



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:
Ginecología y obstetricia

“Características de la función sexual en mujeres con disfunción del piso
pélvico”

TRABAJO DE INVESTIGACION: Clínica

PRESENTADO POR:
Mayra Guadalupe Avila Herrera

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
Ginecología y obstetricia

DIRECTOR DE TESIS:
Dr. Jesus Gerardo Lara Figueroa

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., Febrero 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:
Ginecología y obstetricia

“Características de la función sexual en mujeres con disfunción del piso
pélvico”

TRABAJO DE INVESTIGACION: Clínica

PRESENTADO POR:
Mayra Guadalupe Avila Herrera

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
Ginecología y obstetricia

DIRECTOR DE TESIS:
Dr. Jesus Gerardo Lara Figueroa

Febrero 2020

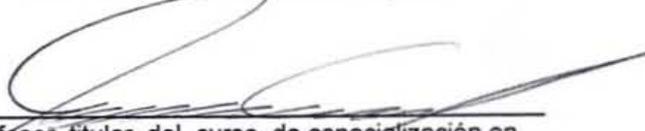
"Características de la función sexual en mujeres con disfunción del piso
pélvico"



Autor: Mayra Guadalupe Avila Herrera

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles



Profesor titular del curso de especialización en
ginecología y obstetricia

Vo. Bo.

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano



Directora de formación, actualización médica e investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

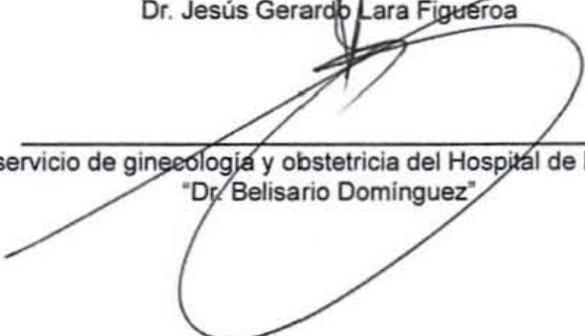
"Características de la función sexual en mujeres con disfunción del piso
pélvico"



Autor: Mayra Guadalupe Avila Herrera

Vo. Bc.

Dr. Jesús Gerardo Lara Figueroa



Jefe de servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades
"Dr. Belisario Domínguez"

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su apoyo incondicional y siempre creen en mí.

INDICE

Introducción.....	1
Material y Métodos.....	33
Resultados.....	42
Discusión.....	66
Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	75
Referencias bibliográficas.....	76

RESUMEN

La función sexual está relacionada con patología del piso pélvico, siendo ésta un aspecto importante en la vida de las mujeres, la IUGA desarrolló el PISQ-IR, para evaluar la función sexual en mujeres con disfunción del piso pélvico.

Objetivo. Identificar las características de la función sexual en pacientes con disfunción del piso pélvico.

Material y Métodos. Estudio descriptivo transversal. Se aplicó el cuestionario de función sexual PISQ-IR a todas las mujeres que acudieran a consulta externa del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” con diagnóstico de disfunción de piso pélvico, en abril de 2019.

Resultados. De las pacientes sexualmente activas, 6.2% presentó prolapso de órganos pélvicos y 59.4% incontinencia urinaria. Las no sexualmente activas 37.5% presentó prolapso de órganos pélvicos y 31.2% incontinencia urinaria. 43.8% de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos presentaron disfunción sexual mientras 90.6% de las pacientes que las pacientes con disfunción sexual presentaron incontinencia urinaria. El área principal de disfunción sexual en mujeres sexualmente activas y no sexualmente activas fue la calidad global.

Conclusión. La mayoría de mujeres con disfunción del piso pélvico presentan algún grado de disfunción sexual, presentando un alto impacto en su vida.

Palabras claves.- Disfunción sexual, disfunción del piso pélvico, PISQ-IR.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social que se relaciona con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia⁵. La actividad sexual en las mujeres es importante por muchas razones diferentes, incluyendo la fuerte necesidad de intimidad emocional.

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, la disfunción sexual femenina (DSF) incluye trastornos del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo y trastornos sexuales por dolor genitopélvico o penetración. Existe una asociación entre disfunción sexual femenina y una pobre salud física, mental y un deterioro en la calidad de vida. Desde el punto de vista clínico es importante tener en cuenta distintos factores que influyen en la salud sexual, el papel del contexto interpersonal, social y de la salud mental son importantes, pero también lo son la enfermedad crónica y la salud sexual de la pareja. Los efectos de la enfermedad sobre la función sexual pueden ser mediados directamente por los mecanismos fisiológicos o por factores psicológicos relacionados con la enfermedad. El tratamiento en sí de la propia enfermedad puede afectar la función sexual. La comorbilidad de las mujeres con disfunción sexual es muy común, y en el marco de la evaluación de

la disfunción sexual es necesario evaluar factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de esta. ¹

La sexualidad femenina es multifactorial, se basa en factores biológicos, psicosexuales y contextuales (dinámica de pareja o la familia), aspectos socioculturales y factores del desarrollo. La respuesta sexual femenina se basa en tres componentes básicos: deseo, excitación y orgasmo. La sexualidad también es multisistémica porque la respuesta sexual humana requiere de una integridad en los sistemas endocrino, vascular, muscular, inmunológico. La salud sexual femenina requiere de la interacción de tres dimensiones importantes: la identidad sexual, la función sexual y las relaciones sexuales. Los problemas sexuales pueden ocurrir por "insatisfacción" con integridad potencial de la respuesta fisiológica, pero con frustración emocional afectiva. Así como por "disfunción" con o sin modificaciones patológicas o, bien, por patología originada por problemas biológicos, por ejemplo, enfermedades del piso pélvico. Las disfunciones sexuales femeninas se consideran síndromes porque reaccionan a múltiples manifestaciones como consecuencia de diferentes causas, por lo que ameritan que el diagnóstico y tratamiento sea multi-disciplinario.²

Basson introdujo un modelo circular basado en la intimidad para ayudar a explicar la naturaleza multifactorial de la respuesta sexual de la mujer, tomando en cuenta observaciones que muestran que a menudo ésta no sigue una trayectoria lineal. Su modelo reconoce la compleja interacción de la intimidad emocional, los estímulos sexuales, los factores psicológicos y la

satisfacción con la relación, que determina la respuesta sexual. También introduce el concepto de neutralidad sexual y deseo responsivo (la idea de que las mujeres pueden no estar motivadas por deseo espontáneo y que el deseo resulta de la excitación en el contexto de una relación amorosa) y constituye la base de los criterios del DSM-V del Trastorno de la Excitación y del Interés Sexual Femenino. ³

La última edición del DSM ha revisado la clasificación de la disfunción sexual femenina. El trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) y el trastorno de la excitación femenina se han combinado en una categoría, al igual que la dispareunia y el vaginismo, mientras que el trastorno de aversión al sexo ha sido eliminado. El trastorno orgásmico femenino permanece sin cambios. Varios criterios, entre ellos la angustia personal y la duración y la gravedad de los síntomas, contribuyen a un diagnóstico preciso y al tratamiento recomendado.

l) Trastornos del deseo sexual:

- Deseo Sexual Inhibido (DSI): es la inhibición persistente y profunda del deseo sexual, siendo la libido anormalmente baja. Sugiere la anulación del apetito sexual. Generalmente existe una etiología psíquica.
- Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH): Es la disminución o ausencia de fantasías eróticas y deseos de actividad sexual en forma persistente o recurrente. Se caracteriza por actitudes y comportamientos tendientes a la evitación y el rechazo sexual, falta de iniciativa, baja frecuencia de

relaciones sexuales, ausencia de frustración si se les priva de mantenerlas, escasa respuesta a la estimulación genital o respuesta luego de un esmerado y persistente estímulo

- Deseo Sexual Hiperactivo: deseo casi constante de practicar alguna actividad sexual que interfiere con las actividades cotidianas de la mujer. Existen dificultades en controlar o postergar la necesidad de satisfacción sexual.
- Aversión al sexo: se trata de una fobia sexual simple. Es el miedo persistente, excesivo e irracional y deseo compulsivo de evitar sensaciones y/o experiencias sexuales. Se caracteriza por una evitación activa del contacto sexual genital con la pareja acompañado de angustia y ansiedad anticipatoria. El miedo surge al intentar una relación sexual y puede centrarse en algún aspecto particular del sexo.

II) Trastorno de la excitación:

Es el equivalente de la disfunción eréctil masculina. Es la incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación, vasocongestión genital como la tumescencia de los labios mayores, menores y del clítoris, o de la invaginación por dilatación de los dos tercios internos de la vagina, ante un estímulo adecuado en tipo, intensidad y duración hasta la terminación de la actividad sexual. Este trastorno generalmente se acompaña de varias disfunciones sexuales como deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, entre otras.

III) Trastorno del orgasmo:

Se caracteriza por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad sexual normal. Es importante destacar que las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo.

IV) Trastornos sexuales por dolor:

- **Dispareunia:** Es sinónimo de coito doloroso. Se caracteriza por el dolor genital persistente o recurrente antes, durante o después de una relación sexual. Se debe descartar un vaginismo o que solo sea causa de una lubricación insuficiente por inadecuada preparación de la mujer durante el juego previo. Puede responder a problemas orgánicos como inflamaciones o infecciones genitales, vaginales o del tracto urinario (vulvitis, vaginitis, uretritis, cistitis), disminución en la producción de estrógenos durante la menopausia, cicatrices dolorosas en la entrada de la vagina, lesiones o traumatismos dolorosos del aparato genital o como consecuencia de tratamientos oncológicos de radioterapia. También se puede experimentar dolor por la fuerte presión sobre la uretra durante el coito, manipulación excesiva, brusca o inadecuada del clítoris, reacciones alérgicas a desodorantes íntimos, espumas y geles anticonceptivos, a preservativos de látex, a lubricantes íntimos inadecuados. Entre las causas psicológicas puede responder a la falta de educación sexual, desconocimiento de la anatomía y fisiología genital y de la respuesta sexual, primeras

experiencias coitales dolorosas que desarrollaron ansiedad y tensión muscular ante la proximidad del coito, contracción espasmódica del tercio externo vaginal, inadecuada relajación y dilatación, lográndose la penetración pero siendo esta dolorosa.

- Vaginismo: Se caracteriza por la contracción espasmódica e involuntaria, recurrente o persistente de la musculatura perivaginal y del tercio externo, que imposibilita la penetración, así como la introducción de cualquier objeto como dedos, tampones o espéculos. El dolor es referido específicamente al intento de penetración, con sensaciones de presión intensa, de estar “cerradas”, “como si hubiera una pared”, asociado a un alto nivel de ansiedad, tensión muscular y fundamentalmente temor al dolor. Al examen ginecológico de la paciente pueden observarse: espasmos involuntarios de los músculos perineales, arqueamiento de la espalda, contracción de los aductores de los muslos y un importante estado de ansiedad y nerviosismo.

De acuerdo a la international continence society, la disfunción sexual como síntoma, es una desviación de la sensación y / o función normal experimentada por una mujer durante la actividad sexual.

- Dispareunia: queja de dolor persistente o recurrente o malestar asociado con el intento o la penetración vaginal completa.
- Dispareunia superficial (introital): queja de dolor o malestar en la entrada vaginal o en el introito vaginal

- Dispareunia profunda: queja de dolor o molestia en la penetración más profunda (vagina media o alta)
- Relaciones sexuales obstruidas: queja de que la penetración vaginal no es posible debido a una obstrucción
- Laxitud vaginal: queja de excesiva laxitud vaginal

La prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas¹¹ en una muestra de 384 pacientes señala que 52% de las mujeres tiene alguna disfunción sexual, 23.4% disritmia, 22.6% deseo sexual hipoactivo y 21% inhibición de la excitación.

En otro estudio descriptivo de la AMSSAC en el que se evaluaron 57 mujeres, se documentó anorgasmia mayor de 30%, excitación inhibida en más de 25% y deseo hipoactivo 25%.²

Una vez que se tenga la queja o, bien, después de un análisis de la historia clínica que muestra alguna disfunción sexual, el primer paso es descartar la enfermedad orgánica. De las alteraciones orgánicas asociadas están todas las enfermedades metabólicas que alteran la respuesta sexual, padecimientos hormonales, depresión, menopausia, embarazo y lactancia, padecimientos neuronales, trastornos psiquiátricos, abuso de alcohol, tabaquismo, otras sustancias psicoactivas, enfermedades autoinmunitarias, etcétera. La temporalidad se clasifica en primaria cuando la disfunción ha persistido toda la vida del individuo. Se denomina secundaria cuando el problema aparece después de un periodo de funcionamiento normal.²

Existen diferentes causas orgánicas que afectan la función sexual, como las cardiopatías que implican astenia y adinamia; o la artritis que limita los movimientos y el deterioro de la imagen corporal que se presenta en el hiperandrogenismo, mastectomías o cirugías mutilantes. En el manejo adecuado de estas enfermedades puede haber mejoría notable en la respuesta sexual; por ejemplo, en la paciente con incontinencia urinaria que después de su manejo médico o quirúrgico tiene una respuesta sexual adecuada. Al igual que los padecimientos, algunos fármacos que se indican para su tratamiento pueden producir efectos adversos en la respuesta sexual, lo que conduce a los pacientes al abandono del tratamiento, como algunos antipsicóticos y antidepresivos. Algunos anticonceptivos hormonales combinados disminuyen el deseo y favorecen la resequedad vaginal (tasa de abandono de 30 a 40% en el primer año), en estos casos se puede cambiar a medicamentos con sólo gestágenos o recurrir a otro método anticonceptivo. Entre las causas no orgánicas de disfunciones sexuales femeninas se incluye la problemática de pareja, las alteraciones en el desarrollo psico- sexual y los ambientes sociales restrictivos.²

En 2008, la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) reunió un panel de expertos de todo el mundo para resumir la literatura sobre salud sexual en mujeres con trastornos del suelo pélvico (PFP) y para evaluar los instrumentos de medición de la función sexual que se utilizan actualmente. Como resultado, la IUGA emprendió el proceso de desarrollar una nueva escala de función

sexual basada en un marco multicultural para proporcionar un instrumento válido y confiable que permita la validación intercultural en múltiples idiomas y culturas: el cuestionario de función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos pélvicos, Incontinencia urinaria y/ o fecal (PISQ-IR), el cual mejora el rendimiento de los cuestionarios de función sexual anteriores (el PISQ original, la versión corta PISQ-12), porque es aplicable a las mujeres sin actividad sexual y también a aquellos con incontinencia anal.⁴

El objetivo en el desarrollo del PISQ-IR era crear una medida que pudiera usarse para evaluar la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y / o anal y / o prolapso de órganos pélvicos. Además, tratamos de incluir la evaluación del impacto de la disfunción del suelo pélvico en la decisión de una mujer de no ser sexualmente inactiva.

