornos del suelo pélvico fueron significativamente más propensas a reportar disminución de la excitación, el orgasmo poco frecuente y el aumento de la dispareunia (20).

Las mujeres con prolapso o inestabilidad del detrusor son más propensas a manifestar que los síntomas del piso pélvico son una razón para la inactividad sexual que aquellas sin esta condición. Las pacientes con IU de esfuerzo que se someten a tratamiento quirúrgico son menos propensas a estar preocupadas por la pérdida de orina durante las relaciones sexuales después de la terapia (21).

Por otro lado, estudios inmunohistoquímicos han demostrado un aumento de la densidad de terminaciones nerviosas intraepiteliales libres en el introito vaginal y en su porción distal, lo que supone una relación directa con la respuesta sexual. La función de estas terminaciones nerviosas puede verse afectada por la pérdida de apoyo de la vagina y el perineo distal, como lo que ocurre en el prolapso de órganos pélvicos (22).

Durante el año 2012 se publicó un estudio sobre la función sexual en mujeres con alteraciones del piso pélvico en un hospital público de Santiago de Chile y se obtuvo que un 42% sufría algún tipo de IU. De éstas, el 64,7% se restringe su actividad sexual por miedo, manifestando la pérdida de orina durante el coito en algún grado; y un 63,4% de las mujeres manifestaron restricciones en sus relaciones sexuales debido a su prolapso (23).

Actualmente en la región del Biobío, específicamente en el Hospital de referencia regional, se ha implementado la Unidad de Piso Pélvico, a cargo de un equipo multidisciplinar conformado por un médico uroginecólogo, un médico ginecólogo, una matrona especialista en ginecología y una kinesióloga experta en piso pélvico, que a su vez son personal académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Este equipo se ha

establecido un trabajo en conjunto con profesionales académicos de áreas afines con experiencia en investigación para fortalecer la producción de información, ya que se carece de evidencia, tanto a nivel regional sobre el impacto en la calidad de vida de las mujeres afectadas por esta patología en nuestra región.



### 3. HIPÓTESIS

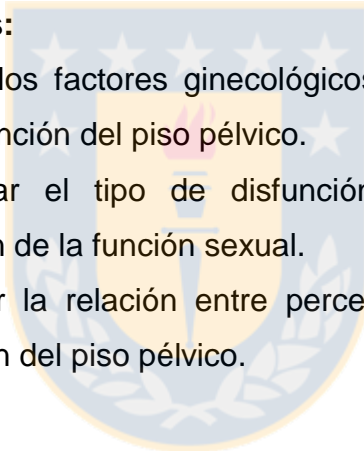
Aquellas usuarias con mayor grado de disfunción pélvica tienen puntuación más alta en la escala de disfunción sexual y una peor percepción en su calidad de vida.

### 4. OBJETIVOS

**Objetivo General:** Evaluar la función sexual y la calidad de vida en pacientes con disfunción del piso pélvico en Concepción entre los años 2013 y 2014.

#### **Objetivos específicos:**

1. Analizar los factores ginecológicos y obstétricos relacionados con disfunción del piso pélvico.
2. Relacionar el tipo de disfunción del piso pélvico con la alteración de la función sexual.
3. Identificar la relación entre percepción de calidad de vida y disfunción del piso pélvico.





## 5. MATERIAL Y MÉTODO

- **Tipo de estudio:** Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo a partir de datos secundarios del Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente.
- **Población:** Todas las mujeres pertenecientes al Servicio de Salud Concepción ingresadas por algún tipo de disfunción del piso pélvico (DPP) del Policlínico de Piso pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción entre los años 2013 y 2014. Cifra que asciende a 327 pacientes.
- **Muestra:** Todas aquellas mujeres con DPP que cumplen los criterios de inclusión, cuya cifra asciende a 249 pacientes
- **Criterios de inclusión:** Como éste estudio utiliza datos secundarios debemos considerar aquellas mujeres que respondieron el cuestionario de calidad de vida y función sexual al ingreso al policlínico de piso pélvico. Se consideraron todas las mujeres entre 18 y 86 años, quienes han tenido actividad sexual en los últimos seis meses, que sean múltipara de parto vaginal, cesárea o instrumental, estar en plena facultad mental y estar diagnosticada con DPP por el equipo del Policlínico de Piso Pélvico.
- **Criterios de exclusión:** Se excluye del estudio aquellas usuarias menores de 18 años y mayores de 86 años, sin actividad sexual los últimos seis meses, además de aquellas con tratamiento quirúrgico correctivo en la zona pélvica. Para el desarrollo de esta investigación, se excluirán a aquellas pacientes que no responden el cuestionario en su totalidad.
- **Instrumentos:** El instrumento utilizado para la recogida de información se extrajo parcialmente del cuestionario que se aplica a las pacientes al ingreso a la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Regional Concepción de 51 preguntas en total. En éste caso se

extrajeron 3 de sus 4 apartados, que se explican a continuación:  
(Anexo I)

1. **Características socio-bio-demográficos, antecedentes obstétricos y ginecológicos:** 17 preguntas que incluyen datos tales como edad, peso, talla, estado civil, escolaridad, paridad, entre otros (pregunta 1 a 15).
  2. **Calidad de vida:** Short Form-12 Health Survey (SF-12), este plantea interrogantes acerca de la percepción de salud y tiene por objeto evaluar calidad de vida relacionada con el estado de salud de la usuaria. El instrumento está formado por un subconjunto de 12 ítems del cuestionario SF-36 (pregunta 16 a 27) (24).
  3. **Función sexual:** Se medirá a través del Pelvic Organ Prolapse/ Urinary incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Este fue creado por Rogers et al. y diseñado inicialmente como un instrumento específico, fiable, válido y auto-administrado para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia (urinaria o fecal) a través de 31 ítems (PISQ-31). Posteriormente, el mismo grupo de autores presentó la versión reducida de 12 ítems del mismo cuestionario (pregunta 37 a 48) (25).
- **Recogida de la información:** La aplicación del cuestionario fue realizada al ingreso de la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Regional de Concepción, por estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción en los años 2013 y 2014 bajo la supervisión del equipo de la misma unidad. Por tanto, se trabajará con las bases de datos elaboradas por las estudiantes.
  - **Aspectos éticos.** El estudio forma parte de la Investigación: “Calidad de Vida y Función Sexual de mujeres con Disfunción del Piso Pélvico controladas en el HGGB” que fue aprobado por el Comité de Ética del

Servicio de Salud Concepción (Anexo II). Las mujeres fueron contactadas durante sus controles en la unidad de piso pélvico, invitándolas a participar del estudio; dónde se le explicó los objetivos y el procedimiento a seguir en el estudio. Aquellas pacientes que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado, que validó su colaboración en la investigación (Anexo III) y se hizo entrega de una ficha informativa con toda la información sobre el estudio (Anexo IV)

- **Análisis de datos:** Una vez revisadas ambas bases de datos, es decir, la del 2013 (n=182) y 2014 (n=147), se precedió a fusionarlas. Previamente se identificaron preguntas fundamentales sin responder, por tanto, se eliminaron los casos de la base final como se explicó en los criterios de exclusión. Luego se analizó mediante el programa estadístico SPSS versión 19.0.

Análisis univariado: para las variables cuantitativas se calculó media, desviación estándar, mínimo y máximo. Mientras que a las variables cualitativas se presentaron en frecuencia absoluta y relativa porcentual.

Análisis bivariado: para comprobar la existencia de asociación entre variables para aquellas son cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondía. Para las variables cuantitativas se utilizó el test T de Student o Mann Whitney.

Para cada test empleado en este análisis se consideró un nivel de significancia de 0,05, esto quiere decir, que cada vez que el p-valor asociado a un test es menor que 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

## 6. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 327 mujeres, cuya edad media fue de 56 años (mín. 27 -máx. 86).

Como se observa en la tabla 1, el 38,2% tiene estudios medios y técnicos superior/universitarios completos, el 28,3% no tiene estudios o tiene estudios básicos incompletos. En la misma tabla se evidencia que el 71,3% tiene pareja estable (casada/conviviente), y un 44.9% desarrolla labores del hogar.

