



FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE GRADUADOS  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

# **EVALUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DE PISO PÉLVICO**

CLÍNICA GINECOTOCOLÓGICA “B”  
HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PROF. DR. FRANCISCO COPPOLA

Dra. María Florencia Prada

Residente Ginecotología en Asociación Española

Período 2020 - 2023

## ÍNDICE

- I. Resumen
- II. Marco Teórico
  - i. Generalidades de las patologías del piso pélvico
    - a. Prolapso de órganos pélvicos
    - b. Incontinencia de orina
    - c. Incontinencia fecal
    - d. Síndrome genitourinario de la menopausia
  - ii. Generalidades de la función sexual femenina
  - iii. Disfunción sexual
  - iv. Disfunción sexual y patología del piso pélvico
- III. Objetivos
- IV. Materiales y métodos
- V. Resultados
- VI. Discusión
- VII. Conclusiones
- VIII. Bibliografía
- IX. Anexos

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a la Dra. Natalia Benavides, ex Jefa de residentes de la Clínica Ginecológica B, quién fue mi referente en la policlínica de piso pélvico de la Asociación Española, impulsándome a realizar este trabajo de investigación, brindando en todo momento conocimiento y enseñanza.

A la Dra. Gabriela Laporte y al Dr. Alejandro Mandiá, por ser mis guías y acompañarme en el camino de estos tres años de residencia, tanto a nivel profesional, pero por sobre todo humano.

## I. RESUMEN

**Objetivos:** Describir y caracterizar las disfunciones sexuales en pacientes portadoras de patología de piso pélvico, en la población de usuarias de la policlínica especializada en piso pélvico, de la Asociación Española, durante el período comprendido entre diciembre de 2022 y abril de 2023.

**Métodos:** Análisis observacional, analítico, retrospectivo, con datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario validado “Índice de Función Sexual Femenina”. La muestra corresponde a 69 pacientes que asisten a consulta en policlínica de piso pélvico. Se analizaron datos como la edad, patologías médicas, patología de piso pélvico, etapa reproductiva y paridad.

**Resultados:** Se encuestó a 69 pacientes, con una edad media de 57,3 años. El 71% se encontraban en menopausia. 59% tenían pareja. En cuanto a la paridad, 77% tenían más de 2 hijos. Los mayores puntajes de sexualidad se obtuvieron para las pacientes comprendidas entre los 20 y 40 años. El dominio con puntaje más bajo fue el de dolor, seguido estrechamente por excitación y deseo con misma puntuación. Satisfacción obtuvo el mayor puntaje. 66,6% presentaron puntajes diagnósticos de disfunción sexual. El POP fue la patología de piso pélvico más frecuente en un 57%, y la HTA se destacó como comorbilidad en un 33%.

**Conclusiones:** En la población estudiada se detectó una prevalencia de disfunción sexual del 66.6%, siendo esta una alta prevalencia, mayor que la reportada en otros estudios.

## II. MARCO TEÓRICO

### i: GENERALIDADES DE LAS PATOLOGÍAS DEL PISO PÉLVICO

Las disfunciones del piso pélvico, dentro de las cuales se encuentran el prolapso de órganos pélvicos (POP), la incontinencia de orina (IO), la incontinencia fecal (IF), y el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), representan un problema de salud muy frecuente en todo el mundo, teniendo una prevalencia aproximada de 25% en la población femenina, pero se sabe que casi un 50% de las mujeres tendrá al menos una condición que afecte la salud de su suelo pélvico en la vida.(1)

Estas entidades, no tendrán por sí solas las afectaciones propias de su patología, si no, una repercusión en la vida social, laboral y económica y también sexual de la paciente, siendo este último muchas veces uno de los motivos que estimulan a la mujer a consultar.

La International Continence Society (ICS) y la International Urogynecology Association (IUGA), recomiendan la inclusión de medición de calidad de vida en todos los estudios de IO o POP, evidenciando su evaluación como un resultado esencial después de cualquier intervención en el área.(2)

La etiología de estas alteraciones está dada por una alteración en el soporte de las estructuras anatómicas, o un daño en la inervación de los músculos, tejido conectivo y del contenido pélvico, el útero, la vaginal, la vejiga e intestinos. Se pueden clasificar según la alteración que generarán, en alteraciones del compartimiento anterior, que incluyen la función sexual y urinaria, y alteraciones del comportamiento posterior, dados por afectación de la función rectal y evacuatoria.

### ETIOPATOGENIA

Para reconocer un defecto o trastorno del piso pélvico, primero debemos conocer su definición y sus competentes.

Se define como piso pélvico al conjunto de estructuras musculares y visceros-aponeuróticas, que cierran la porción inferior de la cavidad abdomino-pélvica. El soporte del piso pélvico está dado por dos principios mecánicos: uno estático, dado por la fascia endopélvica, con la principal función de brindar soporte; y otro dinámico, definido por los músculos del elevador del ano, constituido por los haces musculares (haz pubococcígeo, puborrectal e iliococcígeo, que cierran toda la luz entre los órganos generando un sellamiento del piso pélvico.

La fascia endopélvica consiste de una red compuesta por colágeno, elastina, fibras musculares y haces vasculares, que rodean a todas las vísceras del piso pélvico, que le dan el soporte lateral, vasculatura e inervación. La parte superior de la vagina y útero se encuentran

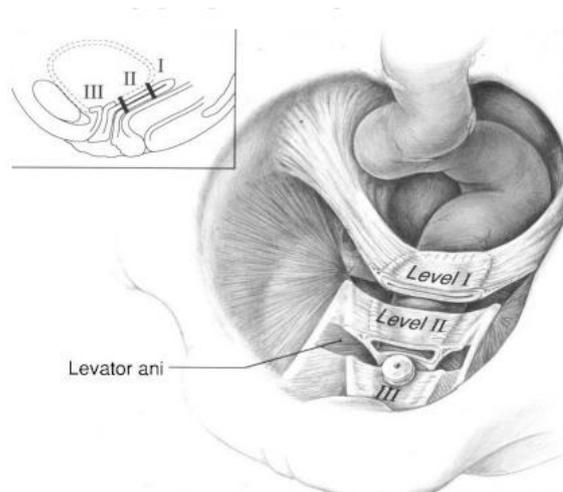
suspendidas hacia la pelvis ósea por los ligamentos útero sacro y ligamentos cardinales. Estos conforman alrededor del cérvix uterino el anillo pericervical.

Tomando la vagina como centro medio, se reconoce un sector anterior de la pelvis, delimitado por la fascia pubocervical, que incluye a la vejiga y a la uretra, y un sector posterior, delimitado por el tabique rectovaginal, que contiene al recto.(3)

La teoría de los tres niveles de Lancey constituye un esquema de gran ayuda para comprender la etiopatogenia de los trastornos del piso pélvico, vinculadas principalmente al prolapso y defectos en el soporte.(4,5)

Se reconocen así, tres niveles:

- Nivel I: inserción de los ligamentos cardinales y uterosacros al cuello uterino y la parte superior de la vagina. Permite la suspensión tanto del cérvix como de la parte superior de la vagina. En conjunto, este complejo de tejido conjuntivo denso visceral mantiene la longitud y el eje horizontal de la vagina. Los defectos en este complejo de soporte dan origen al prolapso apical.
- Nivel II: Compuesto por el tercio medio de la vagina. La fascia pubocervical en posición horizontal, presenta una función de hamaca; se sujeta en dos ligamentos que corren del pubis hacia la espina ciática en posición horizontal. La IO de esfuerzo femenina depende de la pérdida de este mecanismo de hamaca. El desprendimiento de este tejido conjuntivo del arco tendinoso de la fascia pélvica produce prolapso lateral o para vaginal anterior de la pared vaginal.
- Nivel III: Este nivel está compuesto por el cuerpo del periné y la estructuras que lo conforman: esfínter anal externo, músculos superficiales del periné y la membrana perineal. Corresponde al nivel de fusión. La fusión ocurre de la uretra al pubis a través de los ligamentos pubouretrales, y de la vagina posterior al cuerpo perineal que es una estructura músculo tendinosa, que permite mantener la integridad del periné. El cuerpo perineal es esencial para el soporte vaginal distal, así como también para el funcionamiento apropiado del conducto anal. El daño en el soporte del nivel III contribuye al prolapso anterior y posterior de la pared vaginal, abertura del introito y descenso perineal.



Nivel	Estructura	Función
<b>Nivel I: Suspensión apical</b>	Complejo cardinal uterosacro	Suspende apex vaginal
<b>Nivel II: inserción lateral</b>	Fascia pubocervical Fascia rectovaginal	Soporte vejiga y cuello vesical Previene expansión anterior del recto
<b>Nivel III: Fusión</b>	Fusión a cuerpo perineal Elevador del ano y pubis	Fija vagina a tejidos adyacentes.