El instrumento original consta 2 subescalas: mujeres sexualmente activas y mujeres no sexualmente activas. Para las mujeres que son sexualmente activas, contiene 21 artículos que cubren seis dominios: excitación / orgasmo, afines a la pareja, condición específica, calificación de calidad global, impacto de la condición y deseo. Para las mujeres que no son sexualmente activas, contiene 12 elementos que cubren cuatro dominios: condición específica, relacionada con la pareja, calidad global e impacto de la condición. Se consideraron tres enfoques básicos para calificar el PISQ-IR: suma simple, suma

transformada y cálculo de la media. La suma simple es el proceso de sumar las respuestas a los elementos. En pacientes no sexualmente activas valora: aspectos relacionados con la pareja, factores específicos de la enfermedad o condición, calidad global de la función sexual e impacto de la patología. En las pacientes sexualmente activas valora: orgasmo: 4 incisos (7, 8, 10, 11), aspectos relacionados con la pareja: 3 incisos (13, 14a, 14b), factores específicos de la enfermedad o condición: 3 incisos (8a, 8b, 9), calidad global de la función sexual: 4 incisos (19a, 19b, 19c, 20a), impacto de la patología: 4 incisos (18, 10b, 10c, 20d) y deseo: 3 incisos (15, 16, 17).⁴

La suma transformada es un método de puntuación más complejo, pero controla los problemas de un número en la puntuación y proporciona una métrica de escala uniforme en todas las subescalas. El cálculo de la media es un método de puntuación relativamente simple en el que la suma de respuestas válidas se divide por el número de elementos con una respuesta válida.

Se recomienda se utilice un cálculo de la media para la puntuación de resumen. Si bien uno de los dos métodos se recomienda para calificar el PISQ-IR, ya sea un cálculo de la media o una suma transformada, el objetivo de la eficiencia en el cálculo de una puntuación de resumen se logra mejor utilizando un cálculo de la media en lugar de una suma transformada.

El cálculo de puntuación de resumen para la escala debe usar un cálculo de la media al sumar primero las respuestas válidas a los elementos en la escala y luego dividir el resultado por el número de elementos con respuestas válidas. Estos hallazgos se basan en el supuesto de que las reglas para generar una puntuación de subescala para el PISQ-IR aún se mantienen, es decir, se proporciona una respuesta válida para al menos la mitad de los ítems de la escala sexualmente activas. Los valores que faltan para un artículo no deben imputarse. Antes del cálculo de la puntuación media del resumen, los ítems 11, 14a, 14b, 16, 17, 18, 19a, 19b y 19c se invierten. Puntuaciones más altas reflejan mejor función sexual.

La disfunción del suelo pélvico, incluido el prolapso de órganos pélvicos (POP) y la incontinencia urinaria y fecal es bastante común y afecta aproximadamente al 50% de las mujeres, y aproximadamente el 11% recibe tratamiento quirúrgico para estos trastornos. ⁵

Se estima que del 3 % al 6 % de la población femenina desarrollará alguna de estas disfunciones en algún momento de su vida. En los Estados Unidos, alrededor de 10 millones de mujeres sufren algunas de las variedades antes mencionadas. ^{6, 7}

En Europa, según reportes del Grupo Español de Suelo Pélvico, 40 % de las féminas están afectadas; mientras que en África, 50 % de

las mujeres con partos fisiológicos presentan al menos una de dichas variantes. Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2050 un tercio de la población femenina de todo el mundo entre los 45 y 65 años de edad estará afectada por esta enfermedad.^{8, 9}

La International Continence Society (ICS) define la incontinencia urinaria como cualquier pérdida involuntaria de orina. La incontinencia urinaria se considera un problema de salud pública y afecta la calidad de vida de miles de mujeres. Otras disfunciones del suelo pélvico, como la incontinencia anal y el prolapso de los órganos pélvicos, generalmente se asocian con la IU que puede afectar negativamente la calidad de vida de las mujeres. Estas condiciones debilitantes interfieren con el bienestar social, aspectos psicológicos, ocupacionales y domésticos y también están relacionadas con las funciones sexuales¹⁰.

De acuerdo a la international continence society, la incontinencia urinaria es un síntoma, referente a la queja de pérdida involuntaria de orina. Ésta, puede ser por esfuerzo, que es la queja de pérdida involuntaria de orina por esfuerzo o esfuerzo físico (por ejemplo, actividades deportivas), o por estornudos o tos. O puede ser incontinencia de urgencia (urinaria), que es la queja de pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia.

Un signo es cualquier anomalía indicativa de enfermedad o problema de salud, detectable en el examen del paciente; una indicación objetiva de enfermedad; o un problema de salud.

Todos los exámenes para la incontinencia urinaria se realizan con la vejiga de la mujer llena. De acuerdo a la International Continence Society, los signos de incontinencia urinaria son:

- Incontinencia urinaria: observación de la pérdida involuntaria de orina en el examen: puede ser uretral o extrauretral.
- Incontinencia por esfuerzo (pérdida de estrés clínico): observación de fugas involuntarias de la uretra sincrónica con esfuerzo o esfuerzo físico, o al estornudar o toser.
- Incontinencia de urgencia: observación de una fuga involuntaria de la uretra sincrónica con la sensación de un deseo repentino y apremiante de anular que es difícil de diferir.
- Incontinencia extrauretral: observación de fugas de orina a través de canales distintos al meato uretral, por ejemplo, fístula.
- Incontinencia por estrés en la incontinencia (incontinencia de esfuerzo oculta): incontinencia por estrés solo observada después de la reducción del prolapso coexistente.

De acuerdo a la international continence society, la incontinencia anal como síntoma, es la queja de pérdida involuntaria de heces o flatos.

- La incontinencia fecal: queja de pérdida involuntaria de heces y esta puede ser a sólido o líquido

- Incontinencia fecal pasiva: defecar sin sensación o advertencia o dificultad para limpiarla

- Incontinencia fecal coital: ocurre durante el coito.

- Incontinencia a gases: queja de pérdida involuntaria de flatos.

La urgencia fecal (rectal): deseo repentino y convincente de defecar que es difícil de diferir.

La incontinencia de urgencia: pérdida involuntaria de gases o heces asociadas a urgencia.

El esfuerzo para defecar: queja de la necesidad de hacer un esfuerzo intensivo (por distensión abdominal o Valsalva) para ya sea iniciar, mantener o mejorar la defecación.

La sensación de evacuación incompleta: es la queja de que el recto no se siente vacío después de la defecación.

La disminución de la sensación rectal: queja de disminución o ausencia de sensación en el recto.

- Estreñimiento: es la queja de que los movimientos intestinales son infrecuente y / o incompleto y / o existe la necesidad de esfuerzos frecuentes o asistencia manual para defecar. (Criterios de Roma II)

- Prolapso rectal: queja de protrusión externa del recto.
- Sangrado / moco rectal: queja de pérdida de sangre o moco por el recto.

En el examen rectal, las observaciones pueden incluir:

- Tono y fuerza del esfínter anal: evaluación en el examen digital, como buena o mala en ausencia de cualquier evaluación cuantitativa.
- Desgarro del esfínter anal: puede reconocerse como una "brecha" clara en el esfínter anal en el examen digital.
- Confirmar la presencia o ausencia de rectocele: y, si es posible, diferenciarlo del enterocele.
- Diagnosticar deficiencia del cuerpo perineal.
- Confirmar la presencia o ausencia de impactación fecal.
- Otras lesiones rectales: intususcepción, fístula rectovaginal o tumor.
- Lesiones anales: hemorroides, fisuras.
- Otras lesiones perianales: fístula anocutánea

La estimación de la prevalencia del prolapso varía en función del método de evaluación. Los estudios epidemiológicos basados en la anamnesis señalan una prevalencia del 3-6%, que puede alcanzar el 50% si la evaluación se basa en la exploración física [9] El prolapso es un problema importante de salud pública debido a su frecuencia, su coste y su efecto sobre la calidad de vida. El número de pacientes

atendidas y operadas por un prolapso corre un riesgo considerable de aumentar en los años venideros debido al envejecimiento de la población. Wu et al han estimado que el porcentaje de mujeres intervenidas quirúrgicamente por un prolapso aumentará en un 47% entre 2010 y 2050. ¹¹

El prolapso de órganos pélvicos: el descenso de una o más de la pared vaginal anterior, la pared vaginal posterior, el útero (cérvix) o el vértice de la vagina (cúpula vaginal después de la histerectomía). La presencia de cualquiera de estos signos debe estar correlacionada con los síntomas POP relevantes. Más comúnmente, esta correlación ocurriría a nivel del himen o más allá.

De acuerdo a la international continence society, el prolapso de órganos pélvicos es una desviación de la sensación, estructura o función normal, experimentada por la mujer en relación con la posición de sus órganos pélvicos.

Los síntomas generalmente son peores en los momentos en que la gravedad puede empeorar el prolapso (por ejemplo, después de largos períodos de reposo o ejercicio) y mejor cuando la gravedad no es un factor, por ejemplo, estar en posición supina. El prolapso puede ser más prominente en momentos de esfuerzo abdominal, por ejemplo, defecación.

- Abultamiento vaginal: queja de un "bulto" o "algo que baja" hacia o a través del introito vaginal. La mujer puede decir que puede sentir el bulto, por palpación directa o verlo ayudado con un espejo.
- Presión pélvica: queja de aumento de pesadez en el área suprapúbica y / o la pelvis.
- Sangrado, secreción, infección: queja de sangrado vaginal, secreción o infección relacionada con dependientes, ulceración del prolapso.
- Digitación: queja de la necesidad de digitalmente recolocar el prolapso o al aplicar presión manual, por ejemplo, a la vagina o al perineo, o a la vagina o al recto, para ayudar a vaciar o defecar.
- Lumbalgia: queja de dolor de espalda bajo o sacro, asociado temporalmente con el prolapso de órganos pélvicos.

Todos los exámenes para el prolapso de órganos pélvicos deben realizarse con la vejiga de la mujer vacía (y, si es posible, con el recto vacío). Se ha demostrado que un aumento del volumen de la vejiga restringe el grado de descenso del prolapso. La elección de la posición de la mujer durante el examen, por ejemplo, lateral izquierdo (Sims), supina, de pie o litotomía, es la que mejor puede demostrar el prolapso en ese paciente y que la mujer puede confirmar, por ejemplo, mediante el uso de un espejo o palpación digital. El grado de prolapso puede ser peor al final del día (después

de un tiempo prolongado en la posición erecta) de lo que es antes en el día. El himen sigue siendo el punto de referencia fijo para la descripción del prolapso.

Los signos de prolapso de órganos pélvicos son:

- Prolapso uterino / cervical: observación del descenso del útero o del cuello uterino.

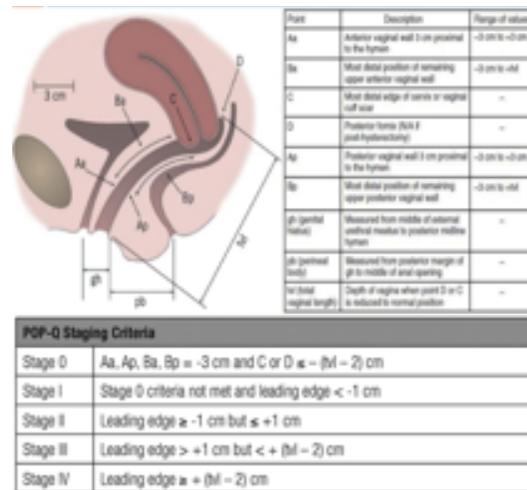
- Prolapso de la cúpula vaginal: observación del descenso de la cúpula vaginal (cicatriz de la cúpula después de una histerectomía).

13

- Prolapso de la pared vaginal anterior: observación del descenso de la pared vaginal anterior. Más comúnmente, esto se debe al prolapso de la vejiga (cistocele, ya sea central, paravaginal o una combinación). El prolapso de la pared vaginal anterior en etapa más alta generalmente involucrará descenso uterino o vaginal (si el útero está ausente). Ocasionalmente, puede haber formación de enterocele anterior (hernia de peritoneo y posiblemente contenido abdominal) después de una cirugía reconstructiva previa.

- Prolapso de la pared vaginal posterior: observación del descenso de la pared vaginal posterior. Más comúnmente, esto se debe a una protrusión rectal en la vagina (rectocele). El prolapso de la pared vaginal posterior de la etapa superior después de una histerectomía previa generalmente involucrará un descenso de la

cúpula vaginal y la posible formación de enterocele. La formación de enterocele también puede ocurrir en presencia de un útero intacto.



La estratificación del prolapso se realiza por medio del Pelvic Organ

Prolapse Quantification:

Estadio 0: No se demuestra prolapso.

Estadio I: La mayor parte de la porción distal del prolapso está más de 1 cm por encima del nivel del himen.

Estadio II: La porción más distal del prolapso es de 1 cm o menos proximal o distal al plano del himen.

Estadio III: La porción más distal del prolapso es más de 1 cm por debajo del plano del himen.

Estadio IV: Se demuestra la eversión completa de la longitud total del tracto genital inferior.

El papel de la incontinencia urinaria (IU) y prolapso de órganos pélvicos (POP) en la función sexual, al igual que cualquier problema uroginecológico crónico, no debe ser subestimado en relación con otros factores que se consideran más relacionados, como son la edad o la menopausia, y es importante considerar el papel que factores anatómicos- biológicos pueden tener en la respuesta sexual de la mujer [8]. Las consecuencias psicológicas de la patología del suelo pélvico pueden llegar a ser clínicamente relevantes y afectar la vida sexual, limitando la respuesta a la capacidad para iniciar relaciones sexuales o la propia respuesta sexual. Es importante conocer los efectos en la actividad y la función sexual secundario a los problemas uroginecológicos.

En general, la mayoría de las patologías que provocan la disfunción del piso pélvico afectan negativamente la salud sexual, y el tratamiento exitoso de esos problemas mejora la función, así como otras medidas de calidad de vida.

Se ha pensado que la extirpación del útero afecta la función sexual. En algunas mujeres, las contracciones uterinas rítmicas en el momento del orgasmo se perciben como placenteras, y la histerectomía produce la

pérdida de esa experiencia. Para las mujeres que se someten a una histerectomía por metrorragia u otra patología uterina, la resolución de la condición subyacente generalmente resulta en una mejor calidad de vida, incluida la función sexual. Hay tres ensayos que han comparado la histerectomía total con la histerectomía supracervical. Estos estudios han demostrado que no hay diferencia en el impacto en la salud sexual si el procedimiento de histerectomía es total o supracervical, si las mujeres saben si el cuello uterino ha sido extirpado o no. Dicho esto, si un paciente en particular se muestra inflexible. Al necesitar su cuello uterino para mantener la función sexual, debe dejarse intacto.