**Tabla 1. Características demográficas de las mujeres con alteraciones de piso pélvico (n=327)**

Características	n	%
Escolaridad		
Sin estudios	8	2,6
Básica incompleta	84	25,7
Básica completa	42	12,8
Media incompleta	63	19,3
Media Completa	82	25,1
Técnica superior o universitaria incompleta	5	1,5
Técnica superior o universitaria completa	43	13,1
Estado Civil		
Casada/conviviente	233	71,3
Soltera	43	13,2
Separada	45	13,8
Viuda	6	1,8
Actividad laboral		
Labores del hogar	147	44,9
Trabajadora dependiente	70	21,4
Cesante	44	13,5
Jubilada/Pensionada	35	10,7
Trabajadora independiente	31	9,5

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las características gineco-obstétricas, se observa en la tabla 2 que el 62,3% de las mujeres tuvo 3 a 6 embarazos. Del total de mujeres, el 22,9% tuvo 3 o más partos vaginales, el 20,1% tuvo 3 o más cesáreas y el 24,4% tuvo 1 o 2 partos a través de fórceps. El 34,6% (n=113) tenía algún antecedente familiar de DPP.

**Tabla 2. Características obstétricas de las mujeres con alteraciones de piso Pélvico. (n=327)**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de embarazos</b>		
0	4	1,2
1-3	200	61,2
4-6	116	35,4
7-12	7	2,13
Total	327	100
<b>Numero partos vaginales</b>		
0	155	47,4
1-3	134	41
4-6	37	11,3
10	1	0,31
Total	327	100
<b>Numero partos cesárea</b>		
0	116	35,5
1-3	167	51,1
4-6	42	12,9
11	1	0,31
12	1	0,31
Total	327	100
<b>Numero partos instrumental</b>		
0	280	85,6
1	43	13,2
2	4	1,2
Total	327	100

Fuente: Elaboración propia

En relación a las alteraciones del piso pélvico que se describen en la tabla 3, del total de mujeres (n=327), el 89,3% presenta incontinencia de orina, el 22,6% prolapso genital estadio III (que corresponde al descenso de +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2 cm de la longitud vaginal), el 9,8% prolapso genital estadio IV (protrusión mayor a 2cm de la longitud vaginal), y el 16,8% restante tienen prolapso genital estadio I y II. Finalmente, la incontinencia fecal se presenta en el 4,9% de las mujeres.

Cabe destacar que teniendo en cuenta las cifras porcentuales de la tabla se deduce que existen mujeres con más de una disfunción del piso pélvico.

**Tabla 3. Características ginecológicas de las mujeres con alteraciones de piso pélvico (n=327).**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Incontinencia de orina	292	89,3
Prolapso genital estadio III	74	22,6
Prolapso genital estadio IV	32	9,8
Prolapso genital estadio II	31	9,5
Prolapso genital estadio I	24	7,3
Incontinencia fecal	16	4,9

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la Tabla 4, en todas las patologías del piso pélvico, más del 80% son mujeres multíparas.

**Tabla 4. Tipo de disfunción de piso pélvico de acuerdo a paridez. (n=327)**

Características	Primípara		Multípara	
	n	%	n	%
Incontinencia de orina	27	9,3	262	90,7
Prolapso genital estadio III	5	6,9	67	93,1
Prolapso genital estadio IV	5	16,1	26	83,9
Incontinencia fecal	1	6,3	15	93,8

Fuente: Elaboracion propia.

No existen diferencias estadísticamente significativas al relacionar el tipo de parto con la patología de piso pélvico, ya que todos los valores p fueron mayores de 0.05. Sin embargo se observa que es más prevalente la incontinencia fecal en mujeres con parto vaginal (68,8) , la incontinencia de orina en partos por cesárea (66,8%) y el prolapso genital estadio IV en partos instrumentales (19,4) (Tabla 5).

**Tabla 5. Tipo de parto v/s patología del piso pélvico (n=327).**

Características	Parto vaginal			Cesárea			Instrumental		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
Incontinencia de orina	152	52,6	0,491	193	66,8	0,109	43	14,9	0,799
Prolapso genital estadio III	42	58,3	0,327	43	59,7	0,257	10	13,9	0,857
Prolapso genital estadio IV	19	61,3	0,345	16	51,6	0,092	6	19,4	0,423
Incontinencia fecal	11	68,8	0,202	9	56,3	0,434	2	12,5	1,000

Fuente: Elaboracion propia.

Con respecto al peso del recién nacido, se observa que la media de éste es superior a los 3.500 gramos y además, existen diferencias estadísticamente significativas entre éste y quienes presentaron prolapso estadio IV v/s aquellas mujeres que no tenían esta condición. Tabla 6

**Tabla 6. Patología de piso pélvico de acuerdo al peso del recién nacido (n=327).**

Clasificación	Diagnóstico		Media de Peso R.N (gramos)	D.E	p-valor
	Si	No			
Prolapso III	Si	72	3798,03	590,46	0,116
	No	250	3674,44	585,36	
Prolapso IV	Si	31	3559,68	633,81	0,047
	No	291	3717,25	581,85	
Incontinencia orina	Si	288	3709,72	593,68	0,382
	No	34	3637,35	539,69	
Incontinencia fecal	Si	16	3777,50	518,77	0,712
	No	306	3698,13	591,73	

Fuente: Elaboración propia.

No existen diferencias significativas entre el valor del IMC y la presencia de alguna disfunción del piso pélvico, destacando que el valor medio del IMC en toda la muestra es superior a 25, es decir, sobre peso (Tabla 7).



**Tabla 7. Patología de piso pélvico v/s IMC (n=327).**

Clasificación	Diagnóstico		IMC	D.E	p-valor
	Si	No			
Prolapso III	Si	72	29,74	5,48	0,4084
	No	251	29,39	5,7	
Prolapso IV	Si	31	28,56	3,79	0,1731
	No	292	29,57	5,8	
Incontinencia orina	Si	289	29,46	5,76	0,7311
	No	34	29,54	4,55	
Incontinencia fecal	Si	16	28,89	3,37	0,6211
	No	397	29,5	5,74	

Fuente: Elaboracion propia.

Al analizar calidad de vida en salud a través del cuestionario SF-12, se obtuvo que para prolapso estadio III, incontinencia de orina y fecal, las participantes evalúan su calidad de vida en salud como media, es decir medianamente optima de acuerdo a los dominios evaluados (salud física, salud emocional al momento de realizar actividades cotidianas). Por otro lado aquellas con prolapso estadio IV, clasifican como baja, es decir tienen una mala percepción de su conducción de salud, siendo esta última evaluación estadísticamente significativa (p-valor 0,042). Ver Tabla 8.

