

Sexualidad en mujeres sobrevivientes de cáncer ginecológico asistidas en el Hospital de la Mujer

Br. Macarena Barragán ¹

Br. Federica Domingo ¹

Br. María Clara Fernández ¹

Br. Agustina Fregueiro ¹

Br. Megan Khanis ¹

Br. Sabrina Villalba ¹

Tutor:

- Prof. Adj. Dr. Sebastian Ben ²

Asistentes:

- Dra. Valeria Tolosa ²
- Dr. Bruno Garbarino ²

Ciclo de Metodología Científica II - 2022

Grupo 94

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2022 - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

² Clínica Ginecotológica A - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen	3
Abstract	3
Introducción	5
Objetivos	8
Materiales y métodos	8
Diseño, lugar y tiempo de estudio.	8
Población y consideraciones	9
Formulario FSFI	10
Resultados	10
Discusión	14
Conclusión y perspectivas	15
Consideraciones éticas	16
Agradecimientos	17
Bibliografía	18
ANEXOS	20
Anexo 1	20
Anexo 2	21
Anexo 3	22
Anexo 4	28

Resumen

Introducción: La disfunción sexual (DS) es un importante efecto adverso en los tratamientos para el cáncer ginecológico. Se estima que la incidencia de esta problemática es alta y su abordaje escaso.

Objetivos: Describir la frecuencia de disfunción sexual en pacientes sobrevivientes de cáncer ginecológico no mamario que finalizaron su tratamiento primario.

Metodología: Participaron 50 mujeres asistidas en la Unidad de Ginecología Oncológica de la Clínica Ginecotológica A, del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se incluyeron pacientes con cáncer ginecológico no mamario con tratamiento primario completado y con actividad sexual en las últimas 4 semanas. Se aplicó el cuestionario "Índice de Función Sexual Femenina" (FSFI), considerando un puntaje menor o igual a 26 como disfunción sexual.

Resultados: De las pacientes a las cuales se les aplicó el FSFI 54,1% presentaron DS. En cuanto a los subgrupos de pacientes que difieren en el tratamiento recibido, se observó que en aquellas pacientes que recibieron radioterapia 60% tenían DS y de las que fueron operadas 63,1%.

Conclusión: No observamos diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de disfunción sexual en los subgrupos de la población estudiada, lo cual entendemos que se explicaría por el tamaño muestral. De todas formas, el análisis descriptivo sugiere una tendencia hacia el aumento de la presencia de disfunción sexual en aquellas pacientes con determinados tratamientos o tipos tumorales.

Abstract

Introduction: Sexual dysfunction (SD) is an frequently overlooked side effect of gynecological cancer treatments. It is estimated to have a high incidence and is scarcely addressed. This has been associated with being a low priority subject when it comes to follow-up examinations, becoming a background problem.

Objectives: Describe the frequency of sexual dysfunction in gynecological non mammary cancer survivors patients who complete their primary treatment.

Methodology: Participants were 50 women receiving assistance at the Gynecology Oncology Unit of the Gynecology Clinic A, of the “Centro Hospitalario Pereira Rossell”.

Patients with non mammary gynecological cancer were included once they completed their primary treatment as well as having an active sexual life in the last four weeks. “The Female Sexual Function Index” was applied, considering a score of 26 or less as sexual dysfunction.

Results: 54% of the surveyed patients presented SD. Patient response was influenced by treatment received: 60% of radiotherapy patients and 63.1% of those who underwent surgery had SD, respectively.

Conclusion: On this study, we did not observe statistically significant differences in the prevalence of sexual dysfunction in the subgroups of the population studied, which we understand would be explained by the size of the sample. In any case, the descriptive analysis allows us to see a trend towards an increase in the presence of sexual dysfunction in those patients with certain tumor types or certain treatments.

Introducción

El cáncer es sin lugar a dudas un problema de salud a nivel mundial; su incidencia ha aumentado en los últimos años y en Uruguay es una de las principales causas de muerte en su población. Los cánceres ginecológicos más prevalentes en mujeres uruguayas son el cáncer de mama, cuello uterino, endometrio y ovario.