La ooforectomía en el momento de la histerectomía puede tener un impacto adverso en la salud sexual, especialmente en mujeres premenopáusicas. Si hay una razón convincente para la ooforectomía en una mujer premenopáusica, se puede considerar el reemplazo transdérmico de testosterona para ayudar a mantener / mejorar la función sexual. Aunque se desconocen los datos sobre el impacto de la ooforectomía posmenopáusica en la salud sexual, el ovario senescente continúa haciéndole testosterona a lo largo de la vida de una mujer. La testosterona se ha usado como un tratamiento para el deseo sexual bajo en mujeres posmenopáusicas, pero los efectos de este tratamiento no son consistentes.

Las mujeres con incontinencia urinaria informan una función sexual alterada en comparación con las que no tienen incontinencia urinaria. Los estudios han demostrado que la cirugía para tratar la incontinencia urinaria de

esfuerzo tiene un impacto positivo en la función sexual, en particular con la resolución de la incontinencia coital. En general, las mujeres que experimentan una mejoría en su incontinencia, independientemente de la intervención, también logran una mejoría en la función sexual. Se ha demostrado que los ejercicios del músculo pélvico, los pesarios de continencia y la terapia conductual mejoran la función sexual entre las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, con una reducción de la incontinencia coital.

Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos también suelen informar un impacto de su condición en la función sexual. Cuando el prolapso se trata quirúrgicamente, la función sexual mejora, así como la imagen corporal. La mejora se ha documentado tanto en el tejido nativo como en las reparaciones injertadas en la mayoría de los pacientes, aunque un número pequeño pero significativo de mujeres reportará un empeoramiento de la función sexual después de la reparación. Las razones para el empeoramiento de la función incluyen dispareunia, que puede ocurrir con problemas relacionados con la malla o en reparaciones de tejidos nativos. Parte del problema con el tratamiento quirúrgico puede ser un acortamiento excesivo de la vagina. Como tal, cuando se trata a un paciente sexualmente activo, se debe evaluar la longitud vaginal preoperatoria. Esto puede ayudar al cirujano a elegir un abordaje abdominal para reparar, lo que ayudará a preservar la longitud vaginal en comparación con un abordaje vaginal.

Los problemas con el funcionamiento sexual son comunes entre las mujeres con disfunción del piso pélvico. En general, las intervenciones que mejoran la función del suelo pélvico también suelen mejorar la función sexual. Los médicos deben abrir las líneas de comunicación con sus pacientes con respecto a la función sexual y discutir el impacto (positivo o negativo) de su condición y su tratamiento en su función sexual.

En un metaanálisis, muestran los principales estudios publicados hasta el momento actual que evalúan la actividad y función sexual en mujeres que consultan por un problema uroginecológico. La mayoría de los estudios realizados en estas mujeres coinciden en señalar que solo entre el 50 al 60% de las mujeres que acuden a una consulta por síntomas de incontinencia y/o prolapso genital son sexualmente activas. Según estos estudios revisados, la prevalencia de disfunción sexual en mujeres con problemas del suelo pélvico (IU y/o POP) va del 25 al 60%.¹⁴

En el 2017, se realizó un estudio con el objetivo de adaptar transculturalmente el cuestionario de función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos pélvicos, Incontinencia urinaria y/ o fecal (PISQ-IR) al español y validar la nueva versión. Se llevó a cabo un estudio transversal observacional de dos etapas: traducción y retrotraducción, seguido de una etapa de validación en la que se administró la versión final a 268 mujeres consecutivas (118 no activas

sexualmente [NSA] y 150 sexualmente activas [SA]) mayores de 18 años de una Unidad de Uroginecología. Además de PISQ-IR, las mujeres también completaron los siguientes cuestionarios: índice de severidad de incontinencia (ISI); Índice de Función Sexual Femenina (FSFI); Inventario de socorro del suelo pélvico (PFDI-20); y la pregunta # 35 del Cuestionario de Epidemiología del Prolapso e Incontinencia (EPIQ). Se evaluaron la viabilidad (porcentaje de casos válidos), la consistencia interna (alfa de Cronbach) y la validez de la estructura (estructural, por análisis factorial y la validez convergente por el Rho de Spearman).¹⁵

Como resultado, el PISQ-IR mostró una alta tasa de respuesta (98.3% NSA y 94.7% SA) y una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach para NSA y SA de 0.79 y 0.91 respectivamente). El análisis factorial confirmó la estructura del cuestionario original y la validez convergente mostró una correlación de moderada a fuerte entre el PISQ-IR y las puntuaciones ISI, PFDI-20 y FSFI, además del elemento # 35 del EPIQ. Concluyendo, que la versión en español del PISQ-IR tiene propiedades psicométricas adecuadas; por lo tanto, puede ser una herramienta útil para evaluar la función sexual en mujeres con trastornos del suelo pélvico.¹⁵

En el 2012 Flores y colaboradores, publicaron en la revista chilena de obstetricia y ginecología un estudio, cuyo objetivo fue describir la

función sexual de un grupo de mujeres que presentan algún tipo de trastorno de piso pélvico a través de un estudio descriptivo a 195 mujeres con diagnóstico de alteraciones de piso pélvico utilizando un cuestionario que incluía evaluación de aspectos sociodemográficos y de la función sexual con instrumento PISQ-12, para el análisis se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Se obtuvo como resultados que el 73,7% de las mujeres refieren tener algún grado de insatisfacción con su vida sexual actual afectando principalmente el área del deseo sexual. Dentro de las limitaciones en la relación sexual reportadas se encuentran: orgasmos menos frecuentes (70,5%), dispareunia (89,5%), problemas de erección (40%) y eyaculación precoz (47,4%) en sus parejas. Concluyeron que las mujeres reportan niveles de insatisfacción con su vida sexual, disminución de su deseo sexual, dolor durante la relación sexual y disminución de la intensidad del orgasmo.

En 2016, Karbage y colaboradores, publicaron en la *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* un estudio, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de las características sociodemográficas en la función sexual de las mujeres brasileñas con incontinencia urianria. Se realizó un estudio transversal con 251 mujeres con incontinencia urinaria en el período de abril a junio de 2014. En primer lugar, se compararon las características

sociodemográficas y disfunciones del suelo pélvico entre grupos de mujeres con y sin actividad sexual. En segundo lugar, compararon las variables anteriores con la puntuación total del cuestionario de función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos pélvicos, Incontinencia urinaria y/ o fecal (PISQ-12). Se obtuvo como resultado, que las mujeres con actividad sexual tienden a ser más altas, no presentan menopáusicas, tienen problemas de salud y no son hipertensas. La puntuación total media de PISQ-12 fue de 27.30. Las mujeres que asistieron a la escuela primaria, con incontinencia urinaria coital, con estreñimiento moderado y prolapso sintomático tienen peor función sexual. Las mujeres premenopáusicas con incontinencia urinaria mixta tienen una función sexual peor que aquellas con incontinencia urinaria de esfuerzo. Karbage y colaboradores, concluyeron, que la asociación entre la disfunción sexual y la incontinencia urinaria merece una atención especial por parte de los profesionales de la salud. El cuidado del mantenimiento o restauración del bienestar sexual debe ofrecerse a todas las mujeres, independientemente de su edad, ya que la incontinencia urinaria puede afectar la vida sexual y la calidad de vida de estas mujeres. ¹⁰

En 2008, Pérez y colaboradores realizaron un estudio, con el objetivo de investigar la prevalencia de disfunción sexual en una población que acude a un servicio de Urología, sea como paciente o como persona acompañante

de paciente. Durante cinco meses se distribuyó un cuestionario sexual: Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index o FSFI) a todas las mujeres que acudieron al centro médico, como pacientes o como acompañantes. Del total de casos, 9/44 (20.45%) reportaron bajo o nulo deseo sexual; 12/44 (27.27%) reportaron baja excitación sexual, 11/44 (25%) reportaron dificultad para mantener la lubricación, 15/44 (34.09%) fueron anorgásmicas, 8/44 (18.18%) reportaron dispareunia y 3/44 (6.81%) tuvieron disminución en la sensibilidad en el área del clítoris. El 25% (11/44) de las encuestadas se quejaron de insatisfacción sexual, comparado con 38.63% (17/44) de mujeres que reconocieron tener disfunción sexual, sin embargo, sólo 11.36% (5/44) desearían obtener ayuda para resolver su problema. En relación al estado civil, el riesgo relativo de tener disfunción sexual fue de 2.2 en las casadas (95% IC, $p = >0.000$). En las mujeres sin disfunción sexual, el promedio de edad fue de 26.6 años (rango 16-44), comparado con la edad de mujeres con quejas de disfunción sexual de 36.34 años (rango 24-49) con diferencia estadísticamente significativa ($p = <0.05$).¹⁶

En el 2015, se realiza una tesis sobre el impacto de la disfunción del piso pélvico sobre la función sexual, realizado en el instituto nacional de perinatología, en el que se aplicó a 50 mujeres en índice de función sexual femenina y el PISQ-31. 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 >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 ($p < 0.00001$). El dominio más afectado fue el emotivo-conductual.¹⁷

En 2017 se realizó un estudio de tesis aplicado en población en un hospital general de la Ciudad de México. Se aplicaron 100 cuestionarios en la consulta externa de ginecología a todas las pacientes que acudían a consulta externa deprimera vez en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”. Se analizaron 30 cuestionarios encontrando que a pesar de contar con disfunción sexual en varios rubros de la respuesta sexual humana, la más frecuente eran las alteraciones de la función sexual en la fase de excitación presentando un 31.4% de las pacientes sin trastorno, el 54.2% trastorno moderado y el 14.4% con trastorno de la excitación severo. Concluyendo que la edad, en especial entre los 40 y 60 años, no solo condicionará a la presencia de disfunción sexual, si no a la satisfacción sexual general, de la misma forma que la presencia de enfermedades crónicas, psicoafectivas, o a la presencia de síndrome climatérico y de forma independiente condicionarán también el grado de satisfacción sexual de las mujeres.¹⁸

En 2018, Lopez Maguey y colaboradores, realizaron un estudio prospectivo y descriptivo, al que se incluyeron mujeres de 20 a 60 años de edad, quienes asistieron a consulta o formaron parte del equipo médico y de trabajo del Hospital General Dr. Manuel Gea González, entre noviembre de 2016 y junio de 2017, para responder el Cuestionario IFSF de disfunción sexual

femenina, cuyo objetivo era Estimar la prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Se aplicaron 171 cuestionarios; el promedio de edad de las participantes fue de 34.6 años; 1.1 parejas sexuales en los últimos cuatro meses e IMC de 27.7 kg. Solo 45 (35%) mujeres disfunción sexual. La prevalencia aumentó de acuerdo con la edad: en menores de 30 años fue de 17% y en mayores de 40 de 66%. Los principales trastornos asociados con la disfunción sexual fueron: deseo sexual disminuido (28%), incapacidad para la excitación (17%), para alcanzar el orgasmo (17%), para conseguir la lubricación suficiente (11%) y dispareunia (11%).¹⁹

Planteamiento del problema

La disfunción sexual es un tema poco tratado en nuestro medio, debido a cuestiones sociales que continúa como un tema tabú en las mujeres mexicanas, lo que conlleva a una falta de experiencia del profesional de la salud a la hora de diagnosticar y tratar a esta población. La función sexual forma una parte importante con un gran impacto en la calidad del vida de las pacientes, sobretodo en las que cuentan con el antecedente de algún tipo de disfunción del piso pélvico, lo que nos lleva a la pregunta:

¿Cuáles son las características de la función sexual en las pacientes con disfunción el piso pélvico?

Justificación

Es un estudio factible ya que se basa en la aplicación de un cuestionario (PISQ-IR) y con ello podremos conocer la situación sexual en las mujeres con disfunción del piso pélvico. Actualmente no se cuenta con ningún estudio en el país con aplicación este cuestionario ni enfocado directamente en pacientes con disfunción del piso pélvico valorando su función sexual, ya que este es un tema del que aún se tienen muchas preguntas pues la salud sexual aún e toma como un tema tabú en nuestra sociedad, sin darle el tratamiento requerido a las mujeres con este tipo de disfunción, aún siendo parte importante en la salud integral e la mujer.

El cuestionario PISQ-IR tuvo su validación en español en el 2017, aún no se cuenta con estudios de estas características en nuestra población, abriéndonos las puertas a un nuevo universo de diagnósticos y tratamiento de las mujeres con disfunción sexual con la aplicación del PISQ-IR

Objetivos

General:

- Identificar las características de la función sexual en las pacientes con disfunción del piso pélvico

Específicos:

- Identificar el nivel de disfunción sexual en pacientes con disfunción del piso pélvico
- Determinar la frecuencia de pacientes con disfunción del piso pélvico que son sexualmente activas o no sexualmente activas
- Identificar el tipo principal de disfunción del piso pélvico relacionado a la disfunción sexual en pacientes sexualmente activas y no sexualmente activas
- Establecer cual es la área principal de la disfunción sexual en pacientes sexualmente activas y no sexualmente activas con disfunción del piso pélvico

Hipótesis

Al ser un estudio descriptivo y transversal, no se requiere de una hipótesis de trabajo

MATERIAL Y METODOS

Tipo de diseño:

Se realizó un estudio en el área de investigación clínica tipo observacional analítico: transversal descriptivo prospectivo.

Tamaño de la muestra

La recolección de los datos se realizó un censo, por lo que no se requiere de una estrategia de muestreo, donde las participantes serán aquellas que cubran los criterios antes mencionados, que acuden al servicio de ginecología del Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", durante el periodo de 01 al 30 de abril de 2019. Con un tipo de muestreo: cualitativo por conveniencia.