**Tabla 8. Tipo de disfunción del piso pélvico y clasificación de calidad de vida (n=327).**

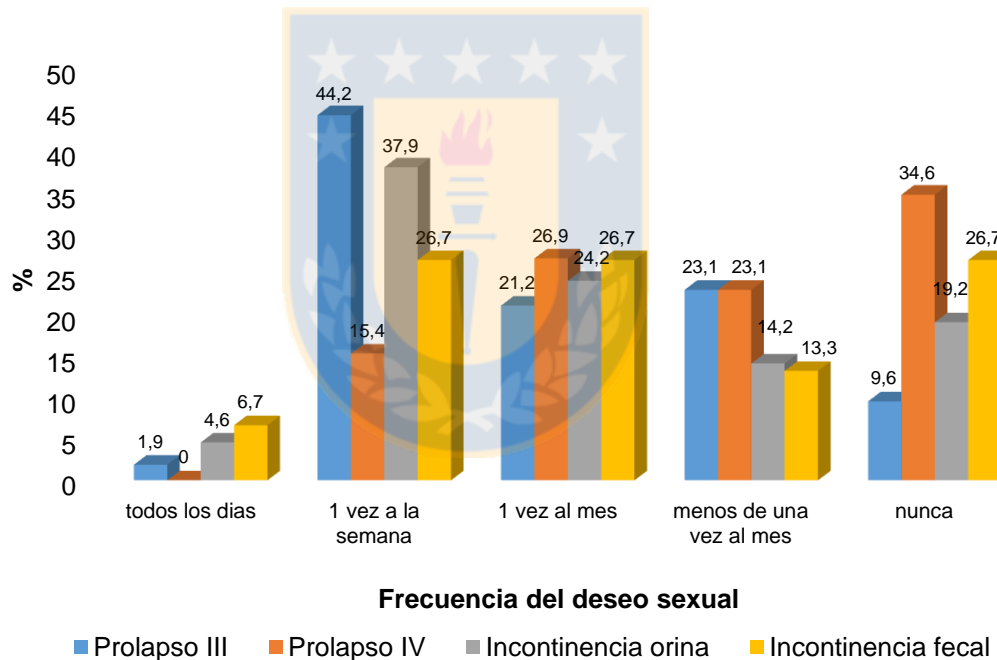
Calidad de vida en salud	Clasificación											
	Prolapso estadio III			Prolapso estadio IV			Incontinencia de orina			Incontinencia fecal		
	N	%	p	N	%	p	N	%	p	N	%	p
Bajo	13	18,1	0,29	13	43,3	0,042	70	24,4	0,952	4	25	0,827
Medio	41	56,9		12	40		144	50,2		7	43,8	
Alto	18	25		5	16,7		73	25,4		5	31,3	
Total	72	100		30	100		287	100		16	100	

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la actividad sexual, el 76,2% de las mujeres del estudio (n=249) tuvo actividad sexual reciente, es decir, durante los últimos 6 meses.

En la dimensión de respuesta sexual femenina, cabe destacar que sobre el 20% de las mujeres presenta deseo sexual por lo menos una vez al mes, como se muestra en la figura 2. Además se observa que el 6,7% de mujeres con incontinencia fecal tienen deseo sexual todos los días, mientras que el 34,6% de aquellas con prolapso genital estadio IV no tienen nunca.

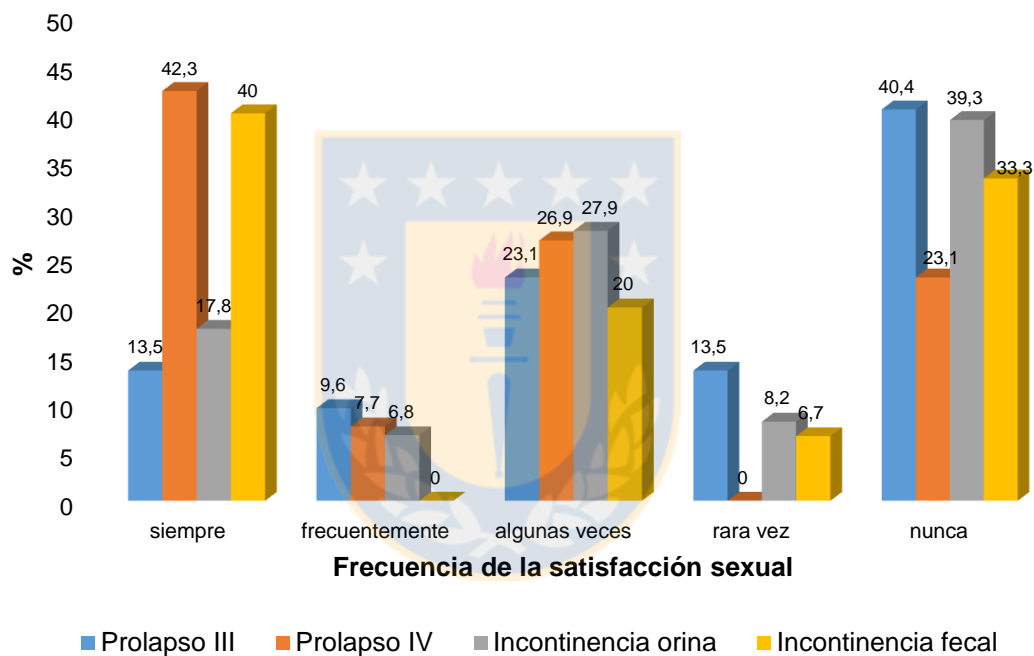
**Figura 1. Frecuencia del deseo sexual clasificado según patología del piso pélvico (n=249).**



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la satisfacción sexual, el 42,3% de las mujeres con prolapso IV refirió estar siempre satisfecha seguido por un 40% de aquellas con incontinencia fecal, por otro lado aquellas que nunca están satisfechas son un 40,4% de mujeres con prolapso estadio III y un 39,3% en incontinencia de orina.(Ver Figura 2).

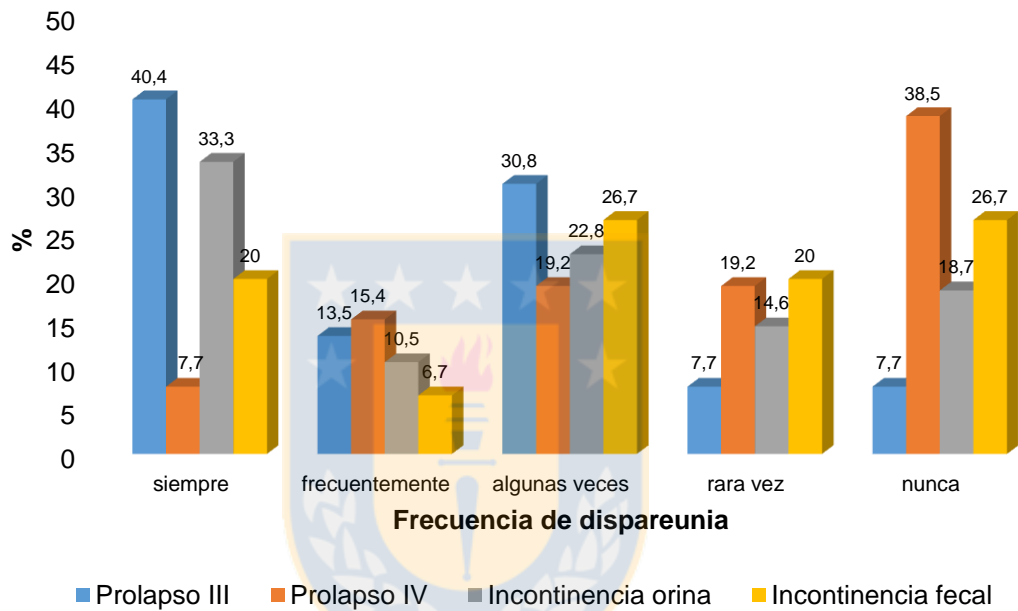
**Figura 2. Frecuencia de satisfacción sexual agrupado según disfunción del piso pélvico (n=249).**



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la dispareunia se observa que se presenta siempre en el 40,4% de las mujeres con prolapso estadio III, seguida por el 33,3% en mujeres con incontinencia de orina. En contraste, el 38,5% de mujeres con incontinencia fecal nunca han tenido dispareunia. Ver figura 3.