El mecanismo dinámico encargado del sostén del piso pélvico está dado por el músculo elevador del ano y sus haces.

Presenta dos porciones: el haz pubovisceral, que corre como cincha de adelante hacia atrás, teniendo una disposición en el eje vertical y el haz iliococcigeo, que se inserta en el arco tendinoso del elevador del ano, hacia el rafe medio y que tiene una disposición horizontal.

Para lograr una correcta continencia urinaria y fecal, estos haces deben tener una correcta dinámica. Los haces puboviscerales presentan principalmente una función espacial, mientras que los haces horizontales tienen como fin principal el sostén de las estructuras pélvicas.

En el origen de las disfunciones pélvicas, está descrito el concepto de compartir la carga. Cuando el pubovisceral está con tono, se mantiene cerrado el hiato urogenital y se mantiene en posición vertical la uretra, el tercio inferior de la vagina y el canal anal, y en posición horizontal todo el resto de los órganos pélvicos. Por lo tanto, las estructuras tendinosas están reposando en la función muscular. Si este músculo pierde el tono, lo que suele ocurrir en pacientes multíparas, este hiato se mantiene abierto, se verticaliza la vagina, lo que conlleva a una alteración en el mecanismo de soporte por modificación en la dirección de los vectores de fuerza, generando tensión excesiva sobre los ligamentos, con daño de los mismos y su función.

Los factores de riesgo para desarrollar una disfunción de piso pélvico son múltiples, y se pueden dividir en factores predisponentes y factores determinantes.(1)

### **FACTORES PREDISPONENTES**

- **EDAD:**

Representa uno de los principales factores de riesgo etiológicos. La prevalencia de las disfunciones del piso pélvico aumenta significativamente con la edad.(6) En el contexto del POP, numerosos estudios detallan la estrecha relación que existe con el aumento de la edad de las pacientes, incluso está descrito que la incidencia de POP se duplica cada década en mujeres entre 20 y 59 años.(7) Respecto a la IO, las mujeres mayores son las más afectadas,

con una prevalencia de un 34%; esta tasa aumenta conforme lo hace la edad. A su vez, las personas que residen en centros institucionales presentan una tasa de IO de hasta un 60%.(8)

Se ha reportado que la sensación de vaciado vesical completo, así como la habilidad para lograrlo, disminuye conforme aumenta la edad de las pacientes. Esto podría ser consecuencia de la pérdida de terminales neuronales a nivel del tracto urinario inferior. Lesiones musculares son responsables del debilitamiento del piso pélvico, causando laxitud del mismo, durante el envejecimiento. Se genera degradación del tejido conectivo, denervación pélvica y desvascularización, modificando la anatomía, lo que conlleva a una disminución en la resistencia mecánica y disfunción del piso pélvico, predisponiendo al POP y a alteraciones en la función urinaria.(9)

- PREDISPOSICIÓN GENÉTICA:

El antecedente familiar de POP debe ser tomado en cuenta al realizar la anamnesis, dado que puede estar vinculado al factor de riesgo de presentar un POP refractario al tratamiento. Existe evidencia que indica que las pacientes que presentan al menos una mujer en su familia con diagnóstico de POP tienen mayor riesgo de desarrollarlo, pero ese riesgo no predice el grado de prolapso.(10,11) En cuanto a la IO, Elia et al, evaluaron si la IO es más frecuente en pacientes con antecedente familiar de esta patología, y concluyeron que es más común en pacientes que tienen al menos un familiar con esta condición.(12) En cuanto a factores genéticos involucrados, se han descrito como posibles responsables, alteraciones en la expresión de proteínas de la matriz extracelular, si bien la bibliografía aún no es del todo concluyente y se necesitan más estudios para reconocer genes asociados a la predisposición de generar IO, así como la relación de estos con las hormonas sexuales, las cuales juegan su rol. Dado que la IO y POP comparten múltiples factores etiológicos, se cree que posiblemente compartan, además, la susceptibilidad genética a ciertas mutaciones.(13) Alteraciones en el colágeno se han asociado fuertemente al aumento de riesgo de hernias, y por lo tanto entra aquí también el POP. Cambios en el metabolismo del colágeno pueden generar alteraciones en la fascia como debilidad, lo que llevará a una alteración en el sostén y soporte de las vísceras pélvicas.(14)

- EMBARAZO Y PARTO VAGINAL:

El parto vaginal ha sido descrito como el principal factor de riesgo para el desarrollo de POP. Un estudio demostró que aquellas pacientes que habían tenido un parto vaginal presentaban un riesgo de hasta tres veces de desarrollar POP; dicho riesgo se multiplicaba por cinco si presentaban tres o más partos vaginales.(15) Aproximadamente un tercio de las pacientes que tuvieron un parto vaginal presentan lesión del nervio pudendo. El período expulsivo es el momento de mayor riesgo de daño del piso pélvico, dado por el estiramiento y compresión de los nervios que llegan a la unión uretrovesical y a los músculos elevadores del ano. La aplicación de fórceps y la presencia de desgarros perineales durante el parto (sin incluir la episiotomía) se asociaron a desórdenes del piso pélvico a 5-10 años del primer

parto.(16) Los fórceps han sido vinculados además con el riesgo de daño del esfínter anal. El músculo pubococcígeo es el sector del músculo elevador del ano que sufre mayor elongación durante el parto vaginal, por lo que su lesión puede ser causa de estiramiento excesivo. Por otra parte, se ha planteado que no es el fórceps per sé el causante de las lesiones del piso pélvico ya que algunos estudios han demostrado que su uso de forma controlada y suave, sin uso excesivo de fuerza, requieren menos reparación del piso pélvico posterior al parto que en casos de realización precoz de episiotomía.(17) En cuanto a la episiotomía y las lesiones perineales, continúa siendo un tema controvertido. Tres estudios encontraron una asociación entre la realización de esta práctica y las lesiones del esfínter anal, pero posteriormente, varios metaanálisis demostraron que esta asociación parece ser débil, mientras que los factores mayormente implicados en estas lesiones son, la presencia de un segundo período del trabajo de parto prolongado, el uso de fórceps y la posición occipito-posterior de la cabeza fetal.(18) En cuanto a la comparación en la vía de nacimiento, un estudio realizado por Gyhagen et al, que reportó que la prevalencia de que coexistan desórdenes del piso pélvico como IO, IF y POP sintomático, fue mayor y se duplicó en mujeres que tuvieron un parto vaginal en comparación con aquellas que tuvieron nacimiento por cesárea, 20 años luego de los nacimientos.(19)

La IO también presenta relación con el parto vaginal, aumentando significativamente a partir del cuarto parto, aunque con los primeros partos también presenta mayor riesgo.(20)

En cuanto al embarazo en sí mismo como riesgo de disfunciones del piso pélvico, no es tan claro. El aumento de progesterona durante la gestación tiene acción en el sostén aponeurótico del útero y vagina generando un sostén más “blando”. Además, el propio peso del útero grávido genera un aumento del peso y a presión intrauterina y estiramiento de los ligamentos.(1)

- MENOPAUSIA:

La mayoría de las disfunciones del piso pélvico empeoran en la menopausia, vinculado a la caída estrogénica. Los órganos pélvicos, sus músculos y el tejido conectivo de soporte, presentan receptores para el estrógeno. Estos receptores se encuentran en el tejido epitelial vesical, el trigono y la uretra, en la mucosa vaginal, en los ligamentos útero sacros y en los músculos del elevador del ano y la fascia pubocervical. Además, la síntesis y metabolismo del colágeno en el tracto genital inferior, en las fibras musculares del músculo detrusor y en el músculo uretral, están controlados por los estrógenos. Éstos, están vinculados también con el control neurológico de la micción en el sistema nervioso central.(9,21) Receptores de progesterona se encuentran también presentes en el sistema urinario bajo, en menor medida que los de estrógeno. La progesterona presenta efectos adversos en la función del sistema urinario femenino dado que causa un aumento del tono adrenérgico, lo que provoca una disminución del tono en los uréteres, vejiga y uretra.(21) Es por lo tanto la menopausia un factor de riesgo para el desarrollo de patologías del piso pélvico.