Definición del universo:

Criterios de integración: Mujeres con diagnóstico de disfunción de piso pélvico atendidas en el área de consulta externa en el periodo 01 de abril al 30 de abril 2019

Criterios de no integración: Mujeres con diagnóstico de embarazo, vejiga neurogénica, enfermedad psicocognitiva

Criterios de interrupción: No hay

Criterios de eliminación: Pacientes que no desee seguir respondiendo el cuestionario

Definición variables:

VARIABLE/ CONSTRUCTO (Índice- indicador/ categoría- criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Universal	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio	Cuantitativa continua	Años
Actividad Sexual	Universal	Expresión de la conducta sexual: coito	Cualitativa nominal	Sexualmente activa, no sexualmente activa
Antecedentes ginecológicos	Universal	Referencia de patología ginecológica con tratamiento de histerectomía	Cualitativa nominal	Si / No
Estado civil	Universal	Clase o condición de una persona en el orden social.	Cualitativa nominal	Soltera, casada, divorciada, unión libre, viuda
Escolaridad	Universal	Grado académico máximo que se finalizó	Cualitativa nominal	Analfabeta primaria secundaria
Disfunción sexual	Dependiente	Trastornos del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo y trastornos sexuales por dolor genitopélvico o penetración	Cualitativa dicotómica	Si / No
Disfunción de piso pélvico	Independiente	Conjunto de patologías relacionadas a algún trastorno de los músculos del piso pélvico	Cualitativa nominal	Prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria, incontinencia anal
Prolapso de órganos pélvicos	Contexto	Desviación de la sensación, estructura o función normal, experimentada por la mujer en relación con la posición de sus órganos pélvicos.	Cualitativa nominal	Grado I, grado II, grado III
Incontinencia urinaria	Contexto	Pérdida involuntaria de orina	Cualitativa nominal	De urgencia, de esfuerzo, o mixta
Incontinencia anal	Contexto	Pérdida involuntaria de heces o gases	Cualitativa nominal	Anal / fecal

Tratamiento ginecológico	Contexto	Cualquier tratamiento médico indicado a la paciente secundario a disfunción del piso pélvico	Cualitativa nominal	ACO's, estrogénos vaginales, TRH
Afectación en la vida sexual	Contexto	Percepción que tiene la paciente de que tanto ha afectado la disfunción del piso pélvico su vida sexual	Cualitativa nominal	nada, poco, mucho
Calidad global	Contexto	Grado de satisfacción indicada por la persona en referencia al diagnóstico de disfunción del piso pélvico	Cualitativa nominal	Obtenido del PISQ-IR
Impacto de la condición	Contexto	Grado de alteración indicada por la persona en referencia al diagnóstico de disfunción del piso pélvico	Cualitativa nominal	Obtenido del PISQ-IR
Causas	Contexto	Motivo por el cual la persona refiere alteración en el aspecto sexual	Cualitativa nominal	Pareja, libido y condición

Programa estadístico y bases de datos

La recolección de datos se realizó por observación no participante con aplicación del cuestionario de función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos pélvicos, Incontinencia urinaria y/ o fecal (PISQ-IR)

Los datos fueron recabados por el investigador principal a través de una ficha de identificación de datos y del instrumento PISQ-IR completo

Los datos serán presentados por medio de tablas, gráficas circulares, en barra e histogramas

Se realizó estadística descriptiva a los datos recabados; se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango). Se utilizará para el análisis estadístico el paquete SPSS.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 Características de la función sexual en mujeres con disfunción del piso pélvico

Fecha:

REGISTRO:

EDAD:

ESTADO CIVIL: soltera

casada

divorciada

unión libre

viuda

ESCOLARIDAD: analfabeta
posgrado

primaria

secundaria

preparatoria

licenciatura

AGOS:

MENARCA:

MENOPAUSIA:

INICIO DE VIDA SEXUAL:

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:

GESTAS: _____

PARTOS: _____

CESAREAS: _____

ABORTOS _____

METODO DE PANIFICACIÓN FAMILAR: NINGUNO

HORMONAL ORAL

HORMONAL INYECTABLE

OCLUSION TUBARIA BILATERAL

PARCHE

IMPLANTE SUBDÉRMICO

DUI

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: HISTERECTOMIA: Sí _____ No _____

SALPINGOFORECTOMÍA: Sí _____ No _____

TRATAMIENTO MÉDICO: ACO'S
SUSTITUTIVO

ESTROGENOS VAGINALES

HORMONAL

DIAGNÓSTICO:

POP: _____

INCONTINENCIA URINARIA: _____

INCONTINENCIA ANAL: _____

PISQ-IR: _____ pnts

SEXUALMENTE ACTIVA: ()

NO SEXUALMENTE ACTIVA: ()

Anexo 2: PISQ-IR en español

Cuestionario de función sexual en pacientes con prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria y/o fecal

A continuación se encuentra una lista de preguntas sobre su vida sexual, toda la información será confidencial y es recabada con el finalidad de conocer el impacto que su padecimiento tiene sobre la función sexual. Por favor marque la respuesta que más se acerque a la correcta teniendo en mente los últimos meses. Gracias.

P1 Marque cuál de las siguientes opciones la describe mejor:

- 1 No sexualmente activa  Ve a la pregunta 2 (P2)
- 2 Sexualmente activa con o sin una pareja  Pasa a la pregunta 7 (P7)

SECCIÓN 1
 Para mujeres NO Activas Sexualmente

 Si usted SI tiene actividad sexual, por favor marque este recuadro y pase a la pregunta 7.

P2 ¿Qué tanto está de acuerdo en las siguientes opciones como razón por la cual NO es sexualmente activa. Marque una opción para CADA LETRA.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	RELATIVAMENTE DE ACUERDO	RELATIVAMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
a. Por que no tengo pareja	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
b. Por que no tengo interés	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
c. Por problemas en la vejiga o intestino (incontinencia urinaria o fecal), o por prolapso (presencia de una protuberancia en la vagina)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
d. Por mis demás problemas de salud	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
e. Por dolor	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

P3 ¿Qué tanto, el temor a que tenga incontinencia de orina o heces y/o aparezca un bulto en la vagina (ya sea que la vejiga, el recto o el útero se salgan), la hace evitar o restringir su actividad sexual?

- 1 Para nada
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho

P4 Para CADA UNA de las siguientes opciones, circule el número entre el 1 y el 5 que mejor represente cómo se siente acerca de su vida sexual.

	😊	CLASIFICACIÓN				☹️	
a. Satisfactoria	1	2	3	4	5	Insatisfactoria	
b. Adecuada	1	2	3	4	5	Inadecuada	

P5 Qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los siguientes enunciados:

	TOTALMENTE DE ACUERDO	RELATIVAMENTE DE ACUERDO	RELATIVAMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
a. Me siento frustrada por mi vida sexual	1	2	3	4
b. Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	1	2	3	4
c. Siento enojo por el impacto que la incontinencia y/o el prolapso tiene en mi vida sexual	1	2	3	4

P6 En general, ¿Qué tan molesto es para usted NO ser sexualmente activa?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho

Fin de Incisos mujeres No Sexualmente Activa

SECCIÓN 2:

Para mujeres Sexualmente Activas

Las siguientes preguntas tratan un tema del cual no se pide con frecuencia información en una encuesta, por favor, en la medida de lo posible, contesta de manera clara y honesta.

P7 ¿Con qué frecuencia siente excitación sexual (físicamente o mentalmente) durante la actividad sexual?

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 A veces
- 4 Generalmente
- 5 Siempre

P8 Durante la actividad sexual, ¿Con qué frecuencia siente cada uno de los siguientes? Seleccione una opción para CADA inciso.

	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	GENERALMENTE	SIEMPRE
a. Plenitud	1	2	3	4	5
b. Vergüenza	1	2	3	4	5
c. Temor	1	2	3	4	5

P9 ¿Con qué frecuencia tiene pérdida de orina y/o heces durante cualquier tipo de actividad sexual?

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 A veces
- 4 Generalmente
- 5 Siempre

P10 En comparación con los orgasmos que tuvo en el pasado, ¿Qué tan intensos son ahora?

- 1 Mucho menos intensos
- 2 Menos intensos
- 3 Misma intensidad
- 4 Más intensos
- 5 Mucho más intensos

P11 ¿Con qué frecuencia siente dolor durante la penetración sexual?

Si no hay penetración marque este espacio y pase a la pregunta 12.

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 A veces
- 4 Generalmente
- 5 Siempre

P12 ¿Tiene una pareja sexual?

Sí 
 No 

Pase a la pregunta 13 (P13)

Pase a la pregunta 15 (P15)

P13 ¿Con qué frecuencia su PAREJA tiene algún problema que limita su actividad sexual? (falta de excitación, deseo, erección, etc.)

- 1 Todas las veces
- 2 La mayoría de las veces
- 3 Alguna de las veces
- 4 Casi nunca/Rara vez

P14 ¿Qué efecto tiene su pareja sobre usted en CADA UNO de los siguientes aspectos?

	MUY POSITIVO	RELATIVAMENTE POSITIVO	RELATIVAMENTE NEGATIVO	MUY NEGATIVO
a. Deseo sexual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Frecuencia de actividad sexual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

P15 Cuando está teniendo actividad sexual, ¿qué tan seguido siente que quiere más?

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 A veces
- 4 Generalmente
- 5 Siempre

P16 ¿Con qué frecuencia tiene deseo sexual? Esto puede incluir deseo de tener sexo, pensamientos o fantasías sexuales?

- 1 Diariamente
- 2 Semanalmente
- 3 Mensualmente
- 4 Menos frecuente que una vez al mes
- 5 Nunca

P17 ¿Cómo clasificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- 1 Muy elevado
- 2 Elevado
- 3 Moderado
- 4 Bajo
- 5 Muy Bajo o nada

P18 ¿Qué tanto, el miedo a que tenga incontinencia de orina o heces y/o aparezca un bulto en la vagina (prolapso), hace que evite su actividad sexual?

- 1 Para nada
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho

P19 Para CADA UNA de las siguientes opciones, circule el número del 1 al 5 que mejor represente cómo se siente acerca de su vida sexual.

	😊	CLASIFICACIÓN				☹️	
a. Satisfecha	1	2	3	4	5		Insatisfecha
b. Adecuada	1	2	3	4	5		Inadecuada
c. Segura	1	2	3	4	5		Insegura

P20 ¿Qué tanto está de acuerdo o no con cada uno de los siguientes enunciados?

Marque una opción para CADA LETRA.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	RELATIVAMENTE DE ACUERDO	RELATIVAMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
a. Me siento decepcionada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Me siento cohibida sobre mi vida sexual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Siento enojo por el impacto que la incontinencia y/o el prolapso tiene en mi vida sexual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Riesgo ético

Sin riesgo.

Debido a que este es un estudio donde la información será recabada a través de una ficha de recolección y de un cuestionario llamado PISQ-IR, esto no supone un riesgo para las pacientes. Además el presente estudio se realizará apegado a la buena práctica médica y ética de acuerdo a la declaración de Helsinki. Se contará además con un aviso de privacidad.

Protección de datos de acuerdo a la Secretaría de Salud Artículos 80, 81, 82 y 83. Reglamento de la ley general salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Diario oficial de la federación; 14-05-1986 texto vigente. Norma oficial mexicana. NOM-004—SSA3-2012. Del expediente clínico.

Comisión nacional de arbitraje médico. Consentimiento válidamente informado. 2ª edición. Noviembre 2016.

RESULTADOS

La muestra se conformó por 32 pacientes, de las cuales 19 (59.4%) pertenecieron al grupo de sexualmente activas y 13 (40.6%) al grupo de no sexualmente activas. A través de estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central; así también se obtuvo chi cuadrada a través del paquete estadístico SPSS para Windows versión 20.

La edad de las pacientes sexualmente activas fue de los 28 a los 69 años, con una edad promedio de 47.1 ± 10.3 , mientras que para las pacientes no sexualmente activas fue de los 48 a los 69 años, con una edad promedio mayor siendo de 57.3 ± 6.6 como puede observarse en los histogramas de las Figuras 1 y 2.

Figura 2 . Histograma de la edad de las pacientes sexualmente activas

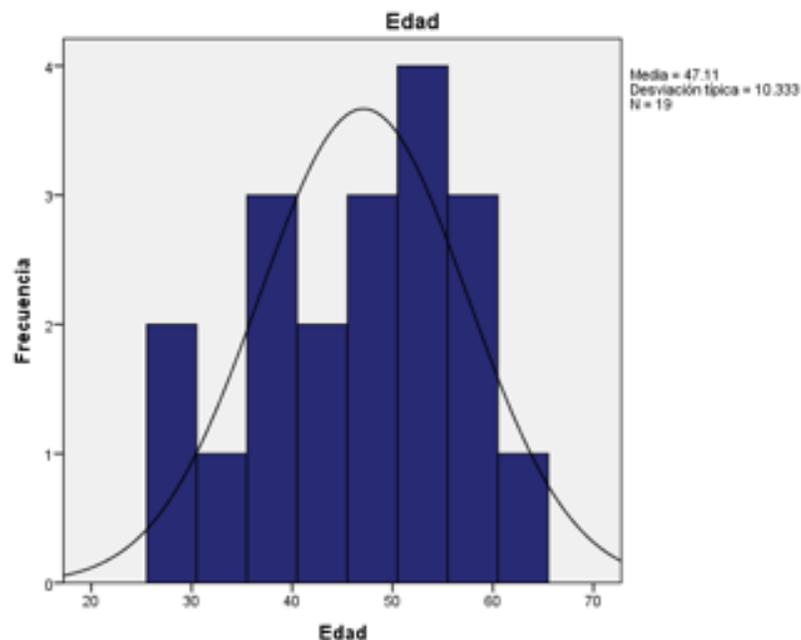
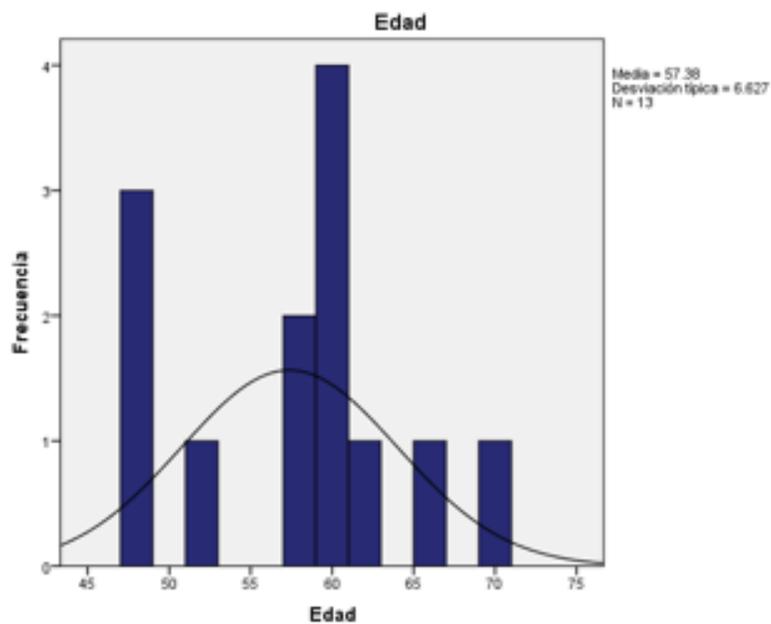


Figura 3 . Histograma de la edad de las pacientes no sexualmente activas

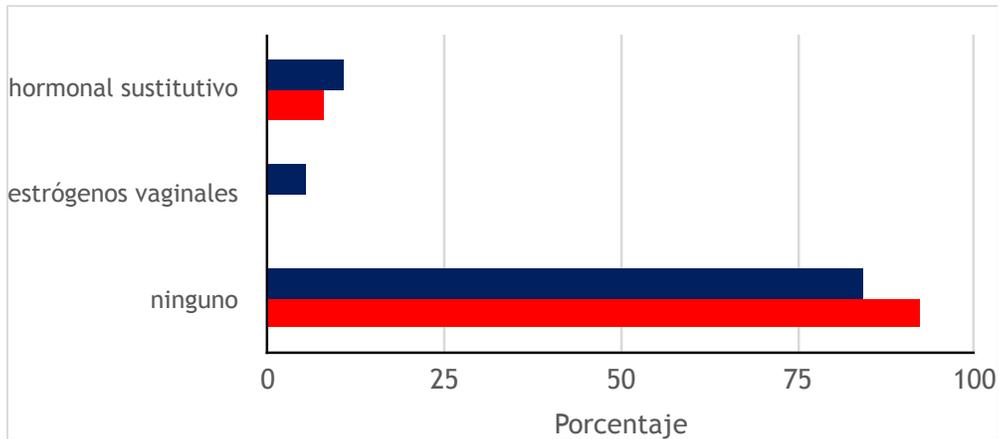


En la Tabla 1 se muestra la comparación por grupo de sexualmente y no sexualmente activas de acuerdo a su edad promedio de presentación de la menarca, de menopausia y de inicio de vida sexual activa, gestas, partos, cesáreas, etc.