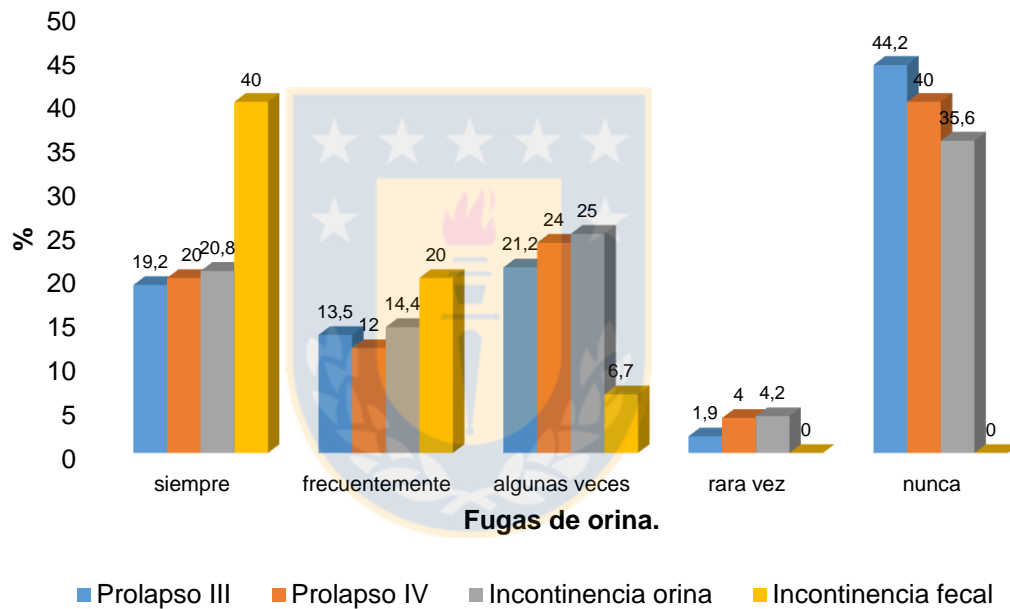
**Figura 3. Frecuencia de dispareunia según patología de piso pélvico (n=249).**



Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión de limitaciones de la mujer en la relación sexual, la presencia de fugas de orina siempre durante el acto sexual llega a un 40% en pacientes con incontinencia fecal, y nunca en el 44,2% en prolapso estadio III, 40% en prolapso estadio IV y 35,6% en incontinencia de orina. (ver Figura 4)

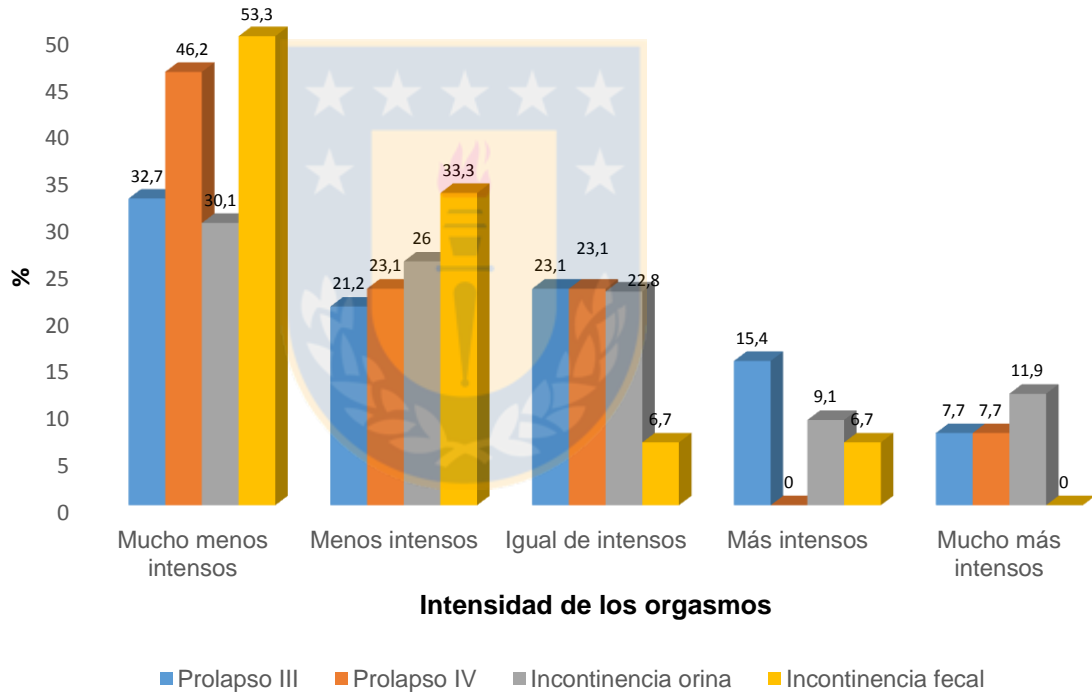
**Figura 4. Presencia de fugas de orina en cada tipo de disfunción del piso pélvico (n=249).**



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la valoración de los orgasmos durante los últimos 6 meses (n=249), destaca que un 53,3% de las mujeres con incontinencia fecal y 46,2% de las mujeres con Prolapso IV refirieron que sus orgasmos son mucho menos intensos. Sólo un 11,9% de aquellas con incontinencia de orina valoró como mucho más intensos los orgasmos (Figura 6).

**Figura 5. Valoración de los orgasmos durante los últimos 6 meses en patologías de piso pélvico (n=249).**



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, la evaluación de la función sexual global categoriza a las pacientes con disfunción sexual moderada y sin trastorno. En la tabla 9 se observa que la mayoría de las mujeres no presenta trastorno de la función sexual.

Como se muestra en la figura 7 y tabla 9. Así, más del 80% no presenta disfunción sexual. Sin embargo no existen diferencias significativas entre aquellas pacientes con disfunción moderada y sin trastorno sexual.

**Tabla 9. Tipo de disfunción sexual v/s patología del piso pélvico (n=249).**

Características	Disfunción moderada		Sin trastornos		Valor p
	N	%	N	%	
Incontinencia de orina	12	6,3	43	95,6	0,745
Prolapso genital estadio III	2	4,4	177	93,7	0,383
Prolapso genital estadio IV	3	13,6	19	86,4	0,119
Incontinencia fecal	0	0	14	100	0,612

Fuente: Elaboracion propia.

## 7. DISCUSIÓN

En el presente, las mujeres tienen en promedio 56 años de edad, el 39,7% tienen enseñanza media completa o superior, el 71,3% tiene pareja estable y un 30,9% tienen un trabajo remunerado. Realidad similar a la que se presenta en Santiago de Chile, en donde la edad promedio es de 52 años. Sin embargo, difiere en el nivel educación y actividad laboral, ya que la mayoría de las mujeres de la capital tienen educación media completa y 46% de ellas tiene trabajo remunerado (23).

Con respecto a la paridez, se describe en la literatura que la mayoría de las mujeres con 3 partos o más son más propensas a desarrollar prolapso de órganos pélvicos (27), situación ocasionada por el daño acumulativo de la musculatura pélvica producida en cada parto, ya que los músculos y los nervios asociados a esta zona se someten a un estrés aumentado durante el parto y pueden dañarse durante el proceso, lo que lleva a una disminución de la capacidad para realizar sus funciones básicas, incluso se ha informado que la incontinencia urinaria después de un primer parto vaginal puede ser tan alta como un 21% de un parto espontáneo (29). Este estudio no muestra una clara diferencia entre aquellas mujeres que han tenido partos vaginales, cesárea, e instrumental. Así del total de pacientes, el 22,9% tuvo 3 o más partos vaginales, el 20,1% tuvo 3 o más cesáreas y el 24,4% tuvo 1 o 2 partos a través de fórceps. Pero si, del total de mujeres, el 80% corresponde a multíparas.

Por otro lado, el peso del recién nacido mostró diferencias significativas entre quienes presentaron prolapso estadio IV v/s aquellas mujeres que no tenían esta condición. Lo que refuerza aún más el impacto que se genera en la musculatura pélvica durante un parto vaginal, aún más cuando el peso es mayor, ya que genera un aumento de la segunda fase del trabajo de parto, aumento prolongado de la presión intrauterina, sumado a los pujos, lo que finalmente puede significar necrosis isquémica de los tejidos



pélvicos (nervios y musculo) daño e incluso denervación permanente de los tejidos. (30). En éste sentido, un estudio transversal realizado a 195 mujeres primíparas, buscó identificar los factores obstétricos y neonatales de la incontinencia urinaria de urgencia, y logró determinar que una combinación entre la fuerza de la musculatura pélvica, el peso del recién nacido mayor a 2.988 gramos ayuda a predecir la incontinencia de orina de urgencia (31). Junto con esto, se ha demostrado que el mayor peso del recién nacido, lleva a un aumento de la circunferencia craneana, lo que genera un debilitamiento de la musculatura pélvica, convirtiéndose además en un factor independiente en la producción de esta alteración, según lo que demuestra un estudio de tipo prospectivo en 319 mujeres puérperas de parto vaginal. (32)

Otro factor de riesgo que aparece en la literatura es el antecedente familiar de prolapso genital (33, 34). Es así, que trastornos del suelo pélvico han demostrado tener una importante contribución genética, como del medio ambiente (35), situación que se repite en la evaluación de las pacientes de éste estudio, ya que un 34,6% (n=113) tenía algún antecedente familiar de disfunción del piso pélvico.