- ALTERACIONES DEL TEJIDO CONECTIVO:

Las conectivopatías son etiología de disfunciones del sostén del piso pélvico dadas por una síntesis y metabolismo ineficaz del colágeno y elastina, las cuales brindan fuerza, sostén y flexibilidad a los ligamentos, aponeurosis y tendones. Existen patologías específicas que presentan alteración de los tejidos conectivos del cuerpo como el Síndrome de Marfan y el síndrome de Ehlers-Danlos, en los cuales el deterioro del colágeno y la síntesis de elastina determinan un riesgo mayor de presentar POP. Por otro lado, se sabe que las pacientes portadoras de hernias, várices o aneurismas, también presentan un mayor riesgo de presentar disfunciones del piso pélvico, dado que estas alteraciones comparten fisiopatología con el POP. Los distintos tipos y la cantidad de colágeno presentes en las estructuras del piso pélvico juegan un rol en la fisiopatología del POP. Un estudio realizado por Moalli et al, demostró que las pacientes portadoras de POP presentaban una concentración mayor de colágeno tipo III. Este tipo de colágeno se caracteriza por permitir una flexibilidad vaginal apta para soportar aumentos de la presión intrauterina, así como ser distensible para el parto, pero cuando se encuentra en una concentración mayor a la habitual, puede hacer a este tejido propenso a lesiones y a la generación de POP.(22) En relación a la IO con alteraciones del tejido conectivo, se han realizado estudios donde se evidenció, mediante técnicas de inmunohistoquímica, que las pacientes portadoras de esta patología presentan menor porcentaje de colágeno tipo III en estos tejidos, principalmente en la fascia pubocervical.(23) La reducción de la concentración de colágeno en los tejidos se atribuye a atrofia, degeneración, fibrosis, necrosis, siendo posible causa de la IO y también del POP.(24)

- CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS PREVIAS:

La histerectomía representa un factor de riesgo etiológico para la necesidad de cirugía por IO posterior. Independientemente del abordaje quirúrgico que se haya realizado, las pacientes con histerectomía previa presentaron indicación de cirugía por IO de esfuerzo en más del doble en comparación con pacientes sin histerectomía. (25) El riesgo de presentar POP posterior a una histerectomía también se ve aumentado debido a esta cirugía. En este caso, se ha reportado que existe diferencia en cuanto si la técnica es vía abdominal o vaginal, ya que esta última es la que reporta mayor riesgo de POP, aunque este último dato puede ser controvertido aún en la literatura.(26) Con respecto al compartimento con mayor riesgo de ser afectado posteriormente a una histerectomía, corresponde al compartimento posterior. Cabe destacar que el riesgo de presentar POP luego de esta cirugía se ve francamente aumentado en caso de que la paciente presente antecedente de partos por vía vaginal, no así en caso de nacimientos por cesárea.(27)

Mujeres afectadas por cáncer ginecológico tienen más riesgo de presentar POP sintomático e IO.(28)

Por último, pacientes con cualquier tipo de cirugía ginecológica, presentan riesgo aumentado de presentar disfunciones del piso pélvico, incluso cuando dichas intervenciones previas hayan sido con el fin correctivo de alguna de estas patologías.

**FACTORES DETERMINANTES**

- **HIPERTENSIÓN INTRA-ABDOMINAL CRÓNICA:**

La presión intra abdominal aumentada constituye uno de los principales factores determinantes para presentar disfunciones del piso pélvico, así como agravamiento de los trastornos ya presentes. Entre las patologías que pueden generar un aumento de la presión intraabdominal se encuentran, trastornos respiratorios como EPOC o tos crónica, alteraciones del tránsito digestivo bajo dado principalmente por episodios de estreñimiento, presencia de masas abdominales o pélvicas que ejercen además presión directa sobre la pelvis, presencia de ascitis, entre otros.(1,29)

- **OBESIDAD:**

Es bien conocido el rol de la obesidad como factor de riesgo y agravantes de diferentes tipos de IO. El mecanismo que más probablemente explica este riesgo aumentado, está dado por el aumento de la presión intra abdominal causada por el sobrepeso, debilitando los músculos y la fascia del piso pélvico.

La relación entre la obesidad y el riesgo de POP no está del todo establecida, si bien existen estudios que muestran que existe una alta relación entre ellos , otros refieren que la relación no es estadísticamente significativa.(30) En cuanto a los riesgos quirúrgicos, no se observaron mayores complicaciones en el intraoperatorio de aquellas pacientes obesas, pero sí se describe un impacto negativo en los resultados a largo plazo.(31)

El descenso de peso forma parte fundamental del tratamiento de ambas patologías, ya que presenta una influencia positiva sobre la IO, y en cuanto al POP, si bien no mejora los síntomas, presenta un gran papel en la no progresión y empeoramiento del POP.

- **TAREAS DE ESFUERZO:**

Tareas de esfuerzo realizadas como parte de la vida diaria, aumentan indirectamente la presión intra abdominal, aumentando el riesgo de disfunciones del piso pélvico. Si bien la actividad deportiva es un factor protector al mantener tonificados los músculos del piso pélvico, varios estudios han reportado una mayor prevalencia de IO en mujeres deportistas, por el aumento de la presión intraabdominal descrita.(32)

- **TABAQUISMO:**

El tabaquismo tiene implicancias directas sobre la función vesical. Se ha reportado que existe una relación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y la IO. Esto podría explicarse por el hecho que la nicotina tiene un impacto en la síntesis de colágeno, vasos sanguíneos y en los niveles de estrógenos. A su vez, las alteraciones en el árbol respiratorio causando tos brusca provocando aumento de la presión intraabdominal.(33)

Se ha demostrado que el tabaco representa un factor de riesgo independiente para el desarrollo de POP. Estudios de laboratorio sugieren que la nicotina induce la activación de macrófagos vaginales con producción de elastasa, lo cual estaría involucrada en la patogénesis del POP en mujeres tabaquistas.(34)

### **a: PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS**

El prolapso de órganos pélvicos es una de las condiciones más frecuentes que afectan la calidad de vida de las mujeres. En EE. UU representa la principal causa de histerectomía más allá de la patología oncológica(35). Puede considerarse anatómicamente como una hernia visceral en la cual el punto débil constituye el hiato urogenital. Corresponde al desplazamiento de los órganos pélvicos a través de la vagina y con dirección a la vulva. Esto es consecuencia de una falla producida en los elementos de suspensión y sustentación de los órganos pélvicos. Esta patología está casi siempre asociada al embarazo y parto, aunque también se observa como consecuencia de climaterio y senectud y, en más raras ocasiones, por deficiencias congénitas o fracturas pélvicas. (1,36)

La gran mayoría de las pacientes afectadas por esta entidad no consultará debido a que se encuentra asintomática, pero se estima que aproximadamente un 11% de las que presentan síntomas o disconfort requerirá algún tipo de tratamiento correctivo.(37) Es por este motivo, que la prevalencia puede variar según se defina por la sintomatología que motiva a la consulta, o por el hallazgo clínico al examen físico en la consulta ginecológica.(1,37)

El diagnóstico del POP es clínico y requiere de un correcto y minucioso examen físico para poder clasificar y categorizar y tipo y grado de POP, así como identificar posibles complicaciones asociadas. En algunas ocasiones, se pueden requerir la realización de estudios complementarios para valorar patologías asociadas.

La clasificación clásica del POP ha sido un tema controversial a lo largo de los años, principalmente porque la mayoría de los sistemas de clasificación empleados presentaban complicaciones dado las diferencias inter observador. Uno de los sistemas clásicamente más utilizados a nivel mundial, es el desarrollado por Baden-Walker en la década del 70. Este sistema se basa en la distancia del sector prolapsado con respecto al introito vaginal, describiendo así, cistocele, histerocele, enterocele, rectocele. Se identifican 4 grados de POP: (38)

- Grado 0: sin prolapso
- Grado 1: a mitad de distancia antes del himen
- Grado 2: a nivel del himen
- Grado 3: a mitad de distancia sobrepasando el himen
- Grado 4: máximo descienden

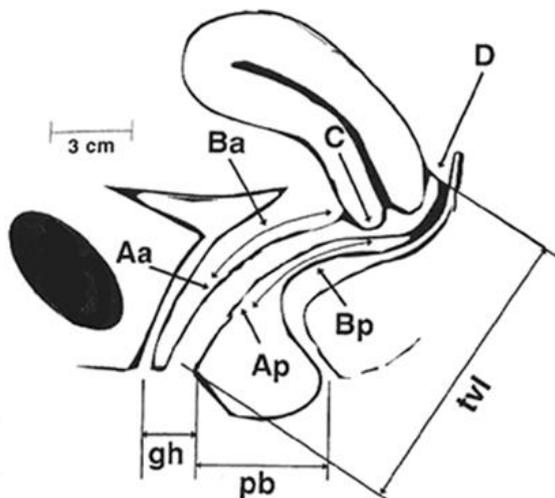
La principal ventaja de este sistema es su sencillez y la rapidez en el aprendizaje del mismo, pero, por otro lado, presentaba una gran diferencia inter observador siendo muy subjetivo, dificultando así el seguimiento de la paciente, incluso antes y posteriormente a un tratamiento quirúrgico.(39)

El sistema POP-Q (Sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos) nace por la necesidad de crear un sistema de cuantificación y estadificación de POP uniforme y objetiva, y sobre todo reproducible. Fue creado por el Subcomité de Estandarización de la International Continence Society, y aprobado por la American Urogynecological Society y la Society of Gynecologic Surgeons.(40,41) Una de las principales diferencias que presenta este sistema, es que toma como referencia un punto fijo, el cual corresponde al anillo himeneal, en contraste con el introito vaginal, el cual puede surgir modificaciones por distintas causas. Otros puntos guía utilizados son: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, longitud vaginal, hiato urogenital, cuerpo perineal y cuello o cúpula vaginal.