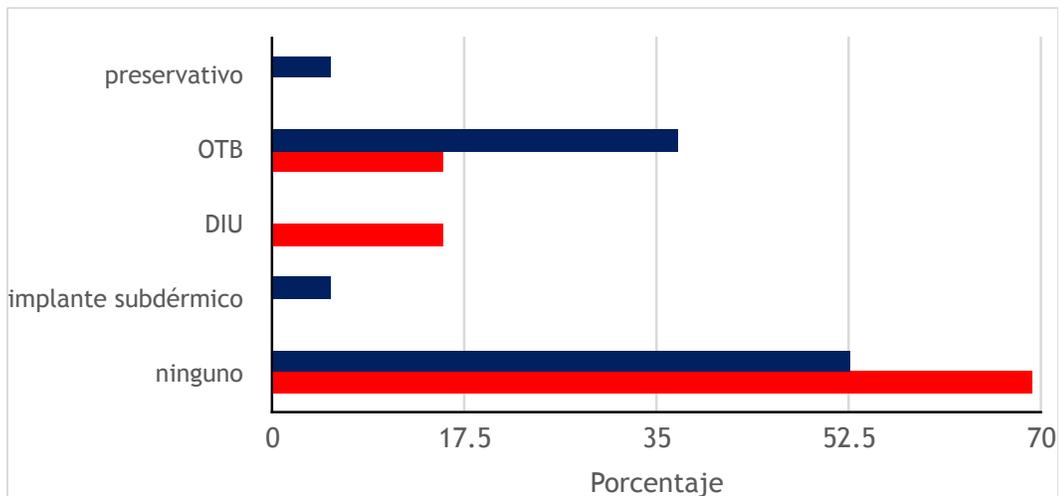
Tabla 1. Comparación de la edad promedio, de presentación de la menarca, menopausia e inicio de vida sexual por grupo

	Sexualmente activas	No sexualmente activas
Edad mínima	28	48
Edad máxima	63	69
Edad Promedio	47.1±10.3	57.3±6.6
Edad promedio de presentación de la menarca	12.1±1.3	13.6±1.8
Edad de menopausia	45.2±16.7	48.4±17.1
Edad de inicio de vida sexual	17.8±2.1	18.6±1.3
Número de parejas sexuales	2.1±1.9	2.1±0.8
Gestas	2.7±0.97	3.7±1.5
Partos	1.58±1.1	3.1±1.6
Cesáreas	1±0.7	1±0.5
Abortos	1±0.6	1±0.6

En el grupo de pacientes no sexualmente activas el 92.3% no tuvo ningún tratamiento y el 7.7% fue hormonal sustitutivo; en el grupo de sexualmente activas el 84.2% no tuvo ninguno, 10.5% fue hormonal y el 5.3% estrógenos vaginales, observar la Figura 4.



En la Figura 5 se puede observar que en las pacientes no sexualmente activas el 69.2% no utilizo algún método de planificación familiar, seguido de 15.4% DIU y otro 15.4% OTB; mientras que en las pacientes sexualmente activas el 52.6% no utilizo algún método, 36.8% OTB, 5.3% implante y el 5.3% preservativo.



En el grupo de las pacientes sexualmente activas el 21% se realizó histerectomía; mientras que en el no sexualmente activas sólo fue del 7.7% (VerFigura 6); datos similares se encontraron en las pacientes respecto a la salpingooforectomia (Ver Figura 7).

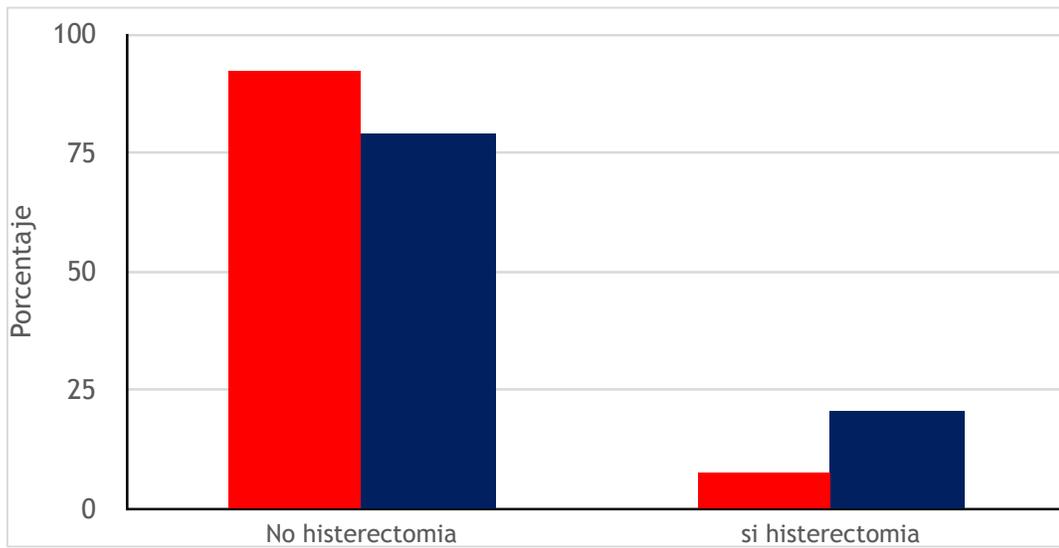


Figura 6

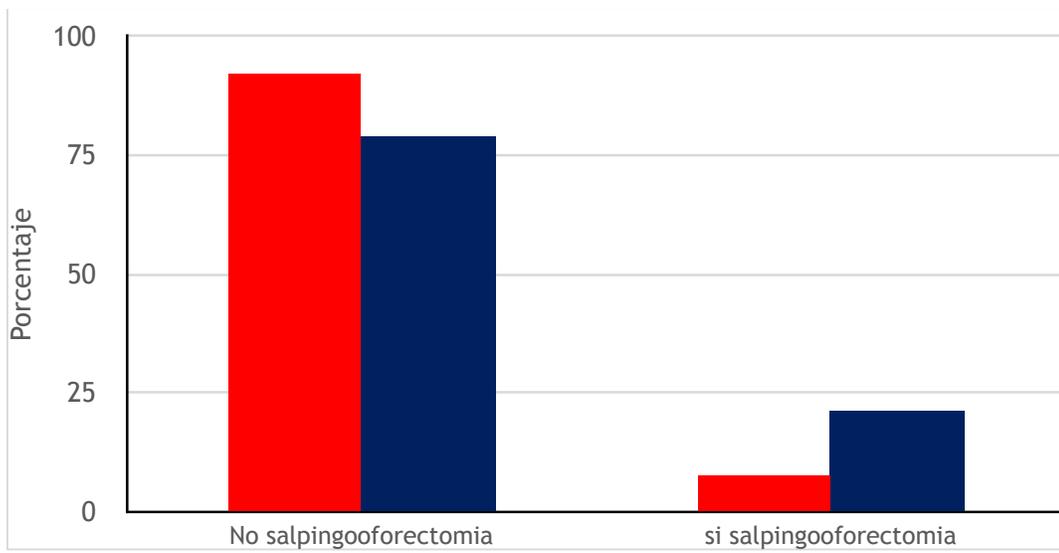


Figura 7

Respecto a las pacientes que fueron sexualmente activas el 6.2% presentó prolapso de órganos pélvicos; mientras que el 59.4% presento incontinencia urinaria (Ver Tabla 2). Y de las pacientes no sexualmente activas el 37.5% presentó prolapso; finalmente el 31.2% incontinencia urinaria.

Tabla 2 . Pacientes sexualmente activas que presentaron o no prolapso

			Sexualmente activa		Total
			no	sí	
prolapso	no	n	1	17	18
		%	3.1%	53.1%	56.2%
	si	n	12	2	14
		%	37.5%	6.2%	43.8%
Total		n	13	19	32
		%	40.6%	59.4%	100.0%

Tabla 3 . Pacientes sexualmente activas que presentaron o no incontinencia

			Sexualmente activa		Total
			no	sí	
incontinencia urinaria	no	n	3	0	3
		%	9.4%	0.0%	9.4%
	si	n	10	19	29
		%	31.2%	59.4%	90.6%
Total		n	13	19	32
		%	40.6%	59.4%	100.0%

En la Tabla 4. Se observa que el 41.7% de las pacientes no sexualmente activas tuvieron prolapso grado IV, seguido de 33.3% prolapso grado III, 16.7% prolapso grado I y 8.3% prolapso grado II; mientras que en el grupo de las sexualmente activas el 50% presentaron prolapso grado I, 50% grado II no presentándose pacientes en el grado III ni IV ; no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre grado de prolapso y ser o no sexualmente activa ($\chi^2=4.47,3, p=0.21$).

Tabla 4. Comparación entre grado de prolapso y ser o no sexualmente activa

Grado de Prolapso		Sexualmente activa				Total	
		No		Sí		n	%
		n	%	n	%		
	Prolapso grado I	2	(16.7)	1	(50)	3	(21.4)
	Prolapso grado II	1	(8.3)	1	(50)	2	(14.3)
	Prolapso grado III	4	(33.3)	0	(0)	4	(28.6)
	Prolapso grado IV	5	(41.7)	0	(0)	5	(35.7)
		12		2		14	

Con relación al tipo de incontinencia urinaria, se encontró que en las mujeres no sexualmente activas el 85.7% fue mixta y el 14.3% de urgencia no encontrándose pacientes en la categoría de esfuerzo; mientras que para las pacientes sexualmente activas el 75% fue mixta, 16.7% de esfuerzo y solo el 8.3% de urgencia como puede apreciarse en la Tabla 5. no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=1.3, 2, p=0.50$). Con relación a incontinencia anal únicamente una paciente mostro de tipo gases.

		Sexualmente activa				Total	
		No		Sí		n	%
		n	%	n	%		
Incontinencia urinaria	urgencia	1	(14.3)	1	(8.3)	2 (10.6)	
	esfuerzo	0	(0)	2	(16.7)	2 (10.6)	
	mixta	6	(85.7)	9	(75)	15 (78.8)	
Total		7	(100)	12	(100)	19 (100)	

Tabla 5 - Porcentaje de pacientes sexualmente y no sexualmente activas por grado de prolapso

Cabe mencionar que de acuerdo a los puntos de corte del PISQ se encontró que el 61.5% de las mujeres no sexualmente activas no presento disfunción sexual mientras que el 38.5% su disfunción sexual fue leve; no habiendo casos con disfunción moderada o severa. En las mujeres sexualmente activas el 52.6% fue disfunción moderada, 31.6% severa y 15.8% leve y en este grupo no se presentaron casos sin disfunción; estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2=24.2, 3, p=0.01$) Ver Tabla 6 .

Tabla 6 . Nivel de Disfunción Sexual por comparación de grupo sexualmente y no sexualmente activa

		Sexualmente activa		Total		
		no	sí			
Nivel de Disfunción Sexual	sin disfunción sexual	8	(61.5)	0	8	
	disfunción sexual leve	5	(38.5)	3	(15.8)	8
	disfunción sexual moderada	0		10	(52.6)	10
	disfunción sexual severa	0		6	(31.6)	6
Total		13		19		32

El 43.8% de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos presentaron disfunción sexual; mientras que el 90.6% de las pacientes que las pacientes con disfunción sexual presentaron incontinencia urinaria.

Al comparar el nivel de disfunción sexual por grado de prolapso se encontró que en las pacientes sin disfunción sexual el 42.8% presentó prolapso grado III, 28.6% grado IV, 14.3% grado II y 14.3% grado I; en las pacientes con disfunción sexual leve el 49.9% presento prolapso grado IV, 16.7% grado III, 16.7 grado II y 16.7% grado I; mientras que una de las pacientes de disfunción sexual moderada presento prolapso grado I (ver Tabla 7). No se encontró diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=5.1, 6, p=0.52$).

Tabla 7. Comparación entre nivel de disfunción sexual y grado de prolapso

		Nivel de Disfunción Sexual						Total
		sin disfunción sexual		disfunción sexual leve		disfunción sexual moderada		
		n	%	n	%	n	%	
Grado de prolapso	Prolapso grado I	1	(14.3)	1	(16.7)	1	(100)	3 (21.3)
	Prolapso grado II	1	(14.3)	1	(16.7)	0		2 (14.8)
	Prolapso grado III	3	(42.8)	1	(16.7)	0		4 (28.4)
	Prolapso grado IV	2	(28.6)	3	(49.9)	0		5 (35.5)
Total		7		6		1		14

Se realizó comparación entre el tipo de incontinencia urinaria y nivel de disfunción sexual, donde en las pacientes sin disfunción el 83.3% fue mixta y el 16.7% de urgencia; para las pacientes con disfunción sexual leve el 100% fue de tipo mixta; pacientes con disfunción moderada el 66.7% fue mixta y el 33.3% de esfuerzo; finalmente en el grupo de disfunción severa el 75% de la incontinencia fue mixta y el 25% de urgencia (Ver Tabla 8). No se encontro diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=6.5, 6, p=0.36$).

Tabla 8. Comparación entre nivel de disfunción sexual y tipo de incontinencia urinaria

		Nivel de Disfunción Sexual				Total	
		sin disfunción sexual n %	disfunción sexual leve n %	disfunción sexual moderada n %	disfunción sexual severa n %	n	%
Incontinencia urinaria	urgencia	1 (16.7)	0	0	1 (25)	2 (10.5)	
	esfuerzo	0	0	2 (33.3)	0	2 (10.5)	
	mixta	5 (83.3)	3 (100)	4 (66.7)	3 (75)	15 (79)	
Total		6 (31.6)	3 (15.7)	6 (31.7)	4 (21)	19 (100)	

El 21.9% de las pacientes con prolapso no presentaron disfunción sexual, el 18.8% disfunción leve, 3.1% moderada y ninguna disfunción severa.