Nuestro estudio arroja que no existen diferencias significativas entre el IMC y tener disfunción del piso pélvico de cualquier tipo, situación distinta a lo que se presenta en la literatura, ya que el IMC se describe como un factor de riesgo para desarrollar esta condición, es así que en un estudio se demostró que el 90% de las pacientes con obesidad presentaron patologías del piso pélvico.(36) Lo contrario también refuerza ésta afirmación, es decir, la reducción de peso disminuye la medida del hiato genital, mejora los episodios de IU, disminuye la incidencia de gotas de fuga de orina e incrementa la calidad de vida relacionada con los síntomas del piso pélvico. (37)

Al analizar calidad de vida en salud a través del cuestionario SF-12, el estadio más severo de prolapso (tipo IV) tiene una baja percepción de su

condición de salud respecto a aquellas con diagnósticos menos complejos (valor  $p = 0,042$ ). Característica que se confirma en la literatura, en donde mujeres con prolapso urogenital ven afectada su percepción de general de salud, actividades físicas, sociales y relaciones personales. (38), e incluso se ha estudiado como la realización de cirugía puede mejorar la calidad de vida de las mujeres, mostrando un impacto favorable en el diario vivir. (39)

Barentsen et al, concluyeron que los efectos sobre la calidad de vida específica de la condición de vida difieren ligeramente entre los tipos de incontinencia, es decir, el nivel de gravedad afecta tanto la calidad de vida genérica como la condición específica de vida, lo que indica que no es el tipo sino la severidad de la incontinencia urinaria el principal predictor de la disminución de la calidad de vida. (40)

Frente a alteraciones del piso pélvico, del total de mujeres ( $n=327$ ) un 89,3% se diagnosticó con incontinencia de orina, seguido de prolapso estadio III (22,6%). En éste sentido, un estudio estadounidense demuestra que el 67% de las pacientes en terapia de rehabilitación pelviperineal presentan problemas urinarios, seguido del 27% con problemas intestinales, y el 39% tiene dolor pélvico (41). En otro estudio se concluye que el 24% de las mujeres se ven afectadas por uno de estos trastornos, con un 16% de mujeres con incontinencia urinaria, un 3% de mujeres con prolapso de órganos pélvicos y un 9% de mujeres con incontinencia fecal. Cabe señalar que la evidencia existente muestra la incontinencia de orina como la patología de piso pélvico más frecuente, al igual que los hallazgos de este estudio. (42)

El presente estudio, es uno de los pocos realizados en población que describe la función sexual en mujeres con alteraciones del piso pélvico. Nuestros hallazgos revelan que un 76,2% de las mujeres ( $n=249$ ) tuvo actividad sexual reciente, es decir, durante los últimos 6 meses, diferente a lo mostrado en otro estudio donde en 399 mujeres sólo el 16,8% era

sexualmente activa. (43) En éste sentido, en las mujeres sexualmente activas se evaluó la respuesta sexual, obteniéndose que sobre el 20% de las mujeres presenta deseo sexual por lo menos una vez al mes, sobre un 40% de las mujeres con prolapso IV e incontinencia fecal refirió estar siempre satisfecha en las relaciones sexuales a pesar de las limitaciones presentadas secundarias a patologías del piso pélvico, cifra mayor a lo encontrado en estudios nacionales, y cercanos a otros internacionales (23) (44).

Por otro lado, en éste estudio adicionalmente se obtuvo información sobre la presencia disfunción sexual masculina, y como se observa en la tabla 10, en todas las disfunciones del piso pélvico, excepto en la incontinencia fecal, existe disfunción eréctil o eyaculación precoz, en cifras no menores lo que podría afectar la salud sexual de las mujeres en estudio, y cuestionar también la preexistencia de una disfunción sexual a la alteración del piso pélvico. Sin embargo, se requieren más estudios para evaluar su influencia.

**Tabla 10: Distribución de la prevalencia de disfunción eréctil y eyaculación en las parejas con algún tipo de disfunción del piso pélvico.**

		Disfunción del Piso Pélvico*					
		POP I	POP II	POP III	POP IV	IO	IF
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Disfunción Eréctil</b>	<b>Si</b>	5 (24)	7 (27)	14 (27)	11 (42)	60 (27)	0
	<b>No</b>	16 (76)	19 (73)	38 (73)	15 (58)	159 (73)	15 (100)
<b>Eyaculación precoz</b>	<b>Si</b>	8 (38)	11 (42)	14 (27)	10 (38)	75 (34)	3 (20)
	<b>No</b>	13 (62)	15 (58)	38 (73)	16 (62)	144 (66)	12 (80)
<b>Total</b>		21 (100)	26 (100)	52 (100)	26 (100)	219 (100)	15 (100)

\*POP I: Prolapso de órganos pélvicos grado I; POP II: Prolapso de órganos pélvicos grado II; POP III: Prolapso de órganos pélvicos grado III; POP IV: Prolapso de órganos pélvicos grado IV; IO: Incontinencia de orina; IF: Incontinencia fecal.

Frente al dolor durante la relación sexual el 40,4% de las mujeres con prolapso estadio III refiere siempre presentar dolor, seguida por el 33,3% en mujeres con incontinencia de orina, y un 26,7% de quienes presentan incontinencia fecal. Junto con esto, cabe destacar que la presencia (siempre) de bultos en la vagina es un factor para evitar el coito en el 50% y 28,9% de las mujeres con incontinencia fecal y de orina respectivamente, lo que podría ser un factor responsable del dolor, junto con la atrofia genital que se produce en mujeres de mayor edad, situación confirmada por Izquierdo y García el año 2015. (45, 46).

Por otro lado, se tendría que tener en cuenta que la atrofia genital y vulvar, debido al hipoestrogenismo propio de la edad, no sólo genera un debilitamiento del piso pélvico, sino que también una disminución de la lubricación vaginal, irritación genital lo que es responsable muchas veces de la dispareunia. (47)

En la dimensión de limitaciones de la mujer en la relación sexual, la presencia de fugas de orina siempre durante el acto sexual en pacientes con prolapso estadio III es de un 19,2%, un 20% en mujeres con prolapso estadio IV, un 20,8% en incontinencia de orina, y un 40% en incontinencia fecal, cifras cercanas a lo que expone la literatura en donde un tercio de las mujeres sexualmente activas con síntomas urinarios tenían incontinencia coital. (48)

En relación a la valoración de los orgasmos durante los últimos 6 meses, más del 30% de las mujeres estudiadas refirió que éstos eran mucho menos intensos, destacando un 53,3% en mujeres con incontinencia fecal. A esto se puede agregar que existe un déficit sensorial neuropático en la zona de los genitales asociado con el prolapso, que podría colaborar en una menor valoración de éstos. (49)

En relación a la función sexual de las mujeres con disfunción del piso pélvico se puede evidenciar que aquellas que presentan disfunción

moderada corresponde al 13,6% de las mujeres con prolapso genital estadio IV, el 6,3% de las que sufren incontinencia de orina y el 4,4% de aquellas con prolapso genital estadio III. La literatura arroja puntajes distintos a los obtenidos, es decir cifras más altas de disfunción sexual, ya que se basan en que una buena musculatura pélvica arroja mejores puntajes de función sexual y valoraciones de orgasmos. (50)



## 8. CONCLUSIONES

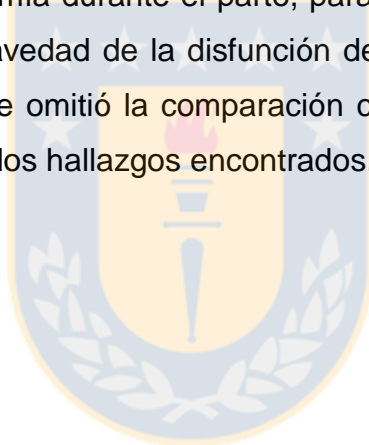
1. La mayor parte de las mujeres con disfunción del piso pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente no presentan disfunción sexual, aunque un porcentaje presenta disfunción sexual moderada.
2. Si bien es cierto el deseo sexual se ve disminuido en las mujeres con disfunción del piso pélvico, son capaces de reconocer como satisfactorios los encuentros sexuales, aunque no se confirma.
3. La percepción de salud en las mujeres con disfunción del piso pélvico se ve afectada, puesto que en su mayoría la evalúan como mediamente alterada a baja.
4. Las mujeres con prolapso genital más severo (estadio IV) presentan en mayor medida factores de riesgo que las otras patologías en estudio, como son los partos vaginales y tener recién nacidos/as con más de 3500 gramos.