Las estructuras por encima del anillo himeneal (proximal) se miden en centímetros con números negativos y las estructuras prolapsadas por debajo del anillo himeneal (distal) son expresadas en centímetros con números positivos. Las estructuras situadas a nivel del plano del himen son marcadas como 0.

A partir de estos puntos guía, se definen 6 puntos: 2 localizados en la parte anterior (deja de denominarse uretrocele o cistocele para pasar a unidad de medida); 2 en pared posterior (sustituyendo en este caso al rectocele y enterocele); y dos en el segmento apical vaginal representando la posición del cuello o cúpula vaginal y el otro al fondo de saco de Douglas. Además, se identifican tres unidades de longitud que corresponden al hiato himeneal, al cuerpo perineal, y a la longitud total vaginal. A partir de todas estas medidas obtenidas en el examen físico, se elabora una tabla de 3x3 para fácil interpretación.

Es éste el sistema de clasificación de los POP que se utiliza hoy en día en la consulta de Piso Pélvico, de la Asociación Española.



anterior wall <b>Aa</b>	anterior wall <b>Ba</b>	cervix or cuff <b>C</b>
genital hiatus <b>gh</b>	perineal body <b>pb</b>	total vaginal length <b>tvL</b>
posterior wall <b>Ap</b>	posterior wall <b>Bp</b>	posterior fornix <b>D</b>

En cuanto al estadio del POP, corresponderá al sector máximo prolapsado, reconociéndose 5 estadios:(39)

- Estadio 0: No se demuestra prolapso
- Estadio 1: La porción más distal se encuentra a más de 1 cm por encima del anillo himeneal (su valor es menor a -1).
- Estadio 2: La porción más distal se encuentra menor o igual a 1 cm en sentido proximal o distal al plano del himen (su valor va entre -1, 0 y +1).
- Estadio 3: La porción más distal se encuentra a más de 1 cm en sentido distal al anillo himeneal, sin protruir el máximo descenso que corresponde a la longitud vaginal total.
- Estadio 4: Eversión completa de la longitud vaginal total. En la mayoría de los casos, el punto de máximo descenso corresponde al punto C.

## **b: INCONTINENCIA DE ORINA**

La IO definida por la International Continence Society, corresponde a la expulsión involuntaria de orina, que constituye un problema social o higiénico que se demuestra objetivamente.

Representa una entidad sumamente frecuente en la población femenina, pero se estima que es subdiagnosticada principalmente por la demora de las pacientes en consultar, influenciada muchas veces por aspectos culturales, errores conceptuales como la creencia de que es algo “normal” y muchas veces por vergüenza o temor a la humillación.

La prevalencia de la IO ha sido muy difícil de cuantificar a lo largo del tiempo; numerosos estudios internacionales muestran una prevalencia que oscila entre el 5 y el 70% de las mujeres. La mayoría de los estudios concuerdan en que entre un 25-40% de las mujeres padecen algún tipo de IO(42). Esta gran variación está dada por las diferencias poblacionales de los estudios, distintas definiciones empleadas, así como la propia percepción de los pacientes por la patología y minimización por lo tanto de los síntomas. Un estudio prospectivo de cohorte realizado a nivel mundial y regional en el año 2008, mostró que al menos el 45.2% de la población mundial padece algún trastorno del tracto urinario inferior.(43)

Además de la afectación propia por las fugas de orina, la incontinencia genera una repercusión muy grande en la calidad de vida de las pacientes. La afectación psicosocial es una de las complicaciones más frecuentes asociadas a esta patología. Las pacientes comienzan a organizar su estilo de vida en torno a la concurrencia de eventos sociales, o viajes, estando atentas a la localización de baños y la duración del tiempo fuera de casa.

Se ha asociado a la IO, por tanto, con episodios de angustia, alteraciones en el humor y trastornos depresivos.(8)

## **FUNCIÓN VESICAL NORMAL**

La vejiga presenta dos funciones principales: almacenar y eliminar la orina. Requiere de una compleja interacción entre la actividad del músculo detrusor y la presión de cierre del esfínter uretral, controlado por el Sistema nervioso central. La innervación vesical está dada por el Sistema simpático, parasimpático y somático, controlados por la corteza cortical y subcortical superior. Cuando la vejiga se encuentra en función almacenamiento, la presión de cierre del esfínter uretral debe superar a la presión ejercida por las contracciones del detrusor. Se logra una micción normal, cuando desciende la presión del esfínter con aumento de la presión vesical. Son las alteraciones de estos mecanismos los que acarrear trastornos en la micción como la incontinencia (44).

## **TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA**

- **INCONTINENCIA DE ESFUERZO:**

Representa el tipo de IO más frecuente en la mujer. Es la fuga involuntaria de orina que ocurre ante el esfuerzo físico o maniobras de Valsalva, tales como toser o estornudar, lo que aumenta la presión intraabdominal por encima de la presión del esfínter uretral. La pérdida de orina ocurre en ausencia de contracción del músculo detrusor, por lo que una característica de este tipo de incontinencia es que el detrusor no se encuentra afectado. Etiológicamente, se reconocen dos grupos en este tipo de IO: por falla anatómica y por falla esfinteriana. La falla anatómica corresponde a la pérdida del sostén de la uretra, la vejiga y la unión uretrovesical dado por la fascia endopélvica y la pared vaginal anterior. Este cambio anatómico determina un desplazamiento de la unión uretrovesical durante el esfuerzo físico, que, sumado al aumento de la presión intra abdominal transmitida a la vejiga, produce pérdida de orina. La falla esfinteriana corresponde a una función del esfínter alterada, la cual puede ser de causa congénita o adquirida secundaria a traumatismos, radioterapia o lesión medular. Este tipo de IO se caracteriza principalmente por pérdidas pequeñas, momentáneas, que ceden cuando la presión intraabdominal retoma a su valor basal. Se encuentra mayormente relacionada con el embarazo, parto, constipación y obesidad.

- **INCONTINENCIA DE URGENCIA:**

Es una de las causas de IO más frecuentes en la mujer. Se define como la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida por un deseo imperioso de orinar, el cual no puede o es muy difícil de diferir, resultado de la contractilidad descontrolada del detrusor. Puede ser de tipo motora, cuando es secundaria a contracciones no inhibidas; o sensitiva cuando es por causas irritativas como infecciones, litiasis, tumores, etc., independientemente de la falta de inhibición del detrusor. La incontinencia de urgencia representa un síntoma de una entidad denominada Síndrome de vejiga hiperactiva, definida por la ICS como un síndrome que se manifiesta por urgencia miccional, que puede acompañarse de polaquiuria y nicturia, con o sin IO acompañada(45). La vejiga hiperactiva es inestable cuando la etiología no es neurogénica, y se llama hiperrefleja cuando sí lo es (lesión espinal o supraespinal). Más

del 90% de los pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva e hiperactividad del detrusor, no presentan una patología de base identificable; diversas teorías se basan en una hipersensibilidad del detrusor o en la presencia de una actividad inhibitoria deficiente.

- **INCONTINENCIA MIXTA:**

En este caso se encuentran intrincados los dos mecanismos de incontinencia. Ocurre cuando existe incontinencia de urgencia, además de incontinencia de esfuerzo.

- **INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO:**

Corresponde a una complicación de la retención de orina. Cuando no se logra un vaciado vesical completo, la vejiga sufre hiperdistensión, resultando en pérdidas de orina continuas o frecuentes. Algunas causas de retención urinaria pueden ser: postoperatorios de cirugías pélvicas o abdominales, constipación, embarazo, POP, medicación y trastornos neurológicos. Lo que sucede en estos casos es que la presión vesical excede a la presión de cierre uretral por la distensión máxima y pasiva del detrusor.

- **INCONTINENCIA REFLEJA:**

La pérdida de orina es debida a la hiperreflexia del detrusor y/o relajación de la uretra, secundaria a una actividad refleja del centro medular por daño neuronal. No existe sensación de urgencia miccional; hay alteración en el almacenamiento y/o vaciado vesical.