Tabla 9. Comparación entre nivel de disfunción sexual y grado de prolapso

			prolapso		Total
			no	si	
Nivel de Disfunción Sexual	sin disfunción sexual	n	1	7	8
		%	3.1%	21.9%	25.0%
	disfunción sexual leve	n	2	6	8
		%	6.2%	18.8%	25.0%
	disfunción sexual moderada	n	9	1	10
		%	28.1%	3.1%	31.2%
	disfunción sexual severa	n	6	0	6
		%	18.8%	0.0%	18.8%
Total		n	18	14	32
		%	56.2%	43.8%	100.0%

Se encontró que la principal área de disfunción sexual en las pacientes sexualmente activas fueron la calidad global con una puntuación media de 12.7, seguido de impacto de la patología 9.3, relacionados con la pareja 9.2, factores específicos de la condición 9.1, orgasmo 8.8 y deseo 8.4 (Ver Tabla 10).

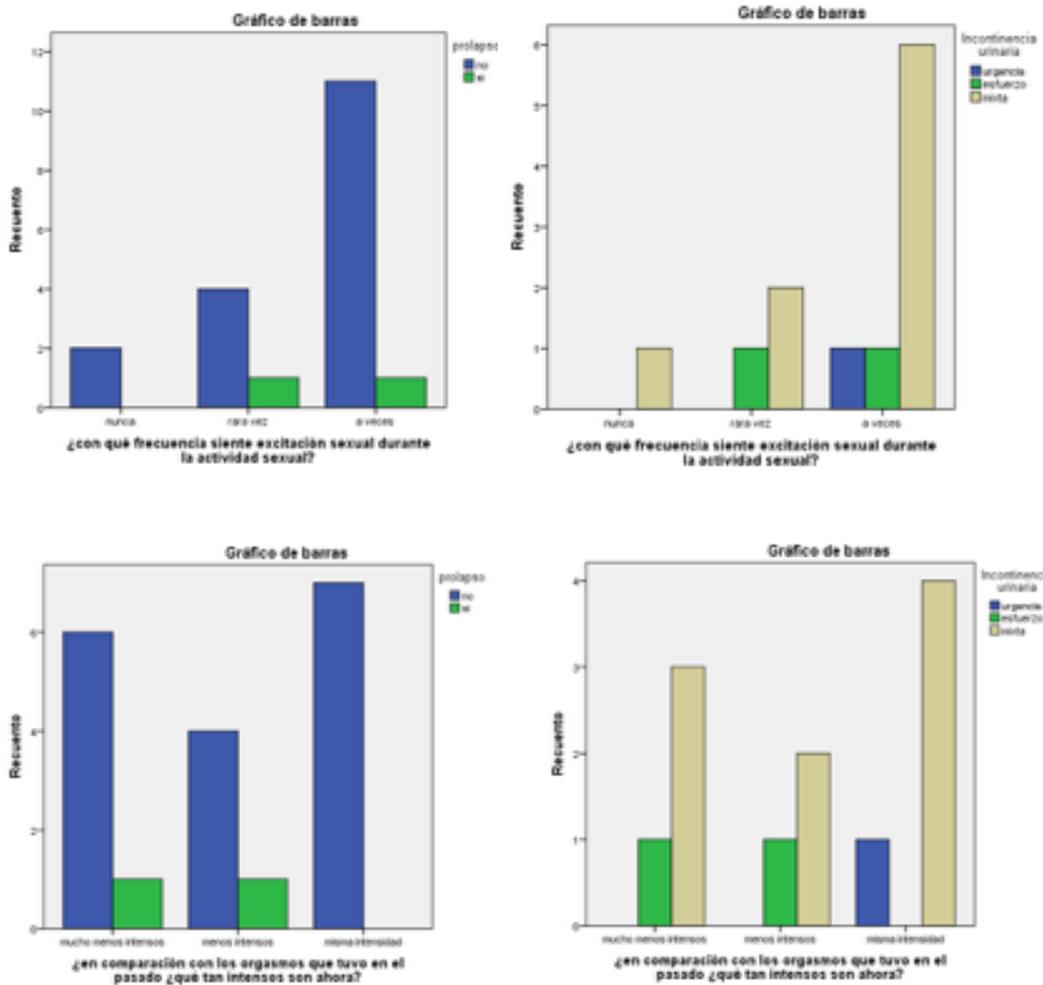
Tabla 10. Puntuaciones medias de las principales causas de disfunción sexual

	Orgasmo	Relacionados con la pareja	Factores específicos de la condición	Calidad global	Impacto de la patología	Deseo
Media	8.84	9.21	9.16	12.74	9.32	8.47
Dev. típ.	2.316	1.512	2.986	2.725	1.416	1.020
Mínimo	5	6	3	7	7	6
Máximo	15	12	14	17	13	10

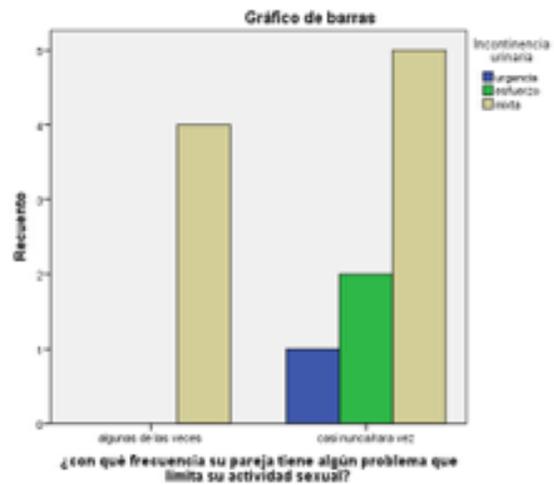
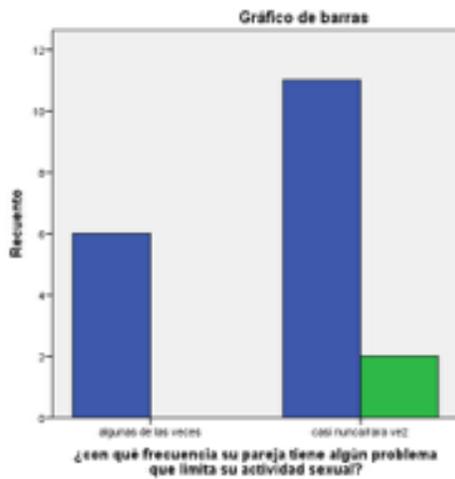
Respecto a las pacientes no sexualmente activas la principal área de disfunción sexual fue Calidad Global (14.6), seguido de Factores específicos de la enfermedad (9.9), Impacto de la patología (5.1) y relacionado a la pareja (1.6).

	Relacionado a la pareja	Factores específicos de la enfermedad	Calidad Global	Impacto de la patología
Media	1.69	9.92	14.62	5.15
Desv. típ.	1.316	1.498	2.755	1.068
Mínimo	1	7	11	3
Máximo	4	12	18	8

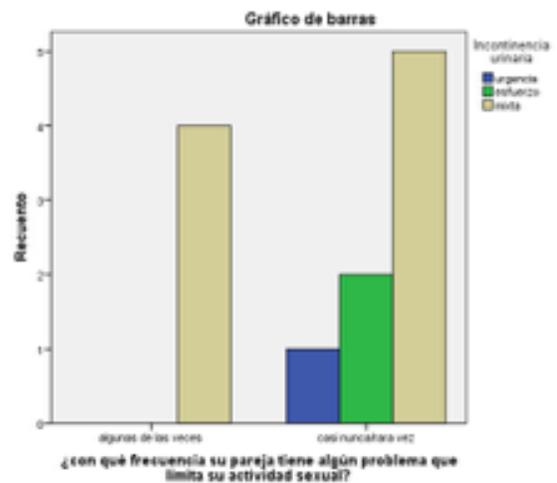
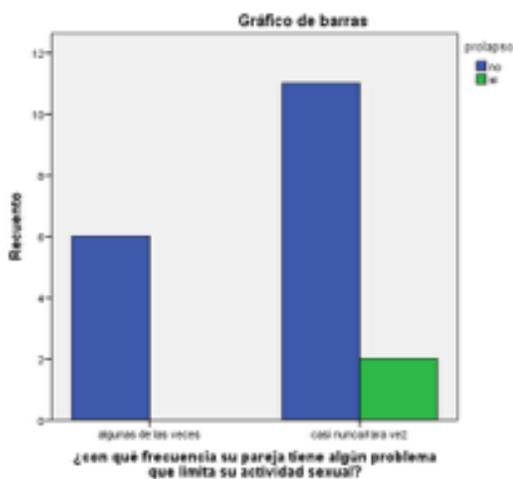
En cuanto al área de orgasmo, en la pregunta 7 ¿Con qué frecuencia siente excitación sexual durante la actividad sexual? Las pacientes sexualmente activas con prolapso de órganos pélvicos el 63.2% refirió que a veces presenta excitación durante la actividad sexual, el 26.3% rara vez y el 10.5% nunca (ver figura 8) y las pacientes con incontinencia urinaria el 66.7% refiere que a veces siente excitación durante la actividad sexual, el 25% rara vez y el 8.3% nunca. (ver figura 9)



En cuanto al área de orgasmo, en la pregunta 10: En comparación con los orgasmos que tuvo en el pasado ¿Qué tan intensos son ahora? En las pacientes sexualmente activas con prolapso de órganos pélvicos el 36.8% refirió son mucho menos intensos, el 26.3% menos intensos y el 36.8% los refieren de la misma intensidad (ver figura 10) y las pacientes con incontinencia urinaria el 33.3% refirió los orgasmos sin mucho menos intensos, el 25% menos intensos y el 41.7% con la misma intensidad. (ver figura 11)



En el área de la pareja, en la pregunta ¿Con qué frecuencia su pareja tiene algún problema que limita su actividad sexual? las pacientes sexualmente activas con prolapso de órganos pélvicos el 68.4% casi nunca/rara vez su pareja tiene algún tipo de problema (ver figura 11) y en las pacientes con incontinencia urinaria el 66% indica que casi nunca/rara vez su pareja tiene agua tipo de problema que limite su actividad sexual (ver figura 12).



Referente a la calidad global, en la pregunta 19a en la que especifican que tan satisfecha se sienten con su vida sexual, las pacientes sexualmente activas con prolapso de órganos pélvicos el 36.8% no se siente ni satisfecha ni insatisfecha y el 21.1 se refiere vida sexual totalmente insatisfecha. (ver figura 13) y las pacientes con incontinencia urinaria el 41.7% no se refiere sin satisfecha ni isatisfecha con su vida sexual y el 16.7% se refiere totalmente insatisfecha (ver figura 14).

Figura 13.

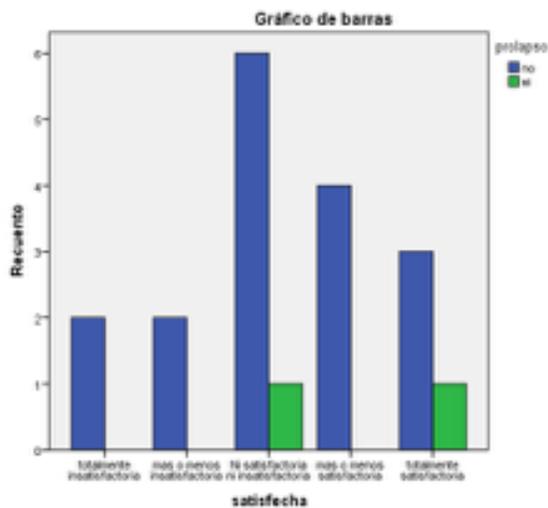
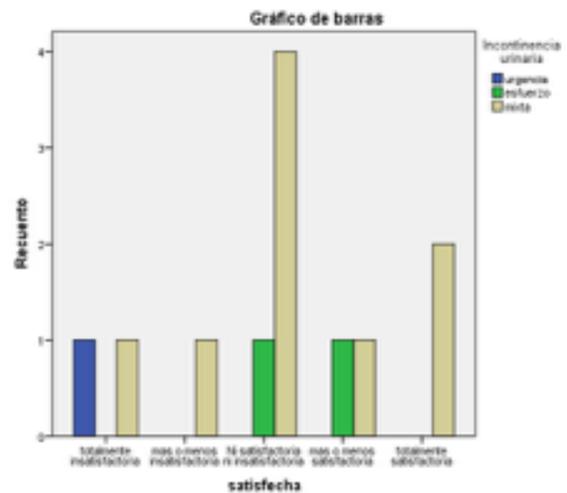


Figura 14.



En el área de impacto de la patología en la pregunta 18, ¿Qué tanto, el miedo a que tenga incontinencia de la orina o heces y/o aparezca un bulto en la vagina hace que evite su actividad sexual? Las pacientes sexualmente activas con prolapso de órganos pélvicos refiere no tener miedo en un 52.6% y algo en un 21.21% (ver tabla 11) y en las pacientes con incontinencia urinaria refiere no tener miedo en un 41.7% y algo en un 25% (ver tabla 12).