## 9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones presentadas en este estudio, es que se evaluó la función sexual durante los últimos seis meses, sin embargo falta indagar el por qué existe un porcentaje que abandonó el coito, ya que no se cuenta con información sobre la vida sexual previa al diagnóstico de la patología y determinar así si realmente esta situación condicionó la actividad sexual, o podría existir un factor adicional que ha alterado su sexualidad. Esto podría abordarse a partir de un abordaje cualitativo, quizás a través de una entrevista en profundidad.

Otra limitación es que no se incluyó dentro de los antecedentes la realización de episiotomía durante el parto, para determinar relación de ésta con la presencia o gravedad de la disfunción del piso pélvico estudiada. En éste mismo sentido, se omitió la comparación con población sana, cuestión que puede enriquecer los hallazgos encontrados.



## 10. PROYECCIONES

Realizar éste proyecto de tesis ha permitido iniciar la colaboración con el Hospital de Cañete para llevar a cabo un estudio sobre la prevalencia de disfunción del piso pélvico de sus usuarias, estimulando la posibilidad de capacitación en piso pélvico a sus funcionarias/os y un liderar, junto a personal médico del Servicio de Salud Arauco, la creación de una unidad de piso pélvico para la provincia de Arauco en un futuro próximo.





## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Cantero R, García G. Unidad de Piso Pélvico. Rev Científica Complutense. 2000; 8(1): 779-799
2. Doshani A, Teo R, Mayne C, Tincello D. Uterine prolapse. Clinical Review. BMJ. 2007; 335: 819-822
3. Chughtai B, Spettel S, Kurman J, De E. Ambulatory pessary trial unmasks occult stress urinary incontinence. Obstet Gynecol Int 2012: 1-5.
4. García López Antonio J. Prolapso de órganos pélvicos. Iatreia [Internet]. 2002 [citado 2016 May 02]; 15(1): 56-67. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932002000100007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932002000100007&lng=en).
5. Braun H, Rojas I, González F, Fernández M, Ortiz J. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2004 [citado 2015 Sep 25]; 69(2): 149-156. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262004000200010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200010>.
6. Gin-Den Ch, Soo-Cheen N, Functional and Structural Changes of the Pelvic Floor in Ageing Women, Incont Pelvic Floor Dysfunct 2007; 1(3): p 81-84
7. Pedraza R, Nieto J, Ibarra S, Haas E. Pelvic Muscle Rehabilitation: A Standardized Protocol for Pelvic Floor Dysfunction. Advances in Urology. Volume 2014, Article ID 487436, 7 pages. [citado 2016 May 15] Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/au/2014/487436/>

8. Mattiasson A, Djurhuus JC, Fonda D, Lose G, Nordling J, Stöhrer M. Standardization of Outcome Studies in Patients with Lower Urinary Tract Dysfunction: A Report on General Principles From the Standardization Committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 1998; 17: 249-253.
9. Buckley BS, Lapitan MC. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children-current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology* 2010; 76 (2): 265-270
10. Martinez A, Ruiz J, Gomez L, Rebolledo P, Perez M, Chevese J. Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados. *Actas urol esp.* 2010; 34(3) :242–250
11. Melville J, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence Severity and Major Depression in Incontinent Women, *Obstet Gynecol.* 2005; 106(3):585-592
12. J. Kristin J, Awtrey C, Tsai A. Urinary Incontinence, Depression, and Economic Outcomes in a Cohort of Women Between the Ages of 54 and 65 Years. *Obstetrics & gynecology Journal.* 2014;123(4): 822–827.
13. Haylen B, de Ridder D, Freeman R, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal* 2010; 21: 5-26
14. Wenzel C. et al. Prevalencia de incontinencia fecal en pacientes ginecológicas y uroginecológicas. *Rev chil obstet ginecol* 2009; 74(6): 354 – 359

15. Malmstrom T, Andresen E, Wolinsky F, Schootman M, Miller JP, Miller D. Urinary and fecal incontinence and quality of life in African Americans. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1941-1945.
16. t Hoen LA, Utomo E, Schouten WR, Blok BF, Korfage IJ. The fecal incontinence quality of life scale (FIQL) and fecal incontinence severity index (FISI): Validation of the Dutch versions. *Neurourol Urodyn*. 2016 Mar 29. doi: 10.1002/nau.23003. [Epub ahead of print]
17. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997;19: 387-391.
18. Kamel L, Kamel J. Estudio de prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a consultorio externo de gineco-obstetricia de hospital la serena. *Revista Chilena de Urología* 2005; 70(4): 231-235
19. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:751–756.
20. Handa V, Cundiff G, Howard Chang H, Helzlsouer K. Female Sexual Function and Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics & gynecology* 2008; 111(5): 1045–1052.
21. Kim S, Moon Y, Kim S, Wook Bai S. Changes in Sexual Function and Comparison of Questionnaires Following Surgery for Pelvic Organ Prolapse, *Yonsei Med J* 2014. 55(1):170-177.
22. Barber M, Visco A, Wyman J, Fantl A, Bump R. Sexual Function in Women With Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;99: 281–289
23. Flores C. et al. Descripción de la función sexual en mujeres con alteraciones de piso pélvico en un hospital público de Santiago. *Rev chil obstet ginecol* 2012; 77(5): 331 - 337

24. Vilagut G et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-150
25. R. Rogers et al. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14(3): 164-168
26. Diez-itza I, Arrue M, Ibañez L, Paredes J, Murgiondo A, Sarasqueta C. Postpartum impairment of pelvic floor muscle function: factors involved and association with prolapse. *International Urogynecology Journal* 2011 12;22(12):1505-11.
27. Barber M. Pelvic organ prolapse. *BMJ: British Medical Journal* 2016 Jul 20;354
28. Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2008;111:1045-52.
29. Bartling S, B.S., Zito P,. Overview of Pelvic Floor Dysfunction Associated with Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education* 2016 01;31(1):18-20
30. Memon H, Handa V. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Future Medicine Ltd Women's Health* (2013) 9(3), 265–277
31. Baracho SM, Silva BD, Baracho E, Silva LD, Sampaio RF, Figueiredo MD. Pelvic floor muscle strength predicts stress urinary incontinence in primiparous women after vaginal delivery. *International Urogynecology Journal* 2012 07;23(7):899-906.
32. Diez-itza I, Arrue M, Ibañez L, Paredes J, Murgiondo A, Sarasqueta C. Postpartum impairment of pelvic floor muscle function: factors involved and association with prolapse. *International Urogynecology Journal* 2011 12;22(12):1505-11.
33. Marijke C., Slieker-ten Hove, Annelies L. Pool-Goudzwaard, Marinus J. C. Eijkemans, et al. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:184.e1-184.e7