El cáncer de cuello uterino es el tercero en incidencia en la mujer tras el cáncer mamario y colorrectal, siendo diagnosticados anualmente unos 313 casos nuevos con una mortalidad anual de 130 mujeres.⁽¹⁾ Este es un cáncer con alta sobrevida vinculada al estadio y al momento del diagnóstico, entre otras variables, con una sobrevida global estimada de 25-30 años.⁽²⁾

El cáncer endometrial es el cáncer ginecológico más común en países desarrollados, y su incidencia se encuentra en aumento.⁽³⁾ A nivel mundial cada año se diagnostican 142.000 casos nuevos de cáncer endometrial, y se estima que fallecen 42.000 pacientes por esta causa. Las curvas de incidencia según la edad muestran que la mayor parte de los diagnósticos se realizan luego de la menopausia, con la mayor incidencia en la séptima década de vida.⁽⁴⁾

El 4to en incidencia dentro de los cánceres ginecológicos y también el de mayor letalidad es el cáncer de ovario. Aproximadamente el 75% se diagnostican en estadios avanzados, por lo que el pronóstico vital a largo plazo es malo con sobrevidas globales del 20 – 30% a los 5 años.⁽⁵⁾

Por último, el cáncer de vulva es poco frecuente y representa el 4% de todos los cánceres ginecológicos. Según los datos de la comisión honoraria de lucha contra el cáncer, en nuestro país, la incidencia anual ajustada es de 1.03/100.000 habitantes.⁽⁶⁾

Si bien se han logrado desarrollar múltiples tratamientos curativos para los distintos tipos de cánceres ginecológicos como son la radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y cirugía^(7, 8, 9); los mismos se acompañan de efectos adversos tales como la disfunción sexual, dispareunia, menopausia prematura y atrofia de los tejidos. El abordaje de estos efectos adversos pueden desplazarse del foco cuando la perspectiva es lograr la remisión de la enfermedad; he aquí la importancia del tema a desarrollar a continuación.

Entendiendo la salud no solo como la ausencia de enfermedad sino como el estado completo de bienestar físico, mental y social, es que el manejo de la sexualidad post tratamiento primario oncológico debe abordarse por parte de los equipos de salud como parte del tratamiento integral.

“Se ha comprobado que la sexualidad de una persona es intrínseca a su autopercepción, y puede ser una forma vital de expresión que ayuda a aliviar el sufrimiento, otorgar significado y mantener conexiones interpersonales al momento de enfrentarse a una enfermedad de esta magnitud. La sexualidad no se refiere solamente al acto físico, sino que abarca un espectro más amplio de conceptos, como identidad, roles y orientación de géneros, erotismo, placer e intimidad. No se trata solo de un comportamiento, sino que también es llevada a cabo mediante sentimientos y pensamientos.”⁽¹⁰⁾

Se han reportado a nivel internacional alteraciones en la sexualidad en las sobrevivientes de cáncer ginecológico que pueden deberse tanto a la instalación y progresión de la patología oncológica genital, como a una consecuencia del manejo terapéutico. Aquí es donde radica el valor de abordar esta temática en la consulta médica y desplazar temores vinculados.

La disfunción sexual en la mujer está definida como un conjunto de desórdenes de la libido, excitación, orgasmo y dispareunia, que genera malestar y dificultad interpersonal; es frecuentemente de etiología multifactorial, de origen psicológico y fisiológico. En concordancia con esto, la OMS define la disfunción sexual como las distintas formas en las que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como lo desearía.⁽¹³⁾

Se pueden identificar como elementos de disfunción sexual determinados signos dentro de los cuales se destacan el acortamiento de la vagina, estenosis vaginal, disminución de la elasticidad, disfunción ovárica prematura, fibrosis del tejido y disminución de los niveles de estrógeno en mujeres premenopáusicas. Por otro lado los síntomas mayormente reportados son la disminución de lubricación lo que conlleva a sequedad vaginal, dispareunia, entumecimiento de los labios, genitorragia, disminución de la libido, disminución de la satisfacción sexual y cambios en la imagen corporal. Cabe destacar que en la esfera psicológica se aprecian niveles elevados de ansiedad y depresión.⁽¹⁶⁾

Se sugiere la existencia de una relación entre los aspectos funcionales y psicosociales de la sexualidad y su concomitante repercusión en la calidad de vida de las pacientes sobrevivientes de cáncer ginecológico a causa de las terapias recibidas.^(14, 15)

La quimioterapia, radioterapia, el conjunto de ambos, o por el contrario diferentes modalidades quirúrgicas como histerectomía radical, salpingooforectomía u otros alteran la estructura y función del tracto genital femenino, sobre todo el tratamiento radiante y quirúrgico.