- **INCONTINENCIA FUNCIONAL:**

Es causada por dificultades cognitivas, funcionales o de movilidad, que afectan la capacidad de los pacientes para concurrir hasta el baño, donde no existe fallo de la función de la vejiga o control neurológico de la micción.(1,44)

## **c: INCONTINENCIA FECAL**

La IF constituye una condición que impacta fuertemente de forma negativa en la vida de mujeres y hombres de todas las edades, siendo más frecuente en pacientes de mayor edad, donde la prevalencia alcanza su mayor pico. La calidad de vida de estos pacientes se ve francamente afectada, y viceversa, al lograr tratar o corregir esta patología, la calidad de vida de las personas afectadas mejora notablemente, aunque la condición de base no pueda tratarse. El estigma social y la afectación psicológica, son una de las razones por las cuales muchas mujeres no reportan estos síntomas ni buscan ayuda. Se estima que solamente el 3%

de las mujeres que refieren alteraciones en la defecación, tendrá un diagnóstico descrito en su historia clínica. Somos los ginecólogos quienes estamos en posición de indagar y pesquisar estos síntomas, dado que el embarazo, parto, lesiones del esfínter anal (OASIS) y disfunciones del piso pélvico, son factores de riesgo para el desarrollo de incontinencia fecal en mujeres.

La IF se define como la pérdida recurrente, involuntaria de materia fecal, sólida, líquida o moco por el recto, que ocurre al menos una vez por mes, en individuos mayores a 4 años. El término “incontinencia anal” incluye la pérdida de gases, con o sin materia fecal sólida o líquida.

La continencia de la materia fecal y la habilidad de defecar en un momento y lugar socialmente apropiado, constituye un complejo proceso que requiere de una minuciosa interacción entre los músculos del piso pélvico y el sistema nervioso.(46)

El proceso de continencia, además de la interacción entre los músculos del piso pélvico, necesita la interacción con el complejo esfinteriano, la compliance rectal, la consistencia de la materia fecal, y la función cognitiva de la persona. Además del esfínter anal interno y el externo, los músculos puborectales tienen un rol fundamental en la continencia muscular. En reposo, estos músculos generan una tracción anterior resultante de una angulación del recto. Durante el proceso defecatorio, existe una relajación de los músculos puborrectales, que determina que este ángulo desaparezca, permitiendo el pasaje del bolo fecal. El esfínter anal interno y externo, aseguran aún más la continencia fecal, al permanecer contraídos durante el reposo. Cualquier alteración en alguna de estas áreas, sumado a la consistencia y características de las heces, puede impactar en la continencia de materia y gases.(47)(48)

En cuanto a la etiología de la IF, puede tener varias causas que muchas veces pueden estar relacionadas entre sí. Se distinguen varios grupos etiológicos: congénitas, anatómicas, neurológicas y funcionales.(1)

Las patologías que cursan con episodios de diarrea y alteraciones del tránsito digestivo, como el síndrome de intestino irritable, la enfermedad inflamatoria intestinal, intolerancias dietéticas, entre otras, constituyen un gran factor de riesgo para la IF.

Dentro de las causas estructurales, se encuentra destacada en primer lugar el trauma obstétrico, resaltando que los síntomas pueden aparecer con bastante latencia luego del evento. Luego le siguen en frecuencia, cirugías anorrectales (hemorroidectomía, fistulotomía, esfinterotomía), prolapso anal, o estado postoperatorio de reconstrucción colo-anal o íleo-anal.(49)

Con respecto al trauma durante el parto vaginal, se ha reportado que aproximadamente entre el 3% y el 8% de las pacientes que tienen un parto vaginal, presenta un desgarro de tercer o cuarto grado con disrupción del esfínter clínicamente reconocido al momento de realizar la reparación del defecto. Pero incluso en partos de primíparas, donde no se reconoce a priori ninguna lesión, se ha reportado daño oculto del esfínter hasta en un 35% de los casos.(50) Hasta dos tercios de estas pacientes no presentarán ningún síntoma, mientras un tercio de ellas van a presentar síntomas de incontinencia o urgencia.

El daño del nervio pudiendo durante el parto vaginal puede ser factor etiológico del desarrollo de IF más tardíamente.(51) Esto se debe a un proceso de denervación ocurrida por el descenso del piso pélvico que determina un estiramiento excesivo del nervio. Esta neuropatía se presenta también en pacientes con POP y constipación crónica.(1)

Es importante destacar, que el tamaño de la lesión en el esfínter tiene una correlación limitada con el grado de IF.

Las causas congénitas de IF son bastante raras, e incluyen defectos del cierre del tubo neural y malformaciones anorrectales, muchas de estas patologías son corregidas en el período neonatal.(47)

Dentro de las posibles etiologías de causa neurogénica, se encuentran la diabetes mellitus, la esclerosis múltiple, ACV y patologías del SNC degenerativas, infecciosas o traumáticas, entre otras.

Por último, se reconocen también causas funcionales, que incluyen, pacientes con patologías psiquiátricas, medicamentos, impactación fecal y fecalomas, minusvalías físicas, etc.

#### **d: SÍNDROME GENITO URINARIO DE LA MENOPAUSIA:**

La menopausia representa la progresión natural de la vida reproductiva de la mujer cuando los ovarios finalizan su función. La significativa reducción en la circulación de estrógenos tiene efecto en todo el cuerpo, incluyendo el cerebro, la piel, el cabello, articulaciones, y el propio sistema genitourinario.(52)

El SGM, definido mediante consenso entre la International Society for the Study of Women's Sexual Health y la North American Menopause Society en 2014 (53), se define como un conjunto de síntomas y signos que están asociados con el decrecimiento de estrógenos y de otras hormonas sexuales, que involucra cambios en los labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo e introito, vagina, uretra y vejiga. Esta definición, viene a sustituir términos como atrofia vulvovaginal, vaginitis atrófica y atrofia urogenital, dado que estos últimos no representan ni engloban todos los síntomas y signos de esta entidad.

Los síntomas asociados al SGM tienen una alta prevalencia, afectando aproximadamente entre el 27-84% de las mujeres en la postmenopausia.(54) Otras series reportan que aproximadamente el 50% de las mujeres en la postmenopausia presentan síntomas, pero que gran mayoría de estos se encuentran sub diagnosticados, sin tratamiento.(52,55)

Este síndrome presenta una gran afectación en la calidad de vida y en la salud sexual de las mujeres. Incluso pacientes que no son sexualmente activas, experimentan síntomas que impacta en su vida diaria de forma negativa. Una encuesta realizada a 500 mujeres en EEUU a cargo del estudio Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA), reporto que del 48% de las mujeres que expresaron discomfort vaginal, los síntomas más comunes fueron sequedad vaginal y dispareunia. Otros efectos negativos reportados por el discomfort vaginal fueron:

efectos negativos en sus vidas, efectos adversos en la intimidad sexual, sentirse “menos sexual”, sentirse mayor, consecuencias negativas en el matrimonio o relación de pareja, sentimientos negativos sobre sí mismo, peor calidad de vida, entre otros.(54)

Otro estudio denominado REVIVE, arrojó resultados similares, al reportar que entre el 30% y el 40% de las mujeres encuestadas dijo experimentar dos o más síntomas, siendo la sequedad vulvovaginal el síntoma predominante. Además, el 66% al 74% de las mujeres, reportaron que su sintomatología interfiere en su satisfacción sexual, aproximadamente 70% reportó una disminución en la espontaneidad sexual, y aproximadamente 60% refirió menos intimidad. (56) El estudio de Moral et. Al, reportó igualmente la sequedad vaginal como síntoma predominante, pero, además, caracterizó que dicho síntoma fue de carácter moderado a intenso en el 68% de los casos.(57)

Los síntomas del SGM incluyen: síntomas genitales como sequedad, irritación y ardor; síntomas sexuales dados por falta de lubricación, discomfort y dolor durante el coito: síntomas urinarios como urgencia miccional, disuria e infecciones del tracto urinario recurrentes. Pueden presentar alguno o todos de estos síntomas.(21) Una característica de los síntomas del SGM, es que, a diferencia de los síntomas sistémicos del climaterio, como las tuforadas, cambios de humor, insomnio, etc., éstos no se resuelven con el paso del tiempo, si no que sin tratamiento tienden a empeorar.