34. Norton P, Allen-Brady K, Wu J, Egger M, Cannon-Albright L. Clinical characteristics of women with familial pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2015 Mar;26(3):401-6
35. Altman D, Forsman M, Falconer C, Lichtenstein P. Genetic influence on stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Eur Urol* 54(4):918–922
36. Wasserberg, N, Haney, M, Petrone, P, Ritter, M, Emami, C, Rosca, Kaufman, Howard S. Morbid obesity adversely impacts pelvic floor function in females seeking attention for weight loss surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50(12), 2096-2103.
37. Gozukara YM, Akalan G, Tok EC, Aytan H, Ertunc D. The improvement in pelvic floor symptoms with weight loss in obese women does not correlate with the changes in pelvic anatomy. *International Urogynecology Journal* 2014 09;25(9):1219-25.
38. Sahin, Eda,R.N., PhDs, Vural, Gulsen,R.N., PhD. Assessment of the Quality of Life in Women with a Diagnosis of Urogenital Prolapse. *International Journal of Caring Sciences* 2015 May;8(2):404-411
39. Doaee M, Moradi-lakeh M, Nourmohammadi A, Razavi-ratki S, Nojomi M. Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal* 2014 02;25(2):153-63.
40. Barentsen JA, Visser E, Hofstetter H, Maris AM, Dekker JH, de Bock G,H. Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: a population-based study as part of a randomized controlled trial in primary care. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012;10:153.
41. Wang Y, Hart DL, Mioduski JE. Characteristics of Patients Seeking Outpatient Rehabilitation for Pelvic-Floor Dysfunction. *Phys Ther* 2012 09;92(9):1160-74

42. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health* 2013 05;9(3):265-77; quiz 276-7.
43. Collins S, O'sullivan D, Lasala C. Factors associated with PISQ-12 completion in an academic urogynecology population. *International Urogynecology Journal* 2010 05;21(5):579-82.
44. Huang AJ, Subak LL, Thom DH, SK, Ragins AI, Kuppermann M, et al. Sexual function and aging in racially and ethnically diverse women. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1362-8
45. Yücel Ç, Erolu K. Sexual Problems in Postmenopausal Women and Coping Methods. *Sex Disab* 2013 09;31(3):217-228.
46. Izquierdo, M. S., & García, E. H. (2015). Climaterio y sexualidad/Climacterium and sexuality. *Enfermería Global*, 14(4), 76-85
47. Freedman MA. Perceptions of dyspareunia in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: findings from the REVIVE survey. *Womens Health* 2014 07;10(4):445-54.
48. España Pons M, Puig Clota M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *International Urogynecology Journal* 2008 05;19(5):621-5.
49. Gruenwald I, Mustafa S, Gartman I, Lowenstein L. Genital sensation in women with pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal* 2015 07;26(7):981-984
50. Kanter, G., Rogers, R. G., Pauls, R. N., Kammerer-doak, D., & Thakar, R. (2015). A strong pelvic floor is associated with higher rates of sexual activity in women with pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*, 26(7), 991-996

## 12. ANEXOS



## Anexo I. CUESTIONARIO

---



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

FACULTAD DE MEDICINA

DPTO. OBSTETRICIA Y PUERICULTURA, DPTO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Y PROGRAMA MULTIDISCIPLINARES DE ESTUDIOS DE GÉNERO

### ENCUESTA

**Calidad de Vida y Función Sexual de mujeres con Disfunción del  
Piso Pélvico controladas en el HGGB**

#### **Instrucciones para encuestadoras:**

Lea atentamente a cada participante las instrucciones que están encuadradas a lo largo de esta encuesta.



## **I.CARACTERÍSTICAS GENERALES**

**Instrucciones:** A continuación le haré una serie de preguntas que se refieren a datos sociodemográficos importantes a considerar dentro de nuestra investigación

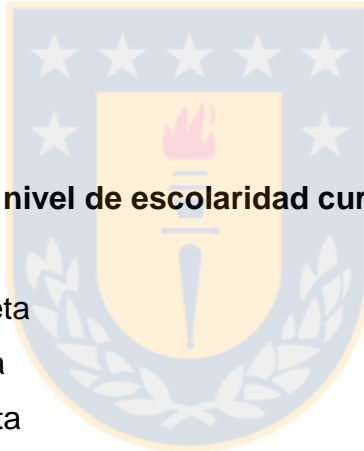
**1.- ¿Qué edad tiene?** \_\_\_\_\_ (años)

**2.- ¿Cuál es su estado civil?**

1. Casada
2. Soltera
3. Conviviente
4. separada
5. Viuda

**3.- ¿Cuál es el último nivel de escolaridad cursado?**

1. Sin estudios
2. Básica incompleta
3. Básica completa
4. Media incompleta
5. Media completa
6. Técnica superior incompleta
7. Técnica superior completa
8. Universidad incompleta
9. Universidad completa



**4.- ¿Qué actividad laboral desempeña actualmente?**

1. Trabajadora Dependiente
2. Trabajadora Independiente
3. Cesante
4. Jubilada
5. Pensionada
6. Dueña de Casa

**5.- ¿Cuál es el ingreso total mensual, sumando todos los ingresos de los miembros de su hogar?**

1. Menos de \$ 64.000
2. \$ 65.000 a \$ 136.000
3. \$137.000 a \$180.000
4. \$181.000 a \$250.000
5. \$251.000 a \$350.000
6. \$351.000 a \$450.000
7. \$451.000 a \$650.000
8. \$651.000 a \$851.000
9. \$851.000 a \$1.050.000
10. \$1.051.000 o más

5a. Alternativa para ingreso mensual INDIVIDUAL: \_\_\_\_ (n°)

5b. Alternativa para ingreso mensual de su HOGAR: \_\_\_\_ (n°)

**6.- ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_ (Kilogramos)**

**7.- ¿Cuál es su talla? \_\_\_\_\_ (metros, centímetros)**

**8.- ¿Ha tenido actividad sexual durante estos últimos 6 meses?**

1. Sí
2. No

**9.- ¿Cuánto(s) embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_**

**10.- ¿Cuántos partos ha tenido y qué tipo de parto fueron? (Registre el número correspondiente)**

	Sí	Nº	No
1. Vaginal			
2. Cesárea			
3. Instrumental			

**11.- ¿Cuánto peso su recién nacido con mayor peso? \_\_\_\_\_(gramos)**

**12. ¿Sufre usted de infecciones urinarias recurrentes?**

1. Si

2. No

**13. ¿Tiene usted algún antecedente familiar de disfunción de piso pélvico? (Ej: Perdida de orina, sensación de bulto en los genitales, perdida fecales)**

1. Si

2. No

3. No sabe

**14. ¿Cuál es su diagnóstico? Marque todos los diagnósticos que correspondan**

1. Prolapso Genital Estadio I

2. Prolapso Genital Estadio II

3. Prolapso Genital Estadio III

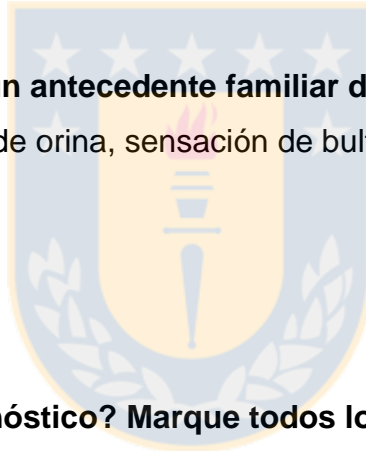
4. Prolapso Genital Estadio IV

5. Incontinencia de Orina de Esfuerzo

6. Incontinencia de Orina de Urgencia

7. Incontinencia de Orina Mixta

8. Incontinencia Fecal



**15.- ¿Realiza usted algún tipo de trabajo que requiera mayor esfuerzo físico? (Ej; levantar libros, cajas, muebles; subir escaleras, etc.)**

1. Si
2. No

**II. SALUD GENERAL Y CALIDAD DE VIDA**

**CUESTIONARIO “SF-12” SOBRE EL ESTADO DE SALUD**

**Instrucciones:** 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.

Por favor, conteste cada pregunta encerrando en un círculo. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

**16. En general, usted diría que su salud es:**

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

**Instrucciones:** 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?

**17. 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

**18. Subir varios pisos por la escalera**

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

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

**19. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?**

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

**Instrucciones:** Durante las últimas 4 semanas, ¿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)?

**21. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?**

1. Sí
2. No

**22. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?**

1. Sí
2. No

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

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

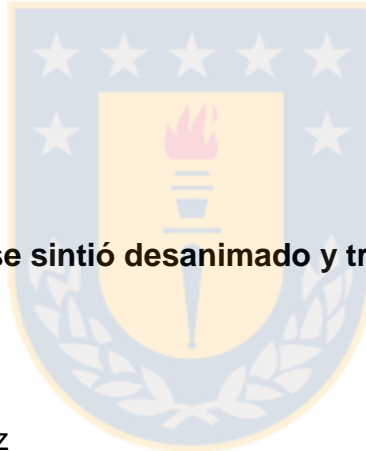
**Instrucciones:** Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas.