En las pacientes que reciben radioterapia comparado con aquellas que reciben otros tipos de tratamientos se observan sentimientos de pérdida de feminidad, atractivo sexual y confianza, a lo que se agrega preocupación por sangrados, dolor, sequedad, acortamiento y disminución de la elasticidad vaginal. Respecto a los cambios biomecánicos, se encuentran alteraciones de la pared vaginal por la transformación a tejido conectivo fibroso, sobre todo al recibir radioterapia externa. A consecuencia de esto, se presentan dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales y su capacidad de sentir placer.^(16, 17)

Desde el punto de vista quirúrgico, según el tipo de cáncer ginecológico que se presente se realizan resecciones del tejido correspondiente generando distintas repercusiones, entre estas disminución del deseo sexual y dispareunia principalmente.

Se ha descrito que los efectos adversos tales como la alteración de la excitación y la función orgásmica, se explican por la sección de las ramas nerviosas genito femorales resultado del trauma quirúrgico durante la disección de ganglios linfáticos pélvicos, lo que ocasiona la alteración del flujo sanguíneo vaginal. La dispareunia se explicaría por el acortamiento vaginal y la fibrosis.⁽¹⁸⁾

Dado que el cáncer de mama y su efecto en la sexualidad ha sido abordado en múltiples ocasiones por diferentes equipos, identificamos la necesidad e importancia de abarcar esta temática con respecto a los cánceres ginecológicos no mamarios siendo éstos los que asientan los órganos reproductores ubicados en la pelvis, e incluyen el cáncer de cuello uterino, endometrio, vagina, vulva, ovario, cuerpo uterino, entre otros.

Por lo tanto, habiendo mencionado la importancia del tema, es que se plantea la necesidad del profesional sanitario de intervenir para prevenir el deterioro de la calidad de vida sexual de las mujeres. Entendiéndose por calidad de vida, el ser o sentirse saludable e independiente, recuperando la vida, el bienestar psicológico y las relaciones sociales. ^(11, 12)

Objetivos

- General: Evaluar la sexualidad en mujeres sobrevivientes de cáncer ginecológico no mamario que finalizaron su tratamiento primario.
- Específicos:
 - Describir la frecuencia de la disfunción sexual en las pacientes con cáncer ginecológico asistidas en el CHPR y tratadas con radioterapia pélvica.
 - Comparar la presencia de disfunción sexual post tratamiento radiante según los diferentes tipos de cánceres ginecológicos.
 - Comparar la prevalencia de la disfunción sexual según el tratamiento recibido.
 - Evaluar si las pacientes perciben la disfunción sexual como un problema de salud.

Materiales y métodos

Diseño, lugar y tiempo de estudio.

Se realizó un estudio observacional descriptivo - prospectivo de tipo recolección de datos durante los meses de julio, agosto y septiembre del 2022. Se incluyeron pacientes que asistieron a la Unidad de Ginecología Oncológica de la Clínica Ginecotológica A, los días viernes y a las policlínicas del Servicio de Radioterapia los días lunes y martes de cada mes, del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

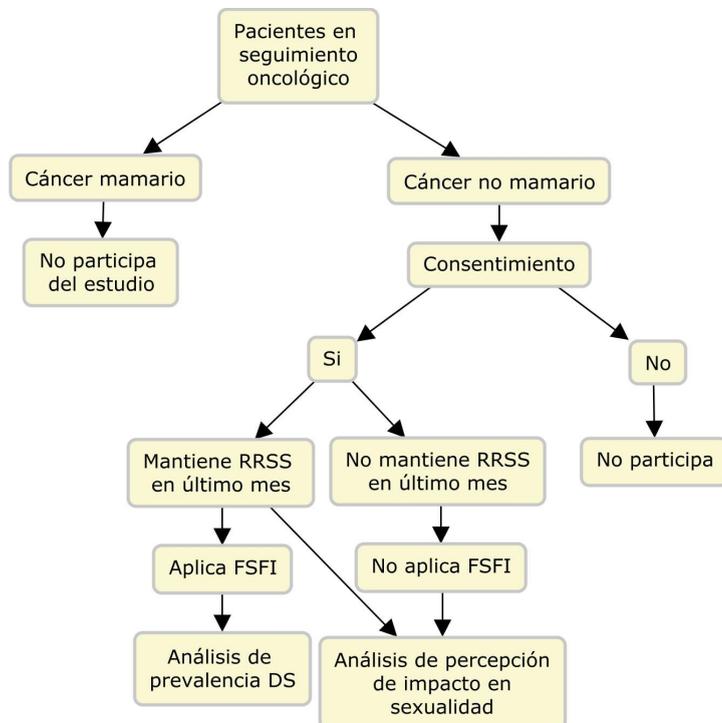
Población y consideraciones

La muestra incluyó pacientes sobrevivientes de cánceres ginecológicos (no mamarios) que finalizaron el tratamiento primario, a las cuales se les otorgó una hoja informativa sobre el proyecto (Anexo 1) y una vez que aceptaron formar parte del mismo firmaron el consentimiento informado. (Anexo 2)

