



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO

Instituto Nacional de Perinatología
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

**“IMPACTO DE LA DISFUNCIÓN DEL
PISO PÉLVICO SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL”**

T E S I S

Que para obtener el Título de:
**ESPECIALISTA EN
UROLOGÍA GINECOLÓGICA**

Dr. Luis Fernando González Venegas
Alumno

Dra. Silvia Rodríguez Colorado
Profesora titular del curso de especialización
Directora de Tesis

Dra. Viridiana Gorbea Chávez
Asesora Metodológica



México, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**“Impacto de la disfunción del
piso pélvico sobre la función sexual”**



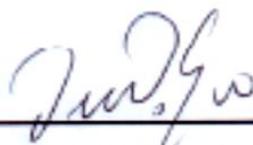
DR. ENRIQUE ALFONSO GÓMEZ SÁNCHEZ

Director de Educación en Ciencias de la Salud
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes



DRA. SILVIA RODRIGUEZ COLORADO

Profesora titular del Curso de Especialización en Urología Ginecológica
Directora de Tesis
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHAVEZ

Asesora metodológica
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

ÍNDICE

Contenido:	Página:
▪ Planteamiento del problema – Pregunta de investigación	4
▪ Antecedentes Bibliográficos	4
▪ Justificación	10
▪ Hipótesis	10
▪ Variables	11
▪ Material y Método	12
▪ Resultados	15
▪ Discusión	18
▪ Conclusiones	22
▪ Bibliografía	22

Título.

Impacto de la disfunción del piso pélvico sobre la función sexual.

Planteamiento del problema y pregunta de investigación.

La disfunción del piso pélvico repercute negativamente sobre la función sexual.

¿Cuál es la frecuencia de disfunción sexual en mujeres con disfunción del piso pélvico?

Antecedentes bibliográficos.

Desde 1960 Masters y Johnson fueron de los primeros en estudiar la función sexual, describiendo un modelo lineal de la respuesta sexual en la que se incluyen cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Las observaciones específicas de la respuesta sexual femenina han considerado que dicha respuesta sigue un modelo circular en el que intervienen elementos como la excitación sexual, el deseo y la satisfacción. (1,2)

Con el paso de los años se ha reconocido que la salud sexual de la mujer juega un papel importante en su calidad de vida aunque su abordaje diagnóstico aun es complejo. (3,4)

La disfunción sexual femenina (DSF) se define como un trastorno del deseo sexual y de la respuesta en el ciclo sexual. La Asociación Americana de Psiquiatría

clasifico la DSF en: trastornos del deseo, de la excitación, del orgasmo y en dolor sexual. (5,6) La DSF es multifactorial, guarda relación con la edad y es un problema progresivo. (7)

Los datos relacionados a la prevalencia de la DSF es muy variable, se han reportado cifras que van desde el 8 % hasta el 75 %, la amplitud del rango sugiere una aparente dependencia del lugar y de los elementos que se consideran para establecer el diagnóstico. (8)

En un estudio realizado en Estados Unidos del 19 al 50 % de las mujeres sanas tenían disfunción sexual y no estaban satisfechas sexualmente del 68 al 75%.(9)

Existen múltiples factores psicológicos, físicos, sociales y ambientales que pueden alterar la función sexual (10). La disfunción del piso pélvico (DPP) es un fuerte factor que contribuye a la disfunción sexual con prevalencias variables, la principal disfunción con impacto negativo sobre la función sexual es el prolapso de órganos pélvicos en cualquiera de los compartimentos. (11)

La disfunción del piso pélvico y su relación con la función sexual puede enmarcarse en tres escenarios: 1) mujeres con DPP y una vida sexual auto percibida como normal, en las cuales la selección del tratamiento ideal debe considerar el posible impacto que pueda tener en la función sexual, 2) mujeres con problemas sexuales que originan ansiedad, la cuales presentan DPP: en estas pacientes es importante determinar en qué medida la DPP interviene en la alteración sexual, 3) mujeres sin actividad sexual por la DPP.(12)

El impacto de la DPP sobre la función sexual ha recibido poca atención, sin embargo hasta el 68 % de las mujeres evaluadas por un uro ginecólogo admiten disfunción sexual. Múltiples estudios prospectivos han demostrado que el prolapso y la incontinencia afectan negativamente la función sexual. (13–16)

La incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos los cuales afectan hasta un tercio de las mujeres pre menopáusicas y hasta el 45% de las mujeres posmenopáusicas (17) alterando de manera global el bienestar de las mujeres que los padecen(18), con un impacto sobre la sexualidad, originando desde dificultad para el acto sexual hasta el abandono de las relaciones sexuales. (19)

El efecto de estos trastornos en la función sexual de la mujer ha sido poco estudiado, la mayoría de los esfuerzos se centra en la curación de la incontinencia o del prolapso dejando de lado el impacto sobre la función sexual.(20) Se realizaron dos estudios, uno en Norte América (21) y otro realizado en el Reino Unido(22), con el objetivo de determinar si los medico uro ginecólogos evaluaban la función sexual de sus pacientes como parte de una evaluación integral de la disfunción del piso pélvico, encontrando que la mayoría de los médicos admitieron que era importante la evaluación de la función sexual pero solo la mitad de ellos lo evaluaban de manera rutinaria.

En un trabajo epidemiológico de evaluación de mujeres sometidas a una histerectomía, la incontinencia urinaria se relacionó con libido baja, resequedad vaginal y dispareunia, mientras que el prolapso de órganos pélvicos no se relacionó a ninguno de los parámetros sexuales estudiados.(15) Sin embargo

Handa demostró que el prolapso de órganos pélvicos es una causa frecuente de inactividad sexual, ya que observaron que muchas mujeres sexualmente activas experimentaron mejoría en la función sexual después de la sacrocolpopexia y se tendía menos a evitar la relaciones sexuales.(23)

La mejor manera de evaluar el impacto de los trastornos del piso pélvico sobre la salud sexual es por medio del uso de cuestionarios validados, los cuales son útiles para evaluar el impacto del padecimiento y la eficacia de los tratamientos otorgados.(24)

Entre dichos cuestionario existe *The Female Sexual Function Index* (FSFI) que es una escala multidimensional para la auto evaluación de la función sexual en mujeres. Incluye 19 preguntas que tienen como objetivo evaluar seis dominios de la función sexual incluyendo: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y el dolor. Cada dominio se califica en una escala del 0 al 5, las puntuaciones más altas indican mejor función sexual en cada dominio. (25)

Según lo publicado en la literatura se requiere un punto de corte en la puntuación del FSFI para la evaluación de la DSF, el cual varía según el grupo étnico y la zona geográfica asociándose principalmente a las diferencias culturales y educacionales. Wiegel fue el primero en proponer un punto de corte en 26.55 puntos en mujeres estadounidenses y de 3.6 puntos en cada dominio estableciendo que valores inferiores a estos puntos son altamente sugestivos de disfunción (25). Considerando dicha propuesta varios autores han encontrado diversas prevalencias a lo largo del mundo entre ellos: Witting 32.6 %, Finlandia

(26), Echevarry 30%, Colombia (27), Singh 73.2 %, India (28), Chedrawi 55.7 %, Ecuador (29) e Ibrahim 52.8 %, Egipto (30). Song evaluó a 504 mujeres coreanas con un punto de corte de 25 puntos encontrando una prevalencia del 43.5%.(31)

El FSFI se ha validado en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) diagnosticando disfunciones sexuales femeninas entre las que se incluyen: trastorno hipo activo del deseo sexual, trastorno de la excitación sexual y trastorno orgásmico sexual femenino. (32) Una de las debilidades del uso de FSFI es que no fue diseñado para evaluar específicamente el impacto de la DPP sobre la función sexual.(24)

En una población de mujeres con IU y otros trastornos del tracto urinario inferior, incluyendo la cistitis intersticial y las infecciones recurrentes del tracto urinario, la prevalencia de la disfunción sexual femenina utilizando el FSFI fue del 46%, con alteraciones en el deseo, lubricación, satisfacción y dolor, sin diferencias en la excitación o el orgasmo. (33) Existen validaciones al español del FSFI como la validación realizada en un estudio chileno en el que se consideró como un instrumento adecuado para evaluar la sexualidad.(34)

The Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-31), fue creado por Rogers (35) 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) con una puntuación máxima de 124 puntos. Tiene como finalidad evaluar tres dominios que incluyen el dominio conductual emotivo que mide la frecuencia de actividad sexual, la tasa de

orgasmos y de satisfacción; el dominio físico que incluye preguntas específicas sobre el efecto de la incontinencia y el prolapso sobre la función sexual y el dominio que evalúa la relación de pareja. Posteriormente, el mismo grupo de autores presentó la versión reducida a 12 preguntas del mismo cuestionario (PISQ-12).(36)