Los estrógenos tienen múltiples efectos en la vulva y la vagina, incluyendo el mantenimiento del flujo sanguíneo, el soporte de tejidos y del microbioma, además de favorecer la protección contra patógenos. Existen receptores de estrógenos tanto en vulva como en vagina, pero, además, se presentan también en el tracto urinario inferior, la uretra, vejiga y músculos del piso pélvico. Es por esto, que el SGM tiene afectación en todas estas estructuras. El hipoestrogenismo local resulta una diversidad mayor de bacterias, reducción de lactobacilos, un pH vaginal más elevado, atrofia del clítoris, acortamiento vaginal, esto último impactando directamente sobre el sostén de la uretra causando que esta se torne más prominente. Puede haber colonización vaginal de patógenos tales como Escherichia Coli y Mobiluncus, que además de causar inflamación, predisponen a la aparición de infecciones del tracto urinario.(55)

El epitelio vulvovaginal sufre alteraciones al volverse más fino dado una disminución en la producción de glucógeno y colágeno, lo que lo hace más susceptible a los traumatismos; el tejido aparenta seco, friable y pálido con petequias, ulceraciones o desgarros. Este cambio en el grosor de la pared vaginal, expone al tejido conectivo, favoreciendo episodios de inflamación local, así como la aparición de infecciones. Por otra parte, puede aparecer descargas vaginales de color amarillo o amarronado.

El diagnóstico del SGM es clínico, se basa en la anamnesis y en los hallazgos del examen físico. De la historia clínica obtendremos los síntomas subjetivos, y del examen constataremos con signos clínicos los cuales representan una entidad objetivable.

Es así, que podemos agrupar síntomas subjetivos y signos objetivos, según el sistema que comprometan:

**Síntomas vulvovaginales:**

- . Sequedad
- . Irritación
- . Ardor
- . Prurito
- . Disconfort

**Signos vulvovaginales:**

- . Adelgazamiento/pérdida de vello púbico
- . Atrofia de labios / reducción de grasa subcutánea
- . Apariencia seca y pálida de la piel con petequias, úlceras o desgarros
- . Pérdida de las rugosidades de la pared vaginal
- . Pérdida de elasticidad de la pared vaginal
- . Vaginitis recurrentes
- . Secreción vaginal
- . pH elevado
- . Prolapso

**Síntomas urinarios:**

- . Polaquiuria
- . Urgencia
- . Disuria

**Signos urinarios:**

- . Carúncula uretral
- . Infecciones urinarias frecuentes
- . Meato uretral prominente
- . Incontinencia

**Signos sexuales:**

- . Dispareunia
- . Lubricación disminuida
- . Excitación sexual disminuida
- . Libido disminuida
- . Disminución en la sensibilidad

**Síntomas sexuales:**

- . Estenosis vaginal
- . Genitorragia postcoital
- . Atrofia del clítoris y fimosis del prepucio

Es en el consultorio, donde tenemos que interrogar y pesquisar cualquiera de estos signos y síntomas. Nombrarlos y normalizarlos favorece el confort de las pacientes a la hora de la consulta. Se han creado cuestionarios para caracterizar y valorar el SGM en la consulta médica, como por ejemplo “The atrophy symptom questionnaire” que evalúa el impacto de los distintos síntomas del SGM en la calidad de vida de las mujeres y la función sexual en aquellas pacientes que mantienen relaciones sexuales, así como otro cuestionario creado por FDA, llamado “The most bothersome symptom approach”, donde la paciente tiene que nombrar y ordenar los síntomas del GSM que padece, y luego identificar el síntoma que más la aqueja. Esto permite principalmente realizar un seguimiento y un control cuando se aplica un tratamiento.(58)

Los síntomas que refiere la paciente no siempre se correlacionan con el hallazgo al examen físico. Pacientes que mantienen relaciones sexuales pueden relatar síntomas más intensos, pero al examen físico se encuentran pequeños o ningún elemento de atrofia, mientras que mujeres no sexualmente activas pueden tener signos avanzados de atrofia, pero relatar síntomas escasos.

Síntomas similares a los que incluye el SGM pueden ser causados por múltiples condiciones. Los principales diagnósticos diferenciales incluyen condiciones alérgicas o inflamatorias,

como el liquen escleroso, erosivo o plano, vaginitis inflamatoria, dermatitis de contacto, pénfigo cicatrizal; candidiasis vulvovaginal y otras infecciones, lesiones traumáticas, cuerpos extraños, entidades malignas, vulvodinia, vestibulodinia, dolor pélvico crónico, vaginismo, y otras condiciones médicas como diabetes mellitus, LES, o trastornos psicológicos.(54)

## **ii: GENERALIDADES DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

La Organización Mundial de la Salud establece que la salud y el bienestar sexual y reproductivo son esenciales para que las personas tengan un acceso responsable, seguro y vidas sexuales satisfactorias. La salud sexual requiere de un acercamiento positivo a la sexualidad humana y comprensión de los complejos factores que juegan parte del comportamiento sexual.(59)

El deseo sexual, definido como la suma de las fuerzas que nos inclinan o alejan de un comportamiento sexual, está determinado por múltiples componentes, que dependen del factor biológicos, psicológico, relacional, contextual y sociológico. Presenta distintos rangos de intensidad, que incluyen la adversidad, la declinación, indiferencia, interés, la necesidad y la pasión. La satisfacción sexual por su parte, es definida como una evaluación subjetiva de los aspectos y resultados de una relación sexual y respuesta afectiva, lo cual se ha visto asociado con numerosas variables, como la satisfacción de la vida en general y para con las relaciones personales, la autopercepción, salud física, educación de mayor nivel, entre otras, como también el valor que le da cada individuo a la importancia de la sexualidad en su vida.(60,61)

La sexualidad puede verse influenciada por numerosos aspectos, el área psicoafectiva y psicosocial sin dudas juegan un papel primordial, pero también tienen su rol las patologías crónicas y sus tratamientos, así como la propia salud sexual de la pareja, si esta está presente. La coexistencia de patologías crónicas con disfunciones sexuales en mujeres y hombres es muy frecuente, y siempre debe indagarse.(62,63)

### **RESPUESTA SEXUAL FEMENINA**

Como se comentó previamente, la respuesta sexual femenina se caracteriza por presentar grandes variaciones entre las mujeres, influenciada por un gran número de determinantes de tipo psicológico, psicosocial y según el contexto en que se encuentre.

Tradicionalmente, el modelo de respuesta sexual diseñado, contemplaba cuatro estadios distintos: excitación, meseta, orgasmo y resolución, tanto para hombres como para mujeres. Este modelo se basa casi exclusivamente en la respuesta física. Posteriormente, se agrega al modelo el concepto de deseo, dividiendo al modelo en tres fases: deseo, excitación y orgasmo, siempre basándose en un modelo lineal, progresivo.

En la década de los años noventa, comienza a aparecer el concepto de modelos de respuesta sexual circulares. Basson sugirió que la respuesta sexual femenina respondía a un sistema circular no lineal y dependía fuertemente de una conexión emocional (64). Este modelo toma en cuenta, además, el rol de las experiencias previas, es decir, que para que una mujer deseara tener un encuentro sexual, sus encuentros previos deberían haber sido placenteros, lo que llevará de esta forma, al deseo de tener otra experiencia sexual. En 2002, Basson incluye en este modelo circular a la motivación sexual más allá del deseo sexual propio, basándose en la premisa de que, a diferencia de la respuesta sexual masculina, la mujer presenta la cualidad de ser más receptiva y no tanto espontánea.

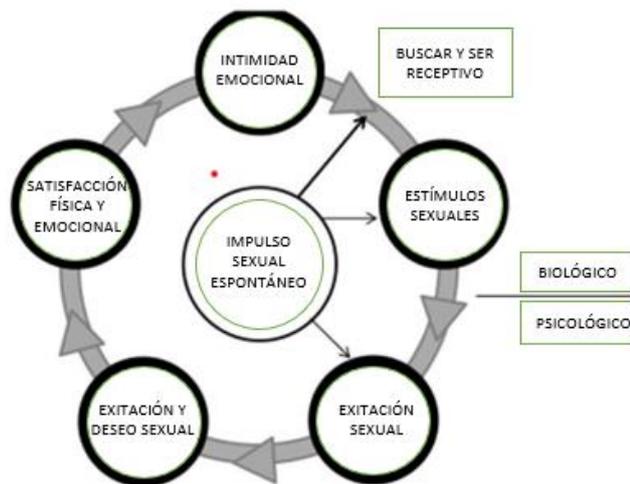
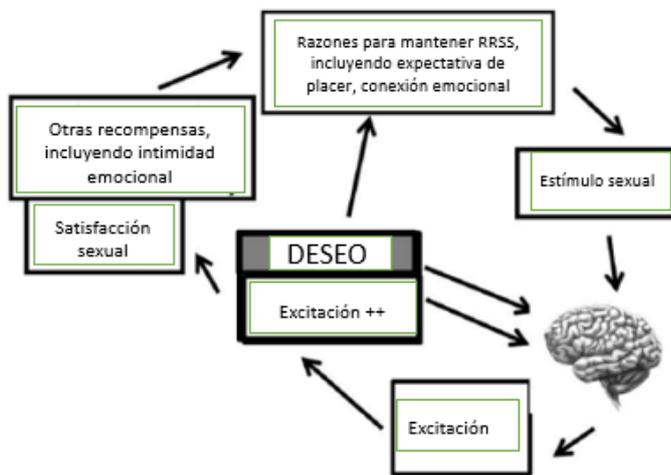