Como criterios de inclusión se consideraron pacientes con cáncer ginecológico no mamario que finalizaron su tratamiento primario, asistidas en las Policlínicas de la Unidad de Ginecología oncológica de la Clínica Ginecotocológica A y en las Policlínicas de Radioterapia, del Centro Hospitalario Pereira Rossell, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Todas fueron entrevistadas respecto a sus antecedentes, su actividad sexual en los últimos 12 meses.

Aquellas que mantuvieron relaciones sexuales en el último mes se aplicó la encuesta estandarizada y validada al idioma español de “Índice de Función Sexual Femenina”.



Formulario FSFI

Se aplicó la encuesta “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSFI) desarrollado por Rosen y cols.⁽¹⁹⁾ Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (Anexo 3); cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad.

Consideramos Disfunción Sexual (DS) un puntaje menor a 26 , siendo Ausencia de Disfunción Sexual (NDS) a puntajes superiores a 26 inclusive. (Anexo 4)

Resultados

Se logró entrevistar a 50 pacientes en seguimiento que se encontraban entre los 23 y 81 años de edad con una media de 51,7 años. Las características de la población general incluida en el trabajo se muestran en la Tabla 1.

De las pacientes incluidas en el estudio se pudo apreciar que el cáncer de cuello de útero y de endometrio son los de mayor prevalencia en esta población, con un 64% y un 28% respectivamente. Quedando en segundo plano el cáncer de ovario (10%) y el cáncer de vulva (6%).

Tabla 1. Características de la población de estudio.

N=50		Edad 51,7 (13,98)	
		n	%
Nivel educacional	Primaria incompleta	3	6
	Primaria completa	39	78
	Secundaria completa	7	14
	Terciaria completa	1	2
Estado civil	Unión estable	3	6
	Casada	12	24
	Divorciada	10	20
	Viuda	5	10

	Soltera	20	40
Tabaquista	Si	8	16
	No	25	25
	Ex TBQ	17	34
AGO	Nulípara	2	4
	1 hijo	8	16
	2 o más hijos	40	80
Topografía tumoral	Cuello	32	64
	Endometrio	14	28
	Ovario	5	10
	Vulva	3	6
Tratamiento primario	Con RT	36	72
	Sin RT	14	28
	Con C	34	68
	Sin C	16	32

TBQ: tabaquismo AGO: antecedentes gineco-obstetricos RT: radioterapia C: cirugía

De estas pacientes, 72% fueron tratadas con radioterapia como tratamiento primario, mientras que el 28% no lo recibieron en su tratamiento. Se destaca por otro lado que el 68% de las pacientes se sometieron a cirugía como tratamiento primario.

De las usuarias entrevistadas 56% notaron cambios en su actividad sexual luego del diagnóstico y expresaron que la actividad sexual se vio afectada por su tratamiento. Tabla 2.

Tabla 2. Actividad sexual

N=50	n	%
Nota cambios en AS	28	56
Diagnóstico influyó en AS	28	56

AS: actividad sexual

De las 50 pacientes entrevistadas, 48% mantuvieron una sexualidad activa durante el último mes, siendo posible la aplicación del formulario FSFI. De estas pacientes, 54,1% presentaron disfunción sexual (DS) y 45,8% no (NDS). Tabla 3

Respecto a la topografía del tumor primario, se observó que en las pacientes con cáncer de cuello uterino el 56,3% presentan DS; por otro lado la mitad de las pacientes con cáncer de endometrio y de ovario presentan esta disfunción.