Los resultados del PISQ se traducen en relación al total de la puntuación, de tal forma que puntuaciones altas en el PISQ reflejan una mejor función sexual. Rogers y cols.(35) al correlacionar el PISQ-31 con un cuestionario de síntomas de depresión en el cual el espectro de la depresión incluye falta de libido y disfunción sexual, los siguientes puntos de corte tuvieron una adecuada sensibilidad y especificidad para disfunción sexual: 83 en la puntuación global, 23 en el dominio conductual emotivo, 30 en el dominio físico y en el de relación de pareja, a pesar de esta correlación no se ha establecido una puntuación para la normalidad, sin embargo en una población sana en la que se validó el cuestionario se observó una media de 94 puntos.

El PISQ-12 tiene una puntuación máxima de 48 puntos, y se puede convertir a la puntuación de la versión larga al multiplicar por 2.58 el total de puntos obtenidos. En otro estudio que busco establecer valores de referencia con el PISQ 12 observo que las mujeres sexualmente activas sin intervención del POP o IU fue de 40 puntos.(37) En las mujeres con disfunción sexual y POP o IU al ser evaluadas por medio del PISQ el dominio que más se ha visto afectado ha sido el dominio físico.(16) El PISQ se ha utilizado con mayor frecuencia para evaluar la función sexual después de la cirugía reconstructiva del piso pélvico, con un aumento de

puntajes en alrededor del 70%.(32) Existe una versión en lengua española del cuestionario PISQ que se desarrolló en EEUU para hispanos residentes en el país.(38)

Justificación.

Existen importantes diferencias culturales en relación a la función sexual con respecto a las distintas poblaciones. Por lo que no es correcto extrapolar los resultados, hallados en la literatura, sobre el impacto de la disfunción del piso pélvico sobre la función sexual femenina obtenidos en poblaciones distintas a nuestra población, ni a nuestras pacientes.

Hipótesis.

- La frecuencia de disfunción sexual en mujeres con disfunción del piso pélvico es mayor a la población general.
- Al evaluar la repercusión de la disfunción del piso pélvico sobre la función sexual por medio del FSFI, las fases de deseo, lubricación satisfacción y dolor son las más alteradas.
- El dominio físico de la función sexual evaluado por medio del PISQ es el dominio más frecuentemente alterado en mujeres con disfunción del piso pélvico.

Variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
<i>Disfunción sexual</i>	Trastorno del deseo sexual y de la respuesta en el ciclo sexual.	≤ 55 puntos totales en el FSFI y/o ≤ 83 puntos totales en el PISQ-31	Cualitativa nominal Dependiente	Nominal 1. Si 2. No
<i>Disfunción del piso pélvico</i>	Conjunto de entidades clínicas que tienen como etiología el defecto del soporte anatómico o el daño a la inervación de los músculos, de la fascia endopélvica y de su contenido.	Presencia de incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvico y/o incontinencia anal	Cualitativa nominal Independiente	Nominal 1. Si 2. No
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Número de años cumplidos al momento de la medición	Cuantitativa discreta	Intervalo 20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 – 59
<i>Paridad</i>	Número total de embarazos cuya vía de nacimiento fue vaginal	Número total de partos vaginales	Cuantitativa discreta	Razón 0, 1, 2, 3....
<i>Prolapso de órganos pélvicos</i>	Descenso de una o más de los siguientes elementos: la pared vaginal anterior, la pared vaginal posterior, el útero (cérvix) o el ápex vaginal (cúpula vaginal)	Descenso \geq grado II en alguno de los compartimentos del piso pélvico	Cualitativa ordinal	Ordinal 1. No prolapso 2. Grado II 3. Grado III 4. Grado IV

<i>Incontinencia urinaria</i>	Pérdida involuntaria de orina	Pérdida involuntaria de orina al esfuerzo o por urgencia repentina	Cualitativa ordinal	Ordinal 1. No incontinencia 2. Incontinencia urinaria de esfuerzo 3. Incontinencia urinaria de urgencia 4. Incontinencia urinaria mixta
<i>Menopausia</i>	Cese permanente de la menstruación asociado a la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular	Ausencia del ciclo menstrual por más de 1 año asociado a síndrome climatérico	Cualitativa nominal	Nominal 1. Si 2. No
<i>Terapia hormonal de reemplazo</i>	Medicación utilizada para el tratamiento de síntomas derivados de la deficiencia estrogénica en la mujer post menopaúsica	Uso de medicamentos para síntomas vasomotores y/o atrofia urogenital	Cualitativa nominal	Nominal 3. Si 4. No
<i>Escolaridad</i>	Grado máximo de estudios recibidos	Máximo nivel de estudios a término	Cualitativa ordinal	Ordinal 1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Técnica 5. Licenciatura