Imagen 1: Modelo de respuesta sexual basado en incentivos. (65)

Imagen 2: Modelo circular de respuesta sexual de Basson (66)

El modelo de excitación femenina muestra la emoción compuesta por la excitación sexual subjetiva, resultado de la apreciación consciente de los estímulos sexuales percibidos en un contexto determinado, en presencia de un feedback afectivo y cognitivo positivo. El feedback genital aumenta la excitación subjetiva en distintos grados. La congestión genital puede ser desencadenada por estímulos sexuales en ausencia de excitación subjetiva. Posteriormente la congestión genital puede ser ignorada o no interpretada como de carácter sexual. O, por el contrario, puede interpretarse dicha congestión genital como sexualmente excitante, lo cual genera aún más un feedback positivo sobre la excitación (67). Lo principal a destacar de este modelo es el hecho de que no centra al deseo sexual espontáneo como iniciador del encuentro sexual; por el contrario, como se explicó previamente, el deseo o interés por un encuentro sexual será el resultado del anhelo de intimidad con una pareja, lo cual llevará a la mujer a la búsqueda de estímulos sexuales o será más receptiva a recibir dichos estímulos iniciados por la pareja. Además, este modelo enfatiza el hecho de que los estímulos sexuales a menudo preceden a la excitación sexual y al deseo, y que la excitación sexual y el deseo frecuentemente ocurren al mismo tiempo.(66)

Cabe destacar, que, aunque estos modelos son de gran ayuda para comprender la respuesta sexual normal femenina, todos tienen elementos a reconsiderar, y no existe un modelo que se adecúe a todas las mujeres, dado la gran variación individual natural.(68)

En cuanto a la neurobiología de la respuesta sexual, el cerebro es el controlador central de la integración sensorial, motivacional y aspectos motores de la función sexual. Juegan un papel fundamental los neuromoduladores con roles excitatorios o inhibitorios, que generan las respuestas sexuales individuales. Los moduladores excitatorios corresponden a noradrenalina y oxitocina, las cuales estimulan el deseo sexual, y melanocorticoides y dopamina potenciando la atención y el deseo. Los factores inhibitorios incluyen la serotonina regulando la saciedad, los opioides mediante la compensación sexual, y los endocannabinoides que inducen la sedación. Las regiones cerebrales encargadas de gestionar estos estímulos son el hipotálamo y el sistema límbico, con participación de la corteza y el mesencéfalo con acción inhibitoria.(68)

### **iii. DISFUNCIÓN SEXUAL**

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés, publicación realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría), incluye dentro del término disfunción sexual femenina, los trastornos del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo y trastornos sexuales por dolor genito-pélvico o penetración.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, define disfunción sexual femenina como “las distintas maneras en la que un individuo es incapaz de participar en un encuentro sexual como lo haría normalmente”.(69)

Las dificultades en el área de la sexualidad resultan sumamente frecuentes en muchas mujeres, pero cuando a dicha entidad se le asocia angustia o preocupación por parte de la paciente, configura una disfunción sexual, diferenciándose de alteraciones propias de la sexualidad que pueden afectarse en diferentes etapas o situaciones puntuales de la vida.(70)

La afectación de la salud sexual de la mujer es una entidad sumamente frecuente, estimándose en aproximadamente un 39% a 53% de las mujeres. Una revisión realizada en el año 2006 por Hayes et al. reportó una prevalencia de alteraciones en el deseo sexual del 64%, trastornos en la excitación en un 31%, dificultades en el orgasmo en un 35%, y dispareunia en un 26% de las mujeres.(71)

Un estudio realizado en Finlandia con un seguimiento de las pacientes por 5 años, que incluyó mujeres de entre 18 y 74 años, arrojó resultados similares a los ya expuestos, identificando una alteración en el deseo sexual en un 45% de las pacientes. De ese porcentaje, 20% eran menores de 25 años, y entre el 70-80% tenían entre 55 y 74 años, poniendo en evidencia el aumento de los trastornos sexuales conforme aumenta la edad. Identificaron, además, que la dificultad sexual más frecuente fue la disminución en el deseo sexual, seguido de dificultades relacionadas con el orgasmo.

Aún hoy en día, para muchas personas los temas relacionados con la sexualidad continúan siendo tabú. Un gran número de pacientes no logran transmitir a sus médicos información acerca de su salud sexual. Este aspecto puede deberse a sentimientos de vergüenza o incluso a pensar que el médico no será capaz de ofrecer ayuda. Por otra parte, las alteraciones de la salud sexual muchas veces no forman parte de la anamnesis realizada por los médicos en la consulta; la falta de formación específica, el poco manejo de las opciones terapéuticas, o incluso temor a ofender a los pacientes con las preguntas realizadas, pueden ser las causas de las fallas en esta área.(72,74)

La etiología de las disfunciones sexuales es multifactorial, abarcando factores biológicos, psicológicos, y socioculturales. En cuanto al rol biológico, algunas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, patologías neurológicas y neoplasias malignas, pueden impactar negativamente en la salud sexual. Las Diabetes tipo 1 y tipo 2 están asociadas con riesgo de hasta 2 o 3 veces mayor de presentar una disfunción sexual femenina, dado que causa daño crónico a nivel microvascular. Las pacientes hipertensas presentan un riesgo de presentar disfunciones sexuales hasta 3 veces más que en mujeres normotensas, por un mecanismo similar en el daño microvascular. Presenta principalmente un impacto negativo en la lubricación vaginal.(64)

El cáncer de mama puede afectar negativamente la función sexual a corto y largo plazo. Aproximadamente la mitad de las pacientes con antecedente de cáncer de mama reportan disfunciones sexuales. Las causas son multifactoriales, abarcando los planes terapéuticos, como la quimioterapia, la cual constituye un gran factor de riesgo, fundamentalmente cuando deriva en una menopausia prematura. Además, los inhibidores de la aromatasa, se asocian con sequedad vaginal y dispareunia. Los tratamientos quirúrgicos pueden afectar directamente la salud sexual al impactar en la imagen corporal y en la autopercepción.

Envejecer por sí solo tiene un gran impacto en la función sexual, al causar frecuentemente disminución de la respuesta y actividad sexual, así como de la libido, siendo este uno de los elementos del síndrome genitourinario de la menopausia, teniendo a las hormonas sexuales como grandes responsables. La atrofia vulvovaginal representa uno de los principales signos del SGM, puede ser causa de sinusorragia, ardor vaginal, irritación, dispareunia y discomfort durante las relaciones sexuales. La falta de lubricación está dada por una disminución en la secreción por parte de las glándulas sebáceas durante la estimulación sexual, condición que afecta muy frecuentemente a las mujeres durante el climaterio. Son también las hormonas sexuales, las que, en otras etapas de la vida de la mujer, como en el embarazo, puerperio y lactancia, pueden tener su impacto en la vida sexual femenina.

Múltiples medicamentos de uso habitual, se han asociado con una función sexual alterada. Por ejemplo, fármacos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen también una función inhibitoria sobre la función sexual, así como los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina y los antidepresivos tricíclicos. Otros medicamentos, como los antiestrogénicos (tamoxifeno y los inhibidores de la aromataasa, como ya mencionamos), y los clásicos estrógenos orales (anticonceptivos orales combinados), pueden impactar negativamente en la salud sexual femenina.

Dentro de los aspectos psicológicos, la depresión, la ansiedad, una negativa percepción de la imagen, abuso sexual y negligencia emocional, son algunos de los factores implicados en las disfunciones sexuales. Relaciones personales disfuncionales, disfunción sexual en la pareja, estresores del ciclo vital (jubilación, mudanza de los hijos) y aspectos religiosos, pueden tener un rol negativo en la salud sexual.(75) Mujeres víctimas de violencia de cualquier tipo tienen riesgo aumentado de presentar una disfunción sexual. Si bien la depresión por sí sola, como mencionamos, tiene un gran impacto negativo en la salud sexual, este riesgo se ve aumentado en 4 a 6 veces en pacientes que reciben medicación como tratamiento. Es importante que los médicos pesquicemos signos y síntomas de depresión en pacientes con disfunciones sexuales, si bien no quiere decir que todas las pacientes con alteración en su vida sexual presenten alguna alteración en el humor.

Además, factores del estilo de vida, como dietas no saludables, sobrepeso, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, así como abuso de otras sustancias, pueden contribuir a la persistencia de una disfunción sexual.(71)

### **TIPOS DE DISFUNCIÓN SEXUAL**

La CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades), distingue las disfunciones sexuales de un modo clásico en de causa orgánica o causa no orgánica.