**24. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

**25. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca



**26. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

**27. 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. Solo alguna vez
5. Nunca.

## **CUESTIONARIO SOBRE FUNCIÓN SEXUAL (PISQ-12)**

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los médicos a comprender que aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, encierre con un círculo el número que desde su punto de vista responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos 6 meses. Gracias por su ayuda.

**23. ¿Con que 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.**

1. Todos los días
2. 1 vez a la semana
3. 1 vez al mes
4. Menos de 1 al mes
5. Nunca

**24. ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**25. ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**26. ¿Está satisfecha con las distintas actividades sexuales de su actual vida sexual?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**27. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**28. ¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca





**29. El miedo a la incontinencia de orina (heces u orina), ¿Restringe su vida sexual?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**30. ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto, o vagina caídos)?**

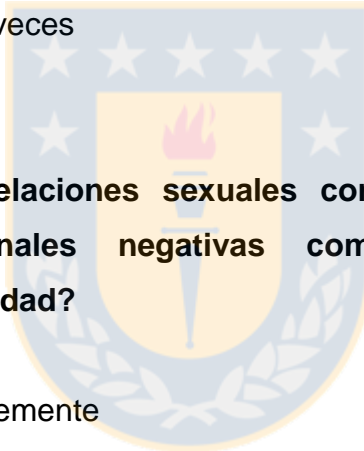
1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**31. Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**32. ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca



**33. ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**34. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos 6 meses?**

1. Mucho menos intensos
2. Menos intensos
3. Igual de intensos
4. Más intensos
5. Mucho más intensos

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

Si tiene alguna duda por favor comuníquese con la Investigadora Responsable (Prof. Carolina Bascur Castillo) a su email [carobascur@udec.cl](mailto:carobascur@udec.cl) o al teléfono 41-2204592

## Anexo II. APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA



### ACTA DE EVALUACIÓN / PRUBACIÓN COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444  
DE FECHA 14/08/2012.

CONCEPCION, 13 de Septiembre de 2013

Srta.  
Mercedes Carrasco Portillo  
Dpto. de Obstetricia y Puericultura  
Facultad de Medicina U de C.  
Presente.

Estimada Srta. Carrasco:

Junto con saludarle, nos permitimos informarle a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, con fecha 13 de Septiembre de 2013, decidió aprobar en forma expresa las enmiendas efectuadas a su estudio titulado: "Calidad de vida en mujeres con disfunción del piso pélvico controladas en el HGGB" por lo que considera que no hay impedimentos para su desarrollo en el hospital Dr. G.G.B. de Concepción, bajo su conducción como investigador responsable.

Se proceda a timbrar con fecha 13 de Septiembre de 2013 los siguientes documentos:

- Ficha de información para las personas participantes del estudio y consentimiento informado, versión 2, de fecha 11 septiembre 2013
- Encuesta Calidad de Vida de Mujeres con Disfunción del Piso Pélvico controladas en el HGGB
- Cuestionario "SF-12" sobre el Estado de Salud
- Cuestionario PISQ-12, sobre Función Sexual

Además, este Comité solicita que:

- 1.- El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
- 2.- Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen.
- 3.- La validez de esta aprobación es por un año.
- 4.- Una vez finalizado el proyecto, el comité y la Jefatura de Neonatología HGGB deberán ser informado de los resultados del estudio.
- 6.- Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta 15 años cerrado el estudio

Atentamente

Dr. Rubén Miranda A.  
Secretario CEC



Dr. M. Antonia Bickelgahn S.  
Presidenta CEC

Distribución: - La indicada

- Director Centro de Investigación
- Archivo CEC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACIÓN (ICH) CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.125 Y N° 19.828 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

## Anexo III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Consentimiento Informado



Acepto participar voluntariamente en esta investigación titulada "Calidad de vida en mujeres con disfunción del piso pélvico controladas en el HGGB", conducida por la Mercedes Carrasco Portiño (PhD) y la Matrona Especialista en Ginecología Carolina Bascor Castillo, ambas Docentes del Dpto. de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción.

Se me informó que el propósito de este estudio es conocer de qué manera afecta la disfunción del piso pélvico en la calidad de vida de las mujeres que se controlan en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) durante el año 2013, y que la información que proporcione será confidencial, anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

He accedido a responder una encuesta que tiene una duración aproximadamente de 30 minutos, donde se me harán preguntas sobre distintos aspectos en relación a la disfunción del piso pélvico, incluyendo escala para medir la salud general, calidad de vida y la función sexual.

Se me informó que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, que participarán aproximadamente 400 mujeres que se atienden en la Unidad de Piso Pélvico del HGGB, y que una vez terminado el estudio me podrían hacer llegar un resumen de los resultados y que se le entregará un informe al Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Si tengo alguna duda sobre este proyecto, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación en él o posteriormente a la Investigadora responsable (Mercedes Carrasco Portiño) al email [mecarrasco@udec.cl](mailto:mecarrasco@udec.cl) o al teléfono 041-2204929. De la misma manera si tengo dudas respecto a mis derechos como participante de este estudio puedo contactarse con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción presidido por la Dr. María Antonia Bidegain. Por otro lado, también se me informó que puedo retirarme del proyecto en cualquier momento sin que eso me perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas me parece incómoda/o, tengo el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Nombre y apellidos de la persona entrevistada	Firma	Fecha
Nombre y apellidos de la persona entrevistadora	Firma	Fecha
Nombre y apellido de la persona delegada del Director del HGGB	Firma	Fecha

Versión 2. Fecha elaboración 11 de Septiembre de 2013.

## Anexo IV. FICHA INFORMATIVA



### Ficha de Información para las personas participantes del estudio

Mediante la presente ficha se le invita a participar de la investigación titulada "Calidad de vida en mujeres con disfunción del piso pélvico controladas en el HGGB", conducida por Mercedes Carrasco Portillo (PhD) y la Matrona Especialista en Ginecología Carolina Bascor Castillo, ambas Docentes del Dpto. de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción.

El propósito de este estudio es conocer de qué manera afecta la disfunción del piso pélvico en la calidad de vida de las mujeres que se controlan en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) durante el año 2013.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizará una encuesta de aproximadamente de 30 minutos, donde se le harán preguntas sobre distintos aspectos en relación a la disfunción del piso pélvico, incluyendo escala para medir la salud general, calidad de vida y la función sexual.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Participarán aproximadamente 400 mujeres que se atienden en la Unidad de Piso Pélvico del HGGB. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. A la encuesta que Ud. responda se le asignará un número de identificación para su posterior análisis y por lo tanto, será anónima, por lo tanto, no la perjudicará de ninguna manera. Una vez terminado el estudio si Ud. está interesada le podremos hacer llegar un resumen de los resultados y se le entregará un informe al Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él o posteriormente a la investigadora responsable (Mercedes Carrasco Portillo) al email [mcarrasco@udec.cl](mailto:mcarrasco@udec.cl) o al teléfono 041-2204929. De la misma manera si tiene dudas respecto a sus derechos como participante de este estudio debe contactarse con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción presidido por la Dr. María Antonia Bidegain. Por otro lado, debe saber que puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo/lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómoda/o, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador(a) o de no responderlas.

Desde ya lo agradecemos su participación.

El equipo de investigación

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Iniciales y firma de la persona entrevistada

---

Versión 2. Fecha elaboración 11 de Septiembre de 2013.