Material y método.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se incluyeron pacientes que acudieron por primera vez a consulta de enero a diciembre 2002 a

la clínica de urología ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de incontinencia urinaria de cualquier tipo, prolapso de órganos pélvicos con estadio \geq II según el sistema de cuantificación POP Q y/o incontinencia anal, escolaridad mínima primaria, pareja sexual estable y que hallan contestado completamente los cuestionarios que evaluaron la función sexual. Se excluyeron las pacientes con diagnóstico previo de enfermedad orgánica (no uroginecológica) que pudiera condicionar la respuesta sexual en cualquiera de sus fases.

De cada una de las pacientes se consignó su historial médico y antecedentes sexuales, se sometieron a una exploración uroginecológica (exploración de reflejos perineales, prueba de la tos, cuantificación de prolapso de órganos pélvicos, tacto vaginal bimanual, tacto rectal, determinación de insuficiencia perineal y Gossling) y se aplicaron cuestionarios de calidad de vida y de función sexual.

La función sexual se evaluó aplicando la validación al español de dos cuestionarios: *The Female Sexual Function Index* (FSFI)(34) y *The Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-31)(38), cada uno se auto administraron previa explicación detallada de las preguntas por el entrevistador quien sugirió el llenado completo de los mismos.

El FSFI es un instrumento de auto evaluación de la función sexual en mujeres, incluye 19 preguntas para evaluar los seis dominios de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, cada pregunta se califica en

una escala del 0 al 5; utilizamos la propuesta de Sidi y cols. (39) de tal forma que una puntuación total ≤ 55 puntos fue el punto de corte para clasificar a las mujeres con disfunción sexual, los puntos de corte para diagnosticar un trastorno en cada dominio se establecieron en: ≤ 5 en deseo, ≤ 9 en excitación, ≤ 10 en lubricación, ≤ 4 en orgasmo, ≤ 11 en satisfacción y ≤ 7 en dolor.

Se aplicó el PISQ de 31 preguntas el cual es un instrumento fiable, válido, auto-administrado y específico para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia (urinaria o fecal), evaluando tres dominios: el dominio conductual emotivo que mide la frecuencia de actividad sexual, la tasa de orgasmos y de satisfacción; el dominio físico que incluye preguntas específicas sobre el efecto de la incontinencia y el prolapso sobre la función sexual y un dominio que evalúa la relación de pareja. Cada pregunta se califica en una escala del 0 al 5, el puntaje total se calcula con la suma de todas las preguntas y el puntaje por dominio se obtiene sumando los puntos de las preguntas que integran cada uno de los dominios. Las puntuaciones altas en el PISQ reflejan una mejor función sexual. Rogers y cols.(35) al correlacionar el PISQ con un cuestionario de síntomas de depresión en el cual el espectro de la depresión incluye falta de libido y disfunción sexual, los siguientes puntos de corte tuvieron una adecuada sensibilidad y especificidad para disfunción sexual: 83 en la puntuación global, 23 en el dominio conductual emotivo, 30 en el dominio físico y en el de relación de pareja, por lo cual son los puntos que utilizamos es nuestro estudio.

Se realizó estadística descriptiva expresando los resultados en medias \pm desviación estándar y porcentajes. Análisis bivariado para comparar el puntaje

total de ambos cuestionarios entre las mujeres con y sin disfunción sexual aplicando prueba de *t* student. Las diferencias entre los grupos de edad en ambos instrumentos fueron evaluadas con ANOVA de un factor. Se evaluó el impacto independiente de algunas variables sobre la sexualidad (Edad > 44 años, menopausia, mejor escolaridad definida como mayor a la básica, incontinencia urinaria mixta y prolapso de órganos pélvicos > II) definiendo como “casos” a las mujeres que presentaban disfunción sexual en cada uno de los cuestionarios y como “controles” a aquellas que no la presentaban. Se hizo la correlación entre ambos cuestionarios por la correlación de Pearson. Se considero significativo un valor de $p < 0.05$. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 14.

Resultados.

De un total de 79 mujeres, 50 cumplieron con los criterios de selección, de las cuales sus características demográficas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas.