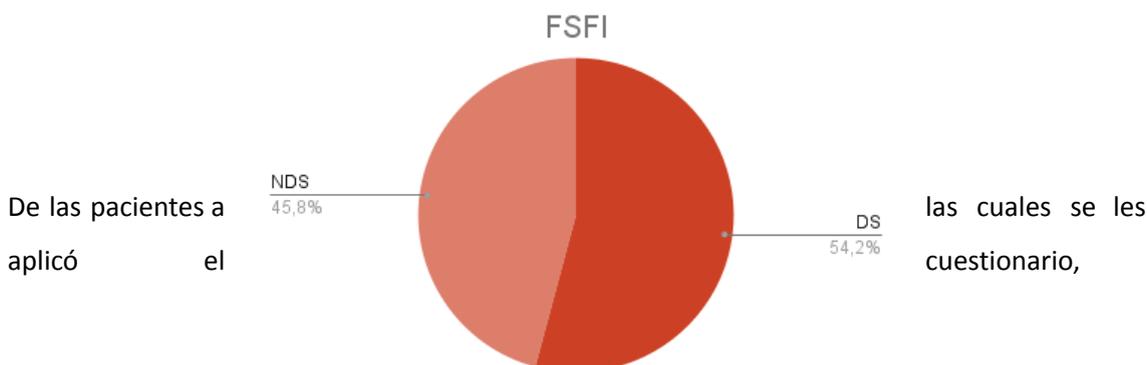
Cabe destacar que del total de las pacientes encuestadas, no se encontró ninguna con cáncer de vulva.

Tabla 3. Prevalencia de disfunción sexual en la población sexualmente activa en el último mes.

N=24		n	%
Formulario aplicado		24	100
FSFI menor a 26		13	54,1
FSFI mayor a 26		11	45,8
Según tumor			
Cuello	DS	9	37,5
	NDS	7	29,1
Endometrio	DS	3	12,5
	NDS	3	12,5
Ovario	DS	1	4,1
	NDS	1	4,1
Vulva	DS	0	0
	NDS	0	0

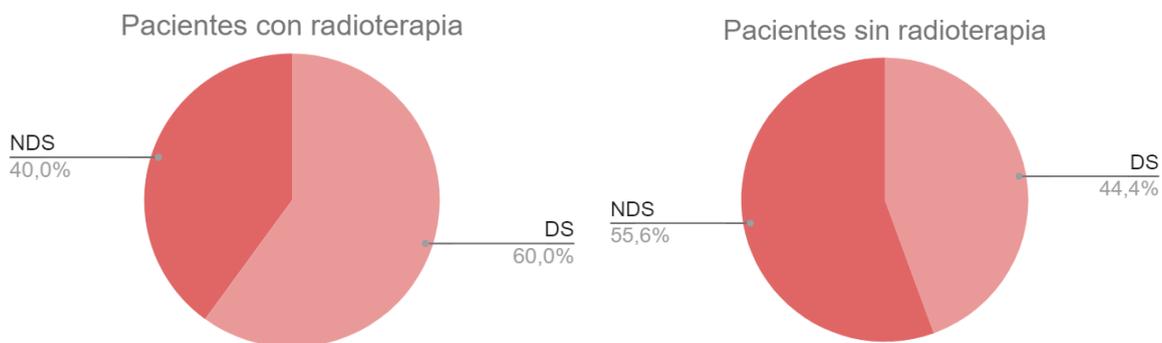
DS: disfunción sexual NDS: no disfunción sexual

Fig 1. Prevalencia de disfunción sexual en la población estudiada



62.5% recibieron radioterapia de las cuales el 60% tienen DS y 40% no. Del 37.5% que no recibieron radioterapia en su esquema de tratamiento 44,4% tenían DS y el 55,5% no. Tabla 4

Fig 2. Prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratadas con radioterapia



De las pacientes sometidas a cirugía, el 63,1% presentan DS, comparado con un 20% en las pacientes que no recibieron la cirugía en su tratamiento primario. Tabla 5

Fig. 3 Prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratadas con cirugía

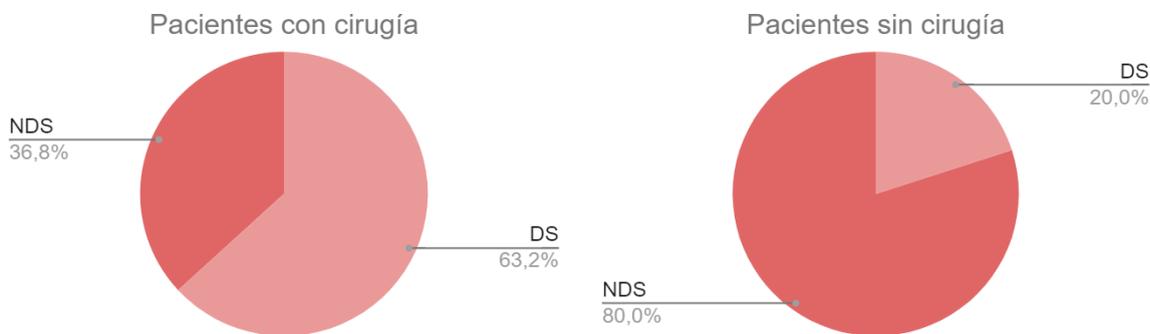


Tabla 4. Prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratadas con radioterapia