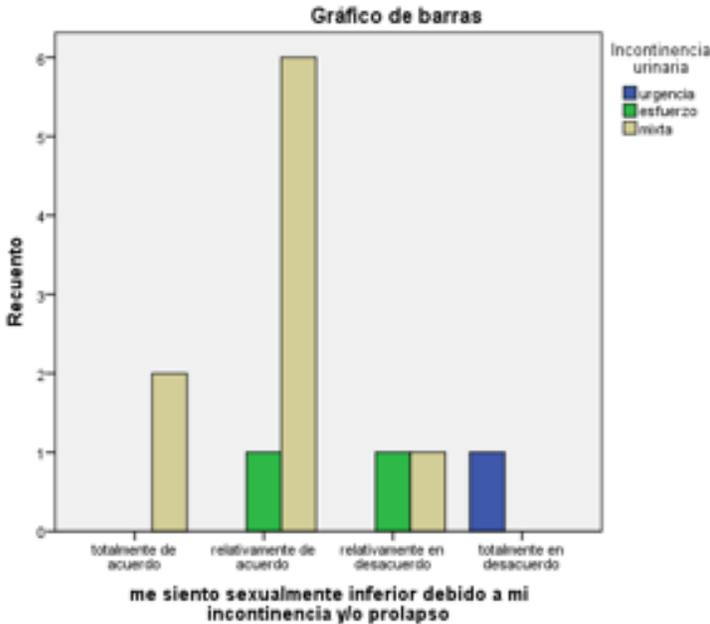
Tabla 11.					
			prolapso		Total
			no	si	
¿qué tanto, el miedo a que tenga incontinencia de orina o heces y/o aparezca un bulto en la vagina hace que evite su actividad sexual?	algo	n	4	0	4
		%	21.1%	0.0%	21.1%
	un poco	n	5	0	5
		%	26.3%	0.0%	26.3%
	para nada	n	8	2	10
		%	42.1%	10.5%	52.6%
Total		n	17	2	19
		%	89.5%	10.5%	100.0%

Tabla 12.						
			Incontinencia urinaria			Total
			urgencia	esfuerzo	mixta	
¿qué tanto, el miedo a que tenga incontinencia de orina o heces y/o aparezca un bulto en la vagina hace que evite su actividad sexual?	algo	n	1	2	1	4
		%	8.3%	16.7%	8.3%	33.3%
	un poco	n	0	0	3	3
		%	0.0%	0.0%	25.0%	25.0%
	para nada	n	0	0	5	5
		%	0.0%	0.0%	41.7%	41.7%
Total		n	1	2	9	12
		%	8.3%	16.7%	75.0%	100.0%

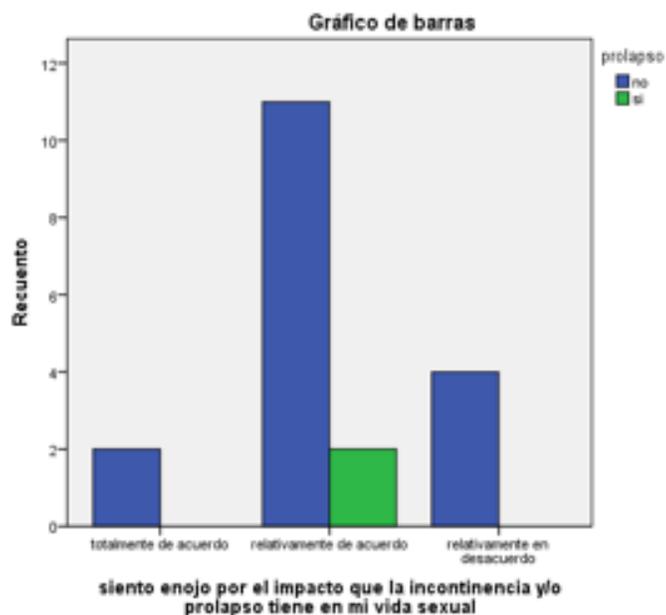
En relación al impacto de la patología en la pregunta 20b ¿Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso? Las pacientes sexualmente activas con prolapso de órganos pélvicos refirieron sentirse sexualmente inferior en un 84.2%, refiriendo sentirse totalmente de acuerdo en un 26.3%, relativamente de acuerdo en un 57.9%, relativamente en desacuerdo en un 10.5% y totalmente en desacuerdo un 5.3%. (Ver tabla 13).

Tabla 13						
			prolapso		Total	
			no	si		
me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	totalmente de acuerdo	n	5	0	5	
		%	26.3%	0.0%	26.3%	
	relativamente de acuerdo	n	9	2	11	
		%	47.4%	10.5%	57.9%	
	relativamente en desacuerdo	n	2	0	2	
		%	10.5%	0.0%	10.5%	
	totalmente en desacuerdo	n	1	0	1	
		%	5.3%	0.0%	5.3%	
	Total		n	17	2	19
			%	89.5%	10.5%	100.0%

En relación al impacto de la patología en la pregunta 20b ¿Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso? Las pacientes sexualmente activas con incontinencia urinaria refirieron sentirse sexualmente inferior en un 75%, refiriendo sentirse totalmente de acuerdo en un 16.7%, relativamente de acuerdo en un 58.3%, relativamente en desacuerdo en un 16.7% y totalmente en desacuerdo un 8.3%. (Ver figura 15).



En relación al impacto de la patología en la pregunta 20d ¿Siento enojo por el impacto que la incontinencia y/o prolapso tiene en mi vida sexual? Las pacientes sexualmente activas con prolapso de órganos pélvicos refirieron sentir enojo en un 78.9%, refiriendo sentirse totalmente de acuerdo en un 10.5%, relativamente de acuerdo en un 68.4%, relativamente en desacuerdo en un 21.1% y totalmente en desacuerdo un 21.1%. (Ver figura 16).

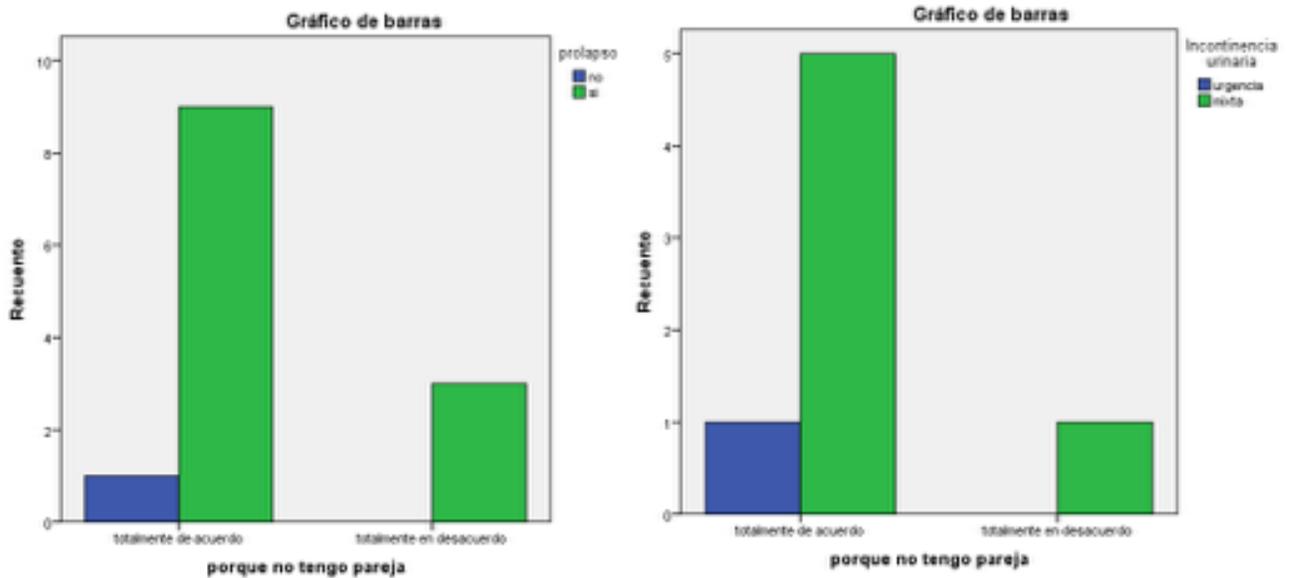


En relación al impacto de la patología en la pregunta 20d ¿Siento enojo por el impacto que la incontinencia y/o prolapso tiene en mi vida sexual? Las pacientes sexualmente activas con incontinencia urinaria refirieron sentir enojo en un 75%, refiriendo sentirse totalmente de acuerdo en un 8.3%, relativamente de acuerdo en un 66.7%, relativamente en desacuerdo en un 25% (Ver tabla 14).

Tabla 14.

		Incontinencia urinaria			Total	
		urgencia	esfuerzo	mixta		
siento enojo por el impacto que la incontinencia y/o prolapso tiene en mi vida sexual	totalmente de acuerdo	n	0	0	1	1
		%	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%
	relativamente de acuerdo	n	0	2	6	8
		%	0.0%	16.7%	50.0%	66.7%
	relativamente en desacuerdo	n	1	0	2	3
		%	8.3%	0.0%	16.7%	25.0%
Total	n	1	2	9	12	
	%	8.3%	16.7%	75.0%	100.0%	

En relación a la pareja, en la pregunta 2a en las razones por las cuales no es sexualmente activa, las pacientes con prolapso de órganos refirieron en un 76.9% por no tener pareja (ver figura 17) y las pacientes con incontinencia urinaria el 85.7% refirió por no tener pareja. (ver figura 18).

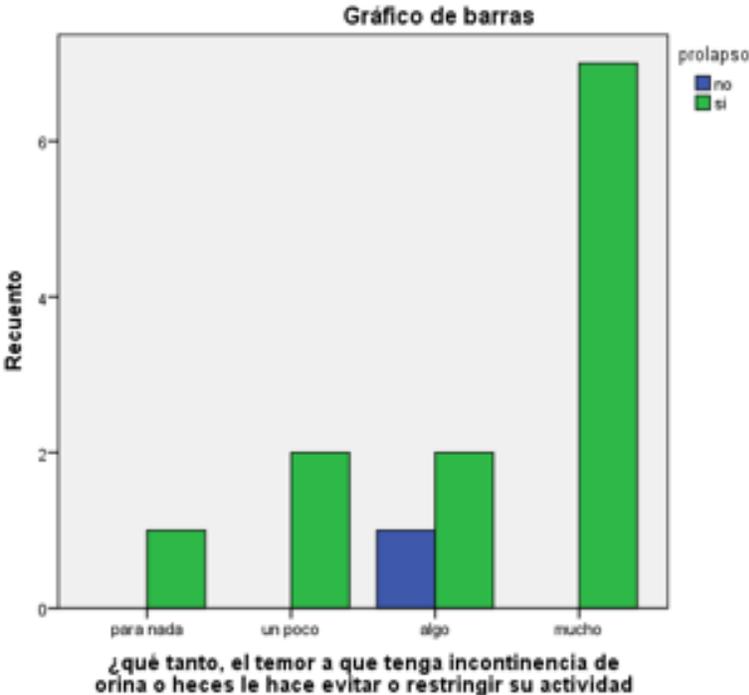


En relación a la pareja, en la pregunta 2c en las razones por las cuales no es sexualmente activa, las pacientes con prolapso de órganos refirieron por problemas en la vejiga/intestino o prolapso totalmente de acuerdo en un 38.5% y relativamente de acuerdo en un 61.5% (ver tabla 15) y las pacientes con incontinencia urinaria refirieron estar totalmente de acuerdo en un 42.9% y relativamente de acuerdo en un 57.1% (ver tabla 16).

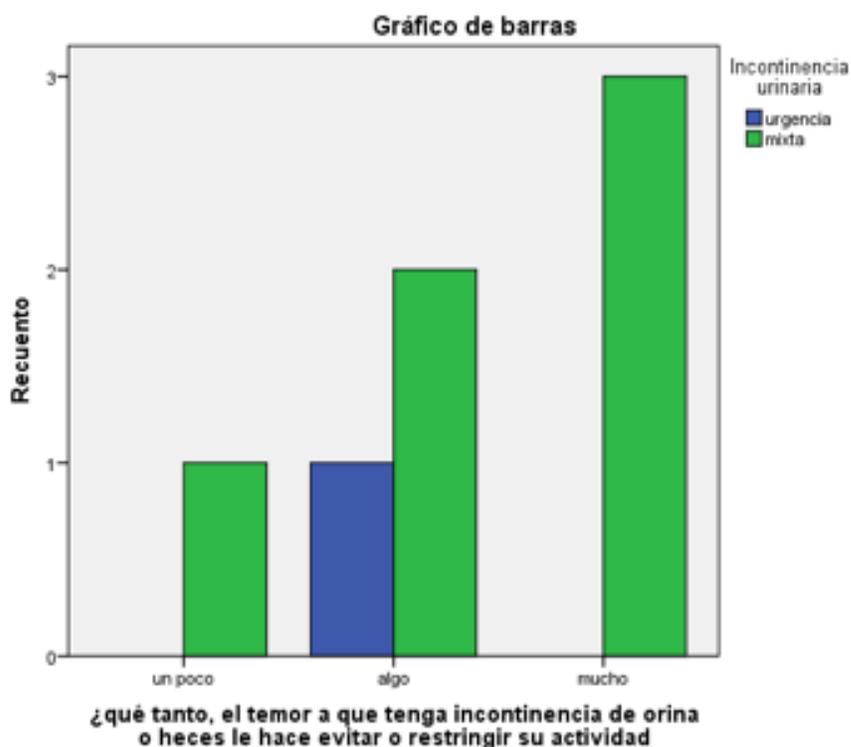
Tabla 15. Razón por la cual no es sexualmente activa					
			prolapso		Total
			no	si	
por problemas en la vejiga o intestino o prolapso	totalmente de acuerdo	n	0	5	5
		%	0.0%	38.5%	38.5%
	relativamente de acuerdo	n	1	7	8
		%	7.7%	53.8%	61.5%
Total		n	1	12	13
		%	7.7%	92.3%	100.0%

Tabla 16. Razón por la cual no es sexualmente activa					
			Incontinencia urinaria		Total
			urgencia	mixta	
por problemas en la vejiga o intestino o prolapso	totalmente de acuerdo	n	0	3	3
		%	0.0%	42.9%	42.9%
	relativamente de acuerdo	n	1	3	4
		%	14.3%	42.9%	57.1%
Total		n	1	6	7
		%	14.3%	85.7%	100.0%

Referente a la calidad global, la pregunta 3. ¿Qué tanto, el temor a que tenga incontinencia de orina o heces y/o aparezcan bulto en la vagina (ya sea que la vejiga, el recto o el útero se salgan) le hace evitar o restringir su actividad? Las pacientes con prolapso de órganos pélvico, el 53.8% refirió mucho, el 23.1% algo, 15.4% un poco y 7.7% nada (ver figura 19).



Referente a la calidad global, la pregunta 3. ¿Qué tanto, el temor a que tenga incontinencia de orina o heces y/o aparezcan bulto en la vagina (ya sea que la vejiga, el recto o el útero se salgan) le hace evitar o restringir su actividad? Las pacientes con incontinencia urinaria el 42.9% refirió mucho, el 42.9% algo y 14.3% un poco (ver figura 20).



En el área de impacto de la condición, en la pregunta 5b me siento sexualmente inferior debido mi incontinencia y/o prolapso, el 38.5% de las pacientes con prolapso de órganos pélvico refirió estar totalmente de acuerdo y el 61.5% relativamente de acuerdo. (ver tabla 17) y las pacientes con incontinencia urinaria el 28.6% refirió estar totalmente de acuerdo y el 71.4% relativamente de acuerdo. (ver tabla 18).