Variable	n = 50
Edad (Media \pm DE) (Rango - años)	42.6 \pm 6.56 (25 – 56)
Paridad (Mediana) (Rango)	3 (0 – 5)
Escolaridad n (%)	
Primaria	8 (16)
Secundaria	16 (32)
Bachillerato	14 (28)
Técnica	11 (22)
Licenciatura	1 (2)
Prolapso de órganos pélvicos n (%)	
Sin prolapso	8 (16)
I	6 (12)
II	34 (68)
III	2 (4)

Compartimento prolapsado (42)	37 (88)
Anterior	3 (7)
Medio	2 (5)
Posterior	
Incontinencia urinaria (IU) n (%)	
Continentes	4 (8)
IU de esfuerzo	20 (40)
IU de urgencia	2 (4)
IU mixta	24 (48)
Menopausia n (%)	14 (28)
Terapia hormonal de reemplazo	10 /14 (71)

No encontramos diferencias al analizar por grupos de edad el puntaje total obtenido en ambos cuestionarios, así como los puntajes individuales en cada dominio (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados del PISQ-31 y del FSFI

Grupo de edad	PISQ 31 *	FSFI *	Deseo *	Excitación *	Lubricación *	Orgasmo *	Satisfacción *	Dolor *
20 – 29	81.27 ± 16.41	62 ± 11.3	4.5 ± 3.53	15.5 ± 0.7	11 ± 1.41	7 ± 4.24	12.5 ± 3.53	11.5 ± 2.12
30 – 39	87.48 ± 20.32	50.3 ± 9.53	5.21 ± 1.53	11.09 ± 2.5	10.09 ± 1.13	8.36 ± 2.33	9.66 ± 3.9	5.91 ± 3.5
40 – 49	85.39 ± 14.48	53.84 ± 11	4.55 ± 1.95	11.31 ± 4.9	10.93 ± 2.21	9.15 ± 1.91	11.33 ± 3.49	6.57 ± 3.51
50 – 59	93.24 ± 10.98	53.86 ± 9.37	4.71 ± 1.38	11.14 ± 3.57	10.86 ± 1.06	9.57 ± 2.37	11.29 ± 3.25	6.29 ± 1.89
Total	86.79 ± 15.4	53.4 ± 10.48	4.72 ± 1.82	11.41 ± 4.21	10.74 ± 1.86	8.95 ± 2.15	11.01 ± 3.53	6.58 ± 3.38
p**	0.638	0.514	0.789	0.588	0.643	0.358	0.534	0.194

* Media ± DE ** ANOVA

Entre las 50 mujeres estudiadas al aplicar el FSFI, 27 mujeres (54 %) fueron catalogadas con disfunción sexual (DS) con una media total de puntos de 46.11 ± 8.31 vs 61.95 ± 4.65 del grupo catalogadas sin DS (p <0.001). Los dominios más afectados en las pacientes con DS fueron los de deseo y lubricación (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados del FSFI por dominio en mujeres con DS

	n = 27, n (%)	Puntos totales (Media ± DE)
<i>Deseo</i>	22 (81.5)	4.12 ± 1.51
<i>Lubricación</i>	20 (74.1)	9.74 ± 1.58
<i>Satisfacción</i>	18 (66.7)	9.27 ± 3.52
<i>Dolor</i>	16 (59.3)	6.52 ± 3.53
<i>Excitación</i>	14 (51.9)	8.81 ± 3.24
<i>Orgasmo</i>	2 (7.4)	7.65 ± 2.06

Los resultados del PISQ-31 mostraron que 22 mujeres (44 %) tuvieron puntuaciones por debajo del punto de corte establecido lo que sugiere inadecuada función sexual, de las cuales el 68 % presentaron prolapso de órganos pélvicos grado \geq II y el 95.5 % incontinencia urinaria. La puntuación media de estas mujeres fue de 72.24 ± 9.18 vs 98.22 ± 7.56 de las mujeres sin afección en la función sexual ($p < 0.0001$). El dominio más afectado fue el emotivo – conductual (Tabla 4).

Tabla 4. Dominio afectado según resultados del PISQ 31

Dominio	n = 22, n (%)
Emotivo – Conductual	17 (77.3)
Relación de pareja	9 (40.9)
Físico	8 (36.4)

Los factores asociados a DS según los resultados obtenidos en cada uno de los cuestionarios se muestran en la tabla 5 y 6.