Según tratamiento		n	%
Con RT (N=15)	DS	9	60
	NDS	6	40
Sin RT (N=9)	DS	4	44,4
	NDS	5	55,5

RT: radioterapia DS: disfunción sexual NDS: no disfunción sexual

Tabla 5. Prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratadas con cirugía

Según tratamiento		n	%
Con C (N=19)	DS	12	63,1
	NDS	7	36,8
Sin C (N=5)	DS	1	20
	NDS	4	80

C: cirugía DS: disfunción sexual NDS: no disfunción sexual

Discusión

Durante el periodo de recolección de datos logramos registrar la información de 50 pacientes de entre 23 y 83 años con una media poblacional de 51,7.

Los cánceres que se registraron fueron en su mayoría de cuello de útero, seguido por endometrio y ovario y en último lugar el cáncer de vulva.

En lo que respecta a los tratamientos observados se vio que las modalidades de tratamiento eran tan variadas como pacientes había. Se encontraron diferentes combinaciones de cirugía (C), radioterapia (RT), quimioterapia (QT), braquiterapia (BT) y hormonoterapia (HT). En este trabajo nos centramos en aquellas combinaciones que contaban con RT y/o QT.

De las 50 pacientes que acordaron participar del estudio, más de la mitad notó cambios en su sexualidad, refiriendo cambios en la AS post tratamiento, y más de la mitad manifestó cambios en su sexualidad tras recibir el diagnóstico de cáncer.

De las pacientes captadas en las diferentes policlínicas 24 fueron candidatas a aplicar el cuestionario FSFI.

Una vez realizado el mismo, vimos que la mitad de las pacientes tienen DS, la cual se atribuye ya sea al diagnóstico y/o al tratamiento. De estas pacientes, la DS marcó mayor presencia en aquellas con cáncer de cuello uterino, mientras que en las pacientes con cáncer de ovario o endometrio la proporción de DS y NDS fue la misma.

En lo que refiere a las modalidades de tratamiento se hizo una distinción del total entre aquellas que recibieron RT o no y luego nuevamente sobre el total se dividieron a las pacientes entre aquellas que pasaron por un acto quirúrgico y las que no. Cabe destacar que hayan recibido una u otra terapia no descarta que el tratamiento primario haya sido una combinación de RT y/o C sumada a quimioterapia, braquiterapia y/o hormonoterapia.

En estos subgrupos se vio que el 60% de las pacientes que recibieron radiación como parte de su tratamiento primario presentan DS. Del subgrupo que recibió cirugía se vio que el 63,1% de las pacientes tienen DS al momento de la entrevista.

Nuestro objetivo principal fue evaluar qué pacientes presentaron DS y si el tipo de cáncer y/o el tratamiento recibido influyó en la prevalencia de la misma, esperando observar diferencias en los distintos subgrupos (radioterapia o cirugía). Esto no se observó en nuestro estudio. Creemos que debido a restricciones temporales no se pudo llegar a una muestra que evidenciara diferencias significativas entre los grupos pautados. De todas formas, más allá de que la evidencia estadística no fue concluyente, se observó una tendencia donde ciertos tipos de cáncer o tratamiento afectan la sexualidad más que otros.

En lo que respecta a aquellas pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión para aplicar la encuesta IFSF (es decir haber mantenido relaciones sexuales en el último mes), se realizó una encuesta no estandarizada que incluía preguntas respecto a la percepción de su sexualidad, si el diagnóstico influyó en la misma, o si el tratamiento influyó en la misma.

Las razones para el cese de las RRSS de estas pacientes eran variadas, e incluyen no tener pareja en el momento del estudio, diagnóstico y tratamientos recientes, falta de interés o miedo.

Conclusión y perspectivas

En el transcurso de 3 meses, se incluyeron 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, de las cuales 56 % expresó percibir cambios en su actividad sexual previo al diagnóstico y/o tratamiento.