Tabla 17.					
			prolapso		Total
			no	si	
me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	totalmente de acuerdo	n	0	5	5
		%	0.0%	38.5%	38.5%
	relativamente de acuerdo	n	1	7	8
		%	7.7%	53.8%	61.5%
Total		n	1	12	13
		%	7.7%	92.3%	100.0%

Tabla 18.					
			Incontinencia urinaria		Total
			urgencia	mixta	
me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	totalmente de acuerdo	n	0	2	2
		%	0.0%	28.6%	28.6%
	relativamente de acuerdo	n	1	4	5
		%	14.3%	57.1%	71.4%
Total		n	1	6	7
		%	14.3%	85.7%	100.0%

DISCUSIÓN

En el 2012 Flores y colaboradores, publicaron en la revista chilena de obstetricia y ginecología un estudio, cuyo objetivo fue describir la función sexual de un grupo de mujeres que presentan algún tipo de trastorno de piso pélvico a través de un estudio descriptivo a 195 mujeres con diagnóstico de alteraciones de piso pélvico utilizando un cuestionario que incluía evaluación de aspectos sociodemográficos y de la función sexual con instrumento PISQ-12. Se obtuvo como resultados que el 73,7% de las mujeres refieren tener algún grado de insatisfacción con su vida sexual actual afectando principalmente el área del deseo sexual. Dentro de las limitaciones en la relación sexual reportadas se encuentran: orgasmos menos frecuentes (70,5%), dispareunia (89,5%), problemas de erección (40%) y eyaculación precoz (47,4%) en sus parejas. Concluyeron que las mujeres reportan niveles de insatisfacción con su vida sexual, disminución de su deseo sexual, dolor durante la relación sexual y disminución de la intensidad del orgasmo. En nuestro estudio se reportó que el 38.5% de las pacientes no sexualmente activas presentó algún grado de disfunción sexual y el 43.8% de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos presentó aligerado de disfunción sexual.

En 2016, Karbage y colaboradores, publicaron en la *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* un estudio, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de las características sociodemográficas en la función sexual de las mujeres brasileñas con incontinencia urinaria. Se realizó un estudio transversal con 251 mujeres con incontinencia urinaria en el período de abril a junio de 2014. En primer lugar, se compararon las características sociodemográficas y disfunciones del suelo pélvico entre grupos de mujeres con y sin actividad sexual. En segundo lugar, compararon las variables anteriores con la puntuación total del cuestionario de función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos pélvicos, Incontinencia urinaria y/ o fecal (PISQ-12). Se obtuvo como resultado, que las mujeres con actividad sexual tienden a ser más altas, no presentan menopáusicas, tienen problemas de salud y no son hipertensas. La puntuación total media de PISQ-12 fue de 27.30. Las mujeres que asistieron a la escuela primaria, con incontinencia urinaria coital, con estreñimiento moderado y prolapso sintomático tienen peor función sexual. Las mujeres premenopáusicas con incontinencia urinaria mixta tienen una función sexual peor que aquellas con incontinencia urinaria de esfuerzo. en nuestro estudio se obtuvo que la edad de las pacientes sexualmente activas fue de los 28 a los 69 años, con una edad promedio de 47.1 ± 10.3 , mientras que

para las pacientes no sexualmente activas fue de los 48 a los 69 años, con una edad promedio mayor siendo de 57.3 ± 6.6

En 2008, Pérez y colaboradores realizaron un estudio, con el objetivo de investigar la prevalencia de disfunción sexual en una población que acude a un servicio de Urología, sea como paciente o como persona acompañante de paciente. Durante cinco meses se distribuyó un cuestionario sexual: Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index o FSFI) a todas las mujeres que acudieron al centro médico, como pacientes o como acompañantes. Del total de casos, 9/44 (20.45%) reportaron bajo o nulo deseo sexual; 12/44 (27.27%) reportaron baja excitación sexual, 11/44 (25%) reportaron dificultad para mantener la lubricación, 15/44 (34.09%) fueron anorgásmicas, 8/44 (18.18%) reportaron dispareunia y 3/44 (6.81%) tuvieron disminución en la sensibilidad en el área del clítoris. El 25% (11/44) de las encuestadas se quejaron de insatisfacción sexual, comparado con 38.63% (17/44) de mujeres que reconocieron tener disfunción sexual, sin embargo, sólo 11.36% (5/44) desearían obtener ayuda para resolver su problema. En relación al estado civil, el riesgo relativo de tener disfunción sexual fue de 2.2 en las casadas (95% IC, $p = >0.000$). En las mujeres sin disfunción sexual, el promedio de edad fue de 26.6 años (rango 16-44), comparado con la edad de mujeres con quejas de disfunción sexual de 36.34 años (rango 24-49) con diferencia estadísticamente significativa ($p = <0.05$). [25]

En el 2015, se realiza una tesis sobre el impacto de la disfunción del piso pélvico sobre la función sexual, realizado en el instituto nacional de perinatología, en el que se aplicó a 50 mujeres en índice de función sexual femenina y el PISQ-31. 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 >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 ($p < 0.00001$). El dominio más afectado fue el emotivo-conductual. [26]. En nuestro estudio respecto a las pacientes que fueron sexualmente activas el 6.2% presentó prolapso de órganos pélvicos; mientras que el 59.4% presento incontinencia urinaria Y de las pacientes no sexualmente activas el 37.5% presentó prolapso; finalmente el 31.2% incontinencia urinaria. Se observa que el 41.7% de las pacientes no sexualmente activas tuvieron prolapso grado IV, seguido de 33.3% prolapso grado III, 16.7% prolapso grado I y 8.3% prolapso grado II; mientras que en el grupo de las sexualmente activas el 50% presentaron prolapso grado I, 50% grado II no presentándose pacientes en el grado III ni IV ; no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre grado de prolapso y ser o no sexualmente activa

En 2017 se realizó un estudio de tesis aplicado en población en un hospital general de la Ciudad de México. Se aplicaron 100 cuestionarios en la consulta externa de ginecología a todas las pacientes que acudían a

consulta externa de primera vez en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”. Se analizaron 30 cuestionarios encontrando que a pesar de contar con disfunción sexual en varios tipos de la respuesta sexual humana, la más frecuente eran las alteraciones de la función sexual en la fase de excitación presentando un 31.4% de las pacientes sin trastorno, el 54.2% trastorno moderado y el 14.4% con trastorno de la excitación severo. Concluyendo que la edad, en especial entre los 40 y 60 años, no solo condicionará a la presencia de disfunción sexual, si no a la satisfacción sexual general, de la misma forma que la presencia de enfermedades crónicas, psicoafectivas, o a la presencia de síndrome climatérico y de forma independiente condicionarán también el grado de satisfacción sexual de las mujeres. [27]

En 2018, Lopez Maguey y colaboradores, realizaron un estudio prospectivo y descriptivo, al que se incluyeron mujeres de 20 a 60 años de edad, quienes asistieron a consulta o formaron parte del equipo médico y de trabajo del Hospital General Dr. Manuel Gea González, entre noviembre de 2016 y junio de 2017, para responder el Cuestionario IFSF de disfunción sexual femenina, cuyo objetivo era Estimar la prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de

tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Se aplicaron 171 cuestionarios; el promedio de edad de las participantes fue de 34.6 años; 1.1 parejas sexuales en los últimos cuatro meses e IMC de 27.7 kg. Solo 45 (35%) mujeres disfunción sexual. La prevalencia aumentó de acuerdo con la edad: en menores de 30 años fue de 17% y en mayores de 40 de 66%. Los

principales trastornos asociados con la disfunción sexual fueron: deseo sexual disminuido (28%), incapacidad para la excitación (17%), para alcanzar el orgasmo (17%), para conseguir la lubricación suficiente (11%) y dispareunia (11%). [28] En nuestro estudio Se encontró que la principal área de disfunción sexual en las pacientes sexualmente activas fueron la calidad global con una puntuación media de 12.7, seguido de impacto de la patología 9.3, relacionados con la pareja 9.2, factores específicos de la condición 9.1, orgasmo 8.8 y deseo 8.4. Y respecto a las pacientes no sexualmente activas la principal área de disfunción sexual fue Calidad Global (14.6), seguido de Factores específicos de la enfermedad (9.9), Impacto de la patología (5.1) y relacionado a la pareja (1.6).

CONCLUSIONES

Respecto a las pacientes que fueron sexualmente activas el 6.2% presentó prolapso de órganos pélvicos siendo el 50% prolapso grado I; mientras que el 59.4% presento incontinencia urinaria siendo el tipo más frecuente la incontinencia mixta en un 75%. Y de las pacientes no sexualmente activas el 37.5% presentó prolapso siendo el 33.3% prolapso grado IV; finalmente el 31.2% incontinencia urinaria siendo más frecuente la incontinencia tipo mixta en un 85.7%. Con relación a incontinencia anal únicamente una paciente mostró de tipo gases.

El 43.8% de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos presentaron disfunción sexual; mientras que el 90.6% de las pacientes que las pacientes con disfunción sexual presentaron incontinencia urinaria.

Cabe mencionar que de acuerdo a los puntos de corte del PISQ se encontró que el 61.5% de las mujeres no sexualmente activas no presento disfunción sexual mientras que el 38.5% su disfunción sexual fue leve; no habiendo casos con disfunción moderada o severa. En las mujeres sexualmente activas el 52.6% fue disfunción moderada, 31.6% severa y 15.8% leve y en este grupo no se presentaron casos sin disfunción;

Al comparar el nivel de disfunción sexual por grado de prolapso se encontró que en las pacientes sin disfunción sexual el 42.8% presentó prolapso grado III, 28.6% grado IV, 14.3% grado II y 14.3% grado I; en las pacientes con disfunción sexual leve el 49.9% presento prolapso grado IV, 16.7% grado III,

16.7 grado II y 16.7% grado I; mientras que una de las pacientes de disfunción sexual moderada presento prolapso grado I

Se realizó comparación entre el tipo de incontinencia urinaria y nivel de disfunción sexual, donde en las pacientes sin disfunción el 83.3% fue mixta y el 16.7% de urgencia; para las pacientes con disfunción sexual leve el 100% fue de tipo mixta; pacientes con disfunción moderada el 66.7% fue mixta y el 33.3% de esfuerzo; finalmente en el grupo de disfunción severa el 75% de la incontinencia fue mixta y el 25% de urgencia

Se encontró que la principal área de disfunción sexual en las pacientes sexualmente activas fueron la calidad global con una puntuación media de 12.7, seguido de impacto de la patología 9.3, relacionados con la pareja 9.2, factores específicos de la condición 9.1, orgasmo 8.8 y deseo 8.4

Respecto a las pacientes no sexualmente activas la principal área de disfunción sexual fue Calidad Global (14.6), seguido de Factores específicos de la enfermedad (9.9), Impacto de la patología (5.1) y relacionado a la pareja (1.6).

Con los resultados obtenidos se puede concluir que las pacientes con disfunción del piso pélvico presentar en su mayoría algún grado de disfunción sexual, presentando un alto impacto de la patología en la calidad de vida de las pacientes.

El factor físico influye ampliamente en la función sexual de las mujeres que presentan alguna patología del piso pélvico. Es importante el diagnóstico y tratamiento de la patología primaria del piso pélvico para poder ofrecer por consecuencia una mejoría en la función de sexual de las mujeres.

RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar más estudio enfocados a valorar la función sexual en las pacientes con disfunción del piso pélvico para establecer tratamiento de la patología y posteriormente reevaluación de la función sexual y valorar la mejoría.

Es importante que se busque intencionadamente en la consulta de ginecología la disfunción del piso pélvico, ya que de ella se derivan diferentes patologías como hemos comprobando alteración en la función sexual.

Una vez se realiza la búsqueda intencionada de las mujeres con disfunción del piso pélvico, al realizar el tratamiento indicado para esta patología se mejoraría la función sexual de las pacientes, se propone dar seguimiento a este estudio realizando un estudio con la aplicación del mismo cuestionario posterior a tratamiento y valorar la mejoría de la función sexual de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20 Suppl 1:S33-43
2. Disfunciones sexuales femeninas: intervención y tratamiento. Guías de práctica clínica. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(1):S391-S413
3. Sheryl A. Kingsberg, Terri Woodard, Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015 Feb;125(2):477-86
4. Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, Thakar R, Kammerer-Doak DN, Pauls RN, et al. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the pelvic organ prolapse/incontinence sexual questionnaire, IUGA-revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2013;24(7): 1091–103
5. Kammerer-Doak, Dorothy. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* (2009) 20 (Suppl 1):S45–S50
6. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapses and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200(184):1-7

7. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors in women at the United States Military Academy. *Obstet Gynecol*. 2009;113:609-16.
8. Boulanger DL, Lucot JP, Boukerrou MI. Transvaginal surgery for genital prolapse in women aged over 80 years in Europe Results in 48 procedures. *J Gynecol Obste Biol Reprod*. 2008;35(7):685-90
9. Defining sexual health: Report of technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva: *World Health Organization*; 2006
10. Karbage SAL, et al. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. *Eur J Obstet Gynecol* (2016)
11. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol* 2014;123:1201–6.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *San Francisco: American Psychiatric Association*; 2013
13. Rogers RG (2013) Sexual function in women with pelvic floor disorders. *Can Urol Assoc J* 7(9–10 [Suppl 4]):S199–S201
14. Mestre M, et al. Los cuestionarios en la evaluación de la actividad y función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Actas Urol Esp*. 2014

15. Mestre, M. & Lleberia, J. & Pubill, J. & Espuña-Pons, M. Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR): Transcultural validation. *Int Urogynecol J*. Published online: 08 april 2017
16. Pérez-Martínez C, Vargas-Díaz HB, Castolo M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. *Rev Mex Urol* 2008;68(2):98-102
17. González Venegas, L., Gorbea Chávez, V. Impacto sobre la disfunción del piso pélvico sobre la función sexual. Tesis para obtener el título de urología ginecológica. 2015
18. Garnica Ramírez I, Campos Sánchez E, Frecuencia de disfunción sexual y factores relacionados en mujeres que acuden a consulta externa de ginecología. Tesis para obtener el título de ginecología. 2017
19. López-Maguey, R. et al. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México *Rev Mex Urol*. 2018 mayo-junio;78(3):169-17
20. Espuña Pons M. Sexual health in women with pelvic floor disorders: Measuring the sexual activity and function with questionnaires-a summary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20 Suppl 1:S51-6.
21. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24: 1783–90.

22. Roos A-M, Thakar R, Sultan AH, Burger CW, and Paulus ATG. Pelvic floor dysfunction: Women's sexual concerns unraveled. *J Sex Med* 2014;11:743–752.
23. Jha, S. and Gopinath, D. Prolapse or incontinence: what affects sexual function the most? *Int Urogynecol J.* 2016; 27: 607–611.
24. Celik DB, Kizilkaya BN, Yalcin O (2014) Sexual function in women after urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse surgery. *J Clin Nurs* 23(17–18):2637–2648
25. Ulrich D, Dwyer P, Rosamilia A, Lim Y, Lee J (2015) The effect of vaginal pelvic organ prolapse surgery on sexual function. *Neurourol Urodyn* 34(4):316–321
26. Ramón Musibay, E. Borges Sandrino, R. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2016;42(3).
27. Martínez Torres, JC. et al. Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. ¿Problemas de salud relacionados? *Revista Sexología y Sociedad.* 2015; 21(2) 224-233
28. Campos Zamora M., Zamora Escudero R. Traducción al español y validación mexicana del cuestionario PISQ-IR (Pelvic organ prolapse / incontinence sexual questionnaire IUGA-Revised Tesis para obtener el título de especialista en ginecología y obstetricia.2016