Tabla 5. Factores de riesgo de disfunción sexual según resultados de FSFI

Factores de riesgo	n (%)	OR	IC (95 %)
Edad > 44 años	14 (51.9)	0.98	0.32 – 3.0
Menopausia	6 (22.2)	0.53	0.15 – 1.86
Mejor escolaridad	17 (63)	2.64	0.84 – 8.31
IUM	14 (51.9)	1.4	0.45 – 4.28
POP > II	20 (74.1)	1.25	0.36 – 4.3

Tabla 6. Factores de riesgo de disfunción sexual según resultados de PISQ 31

Factores de riesgo	n (%)	OR	IC (95 %)
Edad > 44 años	14 (63.6)	2.33	0.74 – 7.34
Menopausia	5 (22.7)	0.62	0.17 – 2.20
Mejor escolaridad	12 (54.5)	1.2	0.39 – 3.67
IUM	12 (54.5)	1.6	0.52 – 4.92
POP > II	17 (77.3)	1.6	0.45 – 5.75

Al correlacionar ambos cuestionarios observamos que de las 27 mujeres catalogadas con DS por el FSFI el 66.7 % (n=18) presentaron puntuaciones bajas en el PISQ 31 con afección principalmente del dominio emotivo conductual en el 77.8 % (n=21). De las 22 mujeres con puntuaciones bajas en el PISQ-31 el 81.8 % (n=18) fueron catalogadas con DS en el FSFI con afección principalmente de los dominios de deseo y satisfacción en el 68.2 % (n=15). Encontrando una correlación de Pearson positiva (0.495) $p < 0.0001$.

Discusión.

La disfunción sexual es un problema común en la población en general, la Dra. Phillips (9) describe que en mujeres “sanas” en EUA la tasa es de hasta el 50 % datos que son similares a los reportados en dos estudios realizados en mujeres sin aparente disfunción del piso pélvico: Ibrahim y cols. (30) encontraron en Egipto una tasa del 52.8 % en mujeres entre 20 – 59 años, Chedraui y cols. (29) reportaron una tasa del 55.7 % en mujeres ecuatorianas entre 40 – 59 años, ambos utilizaron el FSFI como instrumento de evaluación.

Nuestra tasa (54 %) fue similar a la reportada por ellos utilizando el mismo instrumento de evaluación aunque nuestras pacientes si presentaban disfunción del piso pélvico. Es importante considerar que el FSFI no es un instrumento específico para evaluar la repercusión del prolapso y/o la incontinencia sobre la función sexual (24) lo cual puede detectar la misma tasa de DS en mujeres con y sin disfunción del piso pélvico tal como lo describe Fashokun (40) es su estudio en el cual no encontró diferencias en el puntaje total del FSFI entre mujeres con y sin disfunción del piso pélvico.

Los resultados que obtuvimos también son similares a los reportados por Handa (15) el cual observo que las molestias sexuales aunque fueron significativamente más frecuentes entre las mujeres con trastornos del piso pélvico encontró una tasa similar a estudios previos del 53,2%.

Sánchez y cols. encontraron resultados similares en nuestra población en dos estudios realizados en el Instituto Nacional de Perinatología utilizando un instrumento diferente denominado: *Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina*: en el 2005 (41) en mujeres aparentemente sanas reportaron una tasa de disfunción sexual del 52 % y en el 2008 (42) en mujeres con incontinencia urinaria reportaron una tasa del 46 %.

Por lo cual coincidimos con lo publicado en la literatura sin encontrar una tasa mayor de disfunción sexual en aquellas mujeres que presentan disfunción del piso pélvico.

Aunque estadísticamente no encontramos diferencias entre los diferentes grupos de edad al comparar los puntos totales del FSFI y de cada dominio, al igual que lo descrito por Berman (7) y por Blumel (34) quienes señala que la DS es un problema progresivo y el paso de los años se relaciona con una caída en el puntaje total afectando principalmente los dominios de deseo y excitación observamos en nuestra muestra que las mujeres menores de 30 años no presentaron DS ni alteración en los dominios de excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción o dolor.