A 24 de ellas se les aplicó la encuesta IFSF observando disfunción sexual en el 54.1%.

En esta ocasión no observamos diferencias estadísticamente significativas en prevalencia de disfunción sexual en los subgrupos de la población estudiada. De todas formas, el análisis descriptivo nos permite ver una tendencia hacia el aumento de la presencia de disfunción sexual en aquellas pacientes con ciertos tipos tumorales o determinados tratamientos.

De esta forma, creemos que es relevante seguir estudiando este fenómeno en el futuro, aumentando el tiempo de estudio y sobre todo el tamaño muestral para así poder llegar a datos más concluyentes.

Más allá de los objetivos propios de este estudio, nos parece de suma importancia darle notoriedad al hecho de que la disfunción sexual en pacientes oncológicas es una realidad y la misma debe ser abordada como un punto esencial del tratamiento en el proceso hacia la recuperación de aquellas mujeres que la padecen.

Consideraciones éticas

Este estudio cumple con los principios éticos de trabajos de investigación médica de la 18ª Asamblea Médica Mundial de la Declaración de Helsinki, Finlandia, junio de 1964, revocada en la 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia en octubre del 2000.

Fue aprobado por Comité de ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell, y el protocolo inscripto en el Ministerio de Salud Pública de Uruguay con el número 7143650.

Se solicitó consentimiento informado oral y escrito de todas las pacientes, cumpliendo con el Código de ética médica de Núremberg, publicado en Alemania 1947. La participación fue voluntaria. Quienes se negaron a participar fueron excluidos.

No existe conflicto de interés, los investigadores y los participantes no perciben beneficios económicos.

Riesgo de los participantes: la realización de este estudio no confiere ningún riesgo a las pacientes.

Participación de minorías: ninguna minoría será excluida por su raza, etnia o religión.

Todas las participantes seleccionadas deberán ser mayores de 18 años.

Agradecimientos

Expresamos agradecimiento al Servicio de Radioterapia del Centro Hospitalario Pereira Rossell y al Dr. De Rosa y la Dra. Castaño quienes colaboraron en la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Resumen Estadístico - CERVIX 2014-2018 [Internet] Uruguay Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer 2022 [citado 6 enero 2022]. Disponible en: [RESÚMENES ESTADÍSTICOS para los cánceres más frecuentes. \(comisioncancer.org.uy\)](http://comisioncancer.org.uy)
2. Urrutia MT, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(5):368-377.
3. Crosbie J, et al. Endometrial cancer. Lancet. 2022 Apr 9;399(10333):1412-1428.
4. Amant F, Moerman P, Neven P, Timmerman D, Van Limbergen E, Vergote I. Endometrial Cancer. The Lancet. 2005 Aug 6-12;366(9484):491-505.
5. Resumen Estadístico - OVARIO 2014-2018 [Internet] Uruguay Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer 2022 [citado 6 enero 2022]. Disponible en: [RESÚMENES ESTADÍSTICOS para los cánceres más frecuentes. \(comisioncancer.org.uy\)](http://comisioncancer.org.uy)
6. Laufer, D. J. Quimioterapia neoadyuvante en cáncer de. Revista de Oncología Médica (2016). 60. 17-22
7. Bober S, Block S, Jane Givens J. Sexuality in palliative care.
8. Small, W, et al. Cervical cancer: A global health crisis. Cancer (2017), 123: 2404-2412.
9. Roett M, Evans P. Ovarian cancer: an overview. Am Fam Physician. 2009 Sep 15;80(6):609-16.
10. Rogers L, Cuello M. Cancer of the vulva. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Oct;143 Suppl 2:4-13.
11. Bober S, Block S, Givens J. Sexuality in palliative care.
12. Silva-Muñoz MA. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Feb [citado 2022 Nov 13] ; 85(1): 74-98. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000100074&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000100074>.
13. Zeng YC, Ching SSY, Loke AY. Quality of life measurement in women with cervical cancer: Implications for Chinese cervical cancer survivors. [Internet] 2010 (consultado mayo 2022) 8(30) doi: [10.1186/1477-7525-8-30](https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-30)

14. Basson R, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000 Mar;163(3):888-93.
15. Vanlerberghe E, Sedda A-L, Ait-Kaci F. Cancers de la Femme, sexualité et approche du couple. *Bulletin Du Cancer* (2015), 102(5): 454-462.
16. Pereira N, & Schattman GL. Fertility Preservation and Sexual Health After Cancer Therapy. *J. Oncol. Pract.* (2017) 13(10): 643–651.
17. Lee JT, Kuo HY, Huang KG, Lin JR, Chen ML Diversity of sexual activity and correlates among women with gynecological cancer. *Gynecol Oncol* 2020 Nov;159(2): 503-508.
18. Matanes E, Linder R, Lauterbach R, Mick I, Matanis J, Abdah-Bortnyak R, Reiss A, Amit A, Lowenstein L. The impact of radiation therapy on vaginal biomechanical properties. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 Sep;264: 36-40.
19. Wallin E, Falconer H, F Rådestad A Sexual, bladder, bowel and ovarian function 1 year after robot-assisted radical hysterectomy for early-stage cervical cancer *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 Nov;98(11): 1404-1412.
20. Rosen R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* Apr-Jun 2000;26(2):191-208.

ANEXOS

Anexo 1

HOJA INFORMATIVA PARA LAS USUARIAS

Usted está siendo invitada a participar del estudio **“Evaluación de la sexualidad en mujeres sobrevivientes de cáncer ginecológico asistidas en CHPR”**.

Se trata de un estudio llevado a cabo por el equipo de la Unidad de Ginecología Oncológica de la Clínica Ginecotocológica A y estudiantes de medicina del último año de la carrera Doctor en medicina de la UdelaR.

Su participación es voluntaria.

Los **Objetivos de la investigación son** : Evaluar la sexualidad en mujeres sobrevivientes de cáncer ginecológico no mamario que finalizaron su tratamiento primario.

- Describir la frecuencia de la disfunción sexual en las pacientes con cáncer ginecológico asistidas en el CHPR y tratadas con radioterapia pélvica.
- Comparar la presencia de disfunción sexual post tratamiento radiante según los diferentes tipos de cánceres ginecológicos.
- Comparar la prevalencia de la disfunción sexual según el tratamiento recibido.
- Evaluar si las pacientes perciben la disfunción sexual como un problema de salud.

Para cumplir estos objetivos usted deberá responder una serie de preguntas y se le aplicará una encuesta validada internacionalmente .

Se podrá retirar en cualquier momento del estudio por su sola voluntad

Este estudio no tendrá beneficio para su salud, sino que nos ayudará a comprender mejor esta problemática en Uruguay y los resultados del mismo podrán utilizarse para publicaciones académicas o para realizar políticas de salud

Toda la información que se obtenga de usted será manejada con estricta confidencialidad.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

....., oriental, de años de edad, de estado civil....., titular de la Cédula de Identidad , de profesión, domiciliado en, declaro mi condición de participante voluntaria para la realización del estudio **“Evaluación de la sexualidad en mujeres sobrevivientes de cáncer ginecológico asistidas en CHPR”**.

En este acto declaro asimismo que:

- a) He sido informada en forma clara y acabada de los objetivos de dicho estudio, y la metodología que será empleada.
- b) He sido especialmente informado de mi derecho a retirarme de este estudio por mi sola voluntad y sin explicación de causas, sin otras consecuencias jurídicas que la pérdida de las remuneraciones o beneficios que se hubieran pactado y de la subsistencia del deber de reserva estipulado seguidamente.
- c) He sido informado asimismo de que el estudio que me realizan no tendrá ningún beneficio directo para mi salud pero que sí será importante la realización de este estudio, para evaluar la incidencia de la problemática en Uruguay.
- d) Asumo el compromiso de dar tratamiento confidencial a toda información que me sea proporcionada o que obtenga como consecuencia en ocasión del presente estudio, guardando el más estricto secreto respecto de la misma con relación a cualquier tercero. A los efectos del presente documento, se entiende por tercero a toda persona distinta del investigador o su patrocinante. Asimismo declaro que he sido apercibido en que, en caso de incumplir este deber de reserva, me expondré a las acciones civiles y penales que pudieren corresponder y seré responsable

Anexo 3

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas

lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

La excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- _ No tengo actividad sexual
- _ Muy alto
- _ Alto
- _ Moderado
- _ Bajo
- _ Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha

- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- _ Muy satisfecha
- _ Moderadamente satisfecha
- _ Ni satisfecha ni insatisfecha
- _ Moderadamente insatisfecha
- _ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)

- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

Anexo 4

PUNTAJE DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1-2	1-5	0,6	1, 2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14-16	0-5	0,4	0,8	6
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
			Rango total	2	36