Basados en las observaciones por Salonia (33) confirmamos nuestra hipótesis encontrando que los principales dominios afectados en las mujeres con DS y disfunción del piso pélvico fueron el deseo, la lubricación, la satisfacción y el dolor. Pocos estudios en la literatura han establecido un punto de corte en la puntuación del PISQ en cualquiera de sus dos versiones para el diagnóstico de trastorno sexual, su mayor utilidad se ha basado en observar los cambios de puntuación pre y postquirúrgico a procedimientos de reparación del piso pélvico y/o cirugías anti incontinencia. La Dra. Espuña y cols. (43) consideraron como punto de corte 70 puntos, encontrando una tasa del 89.2 % con trastorno sexual severo en una población con edad, paridad y estado menopaúsico similar a nuestra muestra. Sin embargo con el punto de corte establecido en nuestro estudio (83 puntos) la tasa de trastorno sexual fue tan solo del 44 %. Considerando que la mayoría de nuestras pacientes fueron pre menopáusicas la tasa de trastorno sexual no fue mayor ya que Kim (44) describió que la media de puntos en mujeres post menopáusicas fue de 64.5 ± 12.77 .

Las observaciones de Handa (16) y Rogers (20) señalaron que las mujeres con trastorno sexual, prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria al ser evaluadas por medio del PISQ los dominios que más se ven afectados son el físico y el de relación de pareja lo que no coincidió con nuestros resultados ni confirmo nuestra hipótesis.

Al considerar otros factores de riesgo asociados a la disfunción del piso pélvico para el desarrollo de disfunción sexual encontramos algunas similitudes con la literatura aunque nuestros resultados no mostraron relevancia estadística probablemente relacionada con el tamaño de la muestra. Al igual que Blumel (34) la edad > 44 años es un factor de riesgo, coincidimos con Sidi (39) al considerar factor de riesgo una escolaridad mayor a la básica y no encontramos lo establecido por Espuña (43) quien señalo que la menopausia es el factor de riesgo más importante. En nuestros resultados la incontinencia urinaria mixta y el prolapso de órganos pélvicos \geq II también fueron considerados factores de riesgo. Aunque la correlación entre ambos cuestionarios que observamos en nuestro estudio es baja, es importante considerar que es una correlación positiva, encontrando que las pacientes con DS en ambos cuestionarios coincidieron en tener afectados los dominios que evalúan el deseo para la frecuencia de actividad sexual, el orgasmo y la satisfacción.

Una de las grandes áreas de oportunidad en la investigación es establecer el punto de corte para el FSFI en nuestra población tanto en la puntuación global como en cada uno de los dominios. De igual forma el establecer puntos de corte para el PISQ-31 y PISQ-12 es un punto importante en investigaciones futuras.

Las fortalezas de nuestro estudio radican en la evaluación de la función sexual en mujeres mexicanas ya que las diferencias culturales en relación a la función sexual con respecto a las distintas poblaciones impide extrapolar los resultados de otras regiones y la utilización de ambos cuestionarios como instrumentos de evaluación así como la correlación entre ellos, lo cual no se ha descrito con claridad en la literatura. Nuestras debilidades radican en el tamaño de la muestra, la severidad de la disfunción del piso pélvico y la falta de comparación con población sana.

Conclusiones.

La tasa de disfunción sexual en mujeres con disfunción del piso pélvico en nuestra población varía entre el 44 – 54 % dependiendo del instrumento de evaluación utilizado. La función sexual debe ser parte integral de una evaluación uroginecológica pre operatoria y en el seguimiento de nuestras pacientes debemos evaluar el impacto de los diversos tratamiento que tienen sobre la salud sexual.

Bibliografía.

1. Johnson VE, Masters WH VE. The human female: anatomy of sexual response. Minn Med. 1960;43:31–6.
2. Basson R. Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction? J Sex Marital Ther. 2001;27(2):105–12.

3. Laumann EO. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17(1):39–57.
4. Amidu N, Owiredu WKBA, Woode E, Addai-Mensah O, Quaye L, Alhassan A, et al. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. *Reprod Biol Endocrinol Rbe.* 2010;8:106.
5. Ma J, Pan L, Lei Y, Zhang A, Kan Y. Prevalence of female sexual dysfunction in urban chinese women based on cutoff scores of the Chinese version of the female sexual function index: a preliminary study. *J Sex Med.* 2014;11(4):909–19.
6. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2000. 535–82 p.
7. Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Goldstein I. Female sexual dysfunction: anatomy, physiology, evaluation and treatment options. *Curr Opin Urol.* 1999;9(6):563–8.
8. Nowosielski K, Wróbel B, Sioma-Markowska U, Poręba R. Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females. *J Sex Med.* 2013;10(2):386–95.
9. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Fam Physician.* 2000 Jul 1;62(1):127–36, 141–2.

10. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357(8):762–74.
11. Eftekhar T, Sohrabi M, Haghollahi F, Shariat M, Miri E. Comparison effect of physiotherapy with surgery on sexual function in patients with pelvic floor disorder: A randomized clinical trial. *Iran J Reprod Med*. 2014 Jan;12(1):7–14.
12. Espuña Pons M. Sexual health of women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecology J*. 2009 May;20(S1):5–7.
13. Geiss IM, Umek WH, Dungal A, Sam C, Riss P, Hanzal E. Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. *Urology*. 2003 Sep;62(3):514–8.
14. Pauls RN, Segal JL, Silva WA, Kleeman SD, Karram MM. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006 Nov;17(6):576–80.
15. 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(3):751–6.
16. Rogers GR, Villarreal A, Kammerer-Doak D, Qualls C. Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12(6):361–5.

17. Brown JS, Posner SF, Stewart AL. Urge incontinence: new health-related quality of life measures. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(8):980–8.
18. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(12):1374–9.
19. Filocamo MT, Serati M, Frumenzio E, Li arzi Vincenzo, Cattoni E, Champagne A, et al. The impact of mid-urethral slings for the treatment of urodynamic stress incontinence on female sexual function: a multicenter prospective study. *J Sex Med.* 2011;8(7):2002–8.
20. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Qualls C, Olsen A, et al. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(5):e1–4.
21. Pauls RN, Kleeman SD, Segal JL, Silva WA, Goldenhar LM, Karram MM. Practice patterns of physician members of the American Urogynecologic Society regarding female sexual dysfunction: results of a national survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005 Dec;16(6):460–7.
22. Roos A-M, Thakar R, Sultan AH, Scheer I. Female sexual dysfunction: are urogynecologists ready for it? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009 Jan;20(1):89–101.

23. Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L, Nygaard I, Janz NK, Richter HE, et al. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(6):629.e1–6.
24. Omotosho TB, Rogers RG. Shortcomings/strengths of specific sexual function questionnaires currently used in urogynecology: a literature review. *Int Urogynecology J.* 2009 May;20(S1):51–6.
25. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1–20.
26. Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Höglund M, et al. Evaluation of the female sexual function index in a population based sample from Finland. *Arch Sex Behav.* 2008;37(6):912–24.
27. Echeverry MC, Arango A, Castro B, Raigosa G. Study of the prevalence of female sexual dysfunction in sexually active women 18 to 40 years of age in Medellín, Colombia. *J Sex Med.* 2010;7(8):2663–9.
28. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med.* 2009;55(2):113–20.
29. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric J Int Menopause Soc.* 2009;12(3):213–21.

30. Ibrahim ZM, Ahmed MR, Sayed Ahmed WA. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(6):1173–80.
31. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick J-S, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young Korean women: an internet-based survey. *J Sex Med.* 2008;5(7):1694–701.
32. Kammerer-Doak D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J.* 2009 May;20(S1):45–50.
33. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol.* 2004 May;45(5):642–648; discussion 648.
34. Blümel M. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev chil obstet ginecol.* 2004;69(2):118 – 125.
35. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Mar;184(4):552–8.
36. Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14(3):164–8.

37. Aschkenzi SO, Botros SM, Beaumont J, Miller JJ, Gamble T, Sand PK, Goldberg RP. Use of the Short Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire for Female Sexual Dysfunction in a general population. *Obstet Gynecol.* 2008;111(4S):10S.
38. Romero AA, Hardart A, Kobak W, Qualls C, Rogers R. Validation of a Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire. *Obstet Gynecol.* 2003;102(5 Pt 1):1000–5.
39. Sidi H, Puteh SEW, Abdullah N, Midin M. The Prevalence of Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Malaysian Women. *J Sex Med.* 2007;4(2):311–21.
40. Fashokun TBO, Harvie HS, Schimpf MO, Olivera CK, Epstein LB, Jean-Michel M, et al. Sexual activity and function in women with and without pelvic floor disorders. *Int Urogynecology J.* 2013;24(1):91–7.
41. Sanchez C. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental.* 2005;28(4):74 – 80.
42. Sánchez C. Diagnóstico y alternativas de tratamiento de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria. *Ginecol Obstet Mex.* 2008;76(11):635– 42.
43. Espuña Pons M. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión

española del “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12).”*Actas Urol Esp.* 2008;32(2):211 – 219.

44. Kim SR, Moon YJ, Kim SK, Bai SW. Changes in sexual function and comparison of questionnaires following surgery for pelvic organ prolapse. *Yonsei Med J.* 2014;55(1):170–7.