Dentro de las de causa no orgánica, se encuentran:

- Ausencia o pérdida del deseo sexual: frigidez/ trastorno hipoactivo del deseo sexual
- Rechazo sexual y ausencia de placer sexual: anhedonia
- Fracaso de la respuesta genital: trastorno del estímulo sexual
- Disfunción orgásmica: anorgasmia psicógena/ inhibición orgásmica

- Vaginismo psicológico
- Dispareunia psicógena
- Impulso sexual excesivo
- Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos

Por otra parte, el DSM-5 (2013) no realiza la disquisición en causas orgánicas y no orgánicas, asumiendo que la mayoría de las veces, la etiología corresponde a una combinación de ambas. Es así que se reconocen 3 tipos de disfunción sexual:

1. Trastorno del interés o de la excitación sexual femenina: falta o reducción significativa del interés sexual o excitación, manifestada por:
  - Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
  - Pensamientos o fantasías sexuales o eróticas ausentes o reducidas.
  - Pensamientos eróticos o fantasías sexuales ausentes o reducidas y no receptiva a los intentos de la pareja por iniciar.
  - Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todos o todos (75-100%) los encuentros sexuales.
  - Interés o excitación sexual ausente o reducida en respuesta a cualquier señal sexual o erótica interna o externa (escrita, verbal o visual).
  - Interés o excitación sexual ausente o reducida en respuesta a cualquier señal sexual o erótica interna o externa (escrita, verbal o visual).
  - Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todos o todos (75-100%) los encuentros sexuales.
2. Trastorno orgásmico femenino: presencia de cualquiera de los siguientes en todas o casi todas las ocasiones (75-100%) de actividad sexual:
  - Retraso marcado, marcada infrecuencia o ausencia de orgasmo.
  - Marcada reducción de intensidad de sensaciones orgásmicas.
3. Trastorno de dolor genito pélvico o de la penetración: dificultades persistentes o recurrentes con uno o más de lo siguientes:
  - Penetración vaginal durante el coito.
  - Dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el coito o intentos de penetración.
  - Miedo o ansiedad marcados acerca de dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o debido a la penetración vaginal.
  - Marcada tensión o estrechamiento de los músculos del suelo pélvico durante los intentos de penetración vaginal.

Todos los trastornos de disfunción sexual del DSM-V requieren un mínimo de duración de 6 meses para ser definidos como tal. Con ello, se consigue distinguir entre dificultades sexuales transitorias y disfunción sexual persistentes.(76)

#### **iv: DISFUNCIÓN SEXUAL Y PATOLOGÍA DE PISO PÉLVICO**

Se han realizado numerosos estudios sobre la relación de la disfunción sexual femenina y la patología de piso pélvico, estudios de una disfunción específica como en la valoración de los tratamientos médicos y quirúrgicos que se realizan con fin terapéutico.

Tanto la IO (de esfuerzo, de urgencia o mixta), el POP, la IF y el SGM con todos sus componentes, se han vinculado a alteraciones en la sexualidad de las pacientes.

Las pacientes valoradas en las policlínicas de uroginecología tendrán mayor riesgo de presentar algún tipo de trastorno sexual vinculado principalmente a la edad avanzada y a la presencia de una patología de su piso pélvico.(72)

Las disfunciones del piso pélvico tienen un impacto negativo en la vida social, física, sexual y psicológica de las pacientes.

Disfunciones sexuales, dificultades en la penetración, disconfort e imagen corporal alterada, se han relacionado fuertemente con la presencia de POP (69). La falla en el sostén del piso pélvico empeora con la edad, como nombramos previamente, ya que la combinación de la degradación del tejido conectivo, la denervación pélvica y la desvascularización de esta zona predispone a la aparición de POP. Claramente los cambios anatómicos devenidos por estos cambios estructurales, pueden jugar un rol negativo sobre la sexualidad.(64)

Un estudio realizado por Novi et al, comparó mujeres con POP y sin él, agrupándolas por edad, etnia, paridad, histerectomía y etapa reproductiva. Encontró una relación significativa entre la presencia de POP y la disfunción sexual. Aproximadamente 30% de las pacientes del estudio no eran sexualmente activas dado a un POP sintomático.(77) Otro estudio realizado por Barber et al, reportó que un tercio de las pacientes dijo que el POP afectaba su capacidad de mantener relaciones sexuales. Preocupación sobre la imagen de su vulva y vagina, vergüenza, preocupación sobre la satisfacción de la pareja, disconfort asociado por la presencia del POP, disminución en la sensibilidad genital y temor por empeorar clínicamente el POP, fueron los factores más importantes descritos que afectan la salud sexual femenina. (78)

Con respecto a la IO, múltiples estudios muestran un descenso en la calidad de vida sexual, independientemente del tipo de incontinencia.

La incontinencia durante el coito o durante el orgasmo representa una gran preocupación para muchas mujeres, siendo una de las principales causas de disfunción sexual en pacientes con IO. Genera afectación de deseo, excitación y trastornos del orgasmo, pudiendo ser además causa de dispareunia.

Ross et al, mostraron que mujeres con POP tenían una imagen negativa acerca de sus genitales, lo cual genera inseguridad, principalmente sobre la satisfacción de la pareja, mientras que pacientes con IO, presentaban temor a tener olor a orina y vergüenza por su incontinencia y el uso de adherentes para la misma (79). La preocupación sobre la satisfacción sexual de la pareja de mujeres por POP es bastante frecuente, aunque la mayoría de las

parejas no relatan irregularidades. Es importante destacar que la magnitud de la disfunción sexual no se correlaciona con el grado de POP.(80)

En cuanto a la incontinencia anal y su impacto en la sexualidad, mujeres con esta condición, presentan disminución en el deseo sexual, satisfacción sexual, lubricación y excitación, y en alcanzar el orgasmo. El temor al ensuciamiento durante el coito, vergüenza y dispareunia, son los factores que impactan negativamente en la función sexual. Mujeres con incontinencia anal reportan mayores tasas de disfunciones sexuales que aquellas pacientes que padecen incontinencia de orina, aunque la actividad sexual sea similar.

La corrección quirúrgica de patologías del piso pélvico es frecuentemente implementada; se estima que una de diez pacientes necesitará sanción quirúrgica por POP o por IO a los 80 años. La cirugía uroginecológica representa una causa etiológica importante, aunque subestimada, de disfunción sexual femenina.(81) Existe, por el contrario, controversia, sobre si la corrección quirúrgica de patologías del piso pélvico podría tener un impacto positivo en la salud sexual. Un estudio prospectivo evaluó el impacto de la cirugía de POP o de IO de esfuerzo en la función sexual. La función sexual mejoró significativamente posterior a ambas cirugías.(82) Una de las principales dificultades a la hora de evaluar la función sexual post cirugía, radica en la utilización de diferentes herramientas de evaluación, distintos tipos de POP, grupos pequeños, etc.

Muchos estudios afirman que la función sexual mejora luego del tratamiento quirúrgico del POP. Un estudio prospectivo observacional realizado por Tyagi et al, incluyó 180 mujeres sexualmente activas, las cuales reportaron mejor función sexual 6 meses posterior a la cirugía de POP, independientemente del tipo de cirugía y de la historia ginecológica previa(83). Sin embargo, otros estudios muestran que el tipo de cirugía sí puede tener distintas implicancias sobre la sexualidad femenina posteriormente.(80)

En cuanto al tipo de cirugía de corrección de POP, tradicionalmente, la reparación del compartimiento posterior se asocia a la aparición de novo de dispareunia, secundaria a la miorrafia del elevador del ano, y a estrechamiento del canal vaginal. Por el contrario, la reparación sin la técnica sobre el músculo, muestra disminución en la tasa de una nueva dispareunia o una disminución de una preexistente.

La histerectomía representa una de las cirugías ginecológicas mayormente realizadas a nivel mundial. Su realización puede repercutir en la salud sexual, al presentar riesgo de alteraciones en el orgasmo y en la sensación genital, dado posibilidad de lesión del plexo nervioso pélvico y de terminaciones nerviosas autonómicas de la fascia cervicovaginal, además de poder causar distorsión de la anatomía por acortamiento vaginal, resultando una dispareunia.

Un estudio prospectivo de 2 años de duración, siguió a pacientes histerectomizadas, y constató una mejoría global en las diferentes afectaciones de la salud sexual. En cuanto a la vía de la cirugía, no se demostró diferencia significativa entre la vía abdominal y la vaginal (84). Por otra parte, la controversia sobre si una histerectomía total o subtotal tiene implicancias sobre la sexualidad, no es clara. Muchos autores reportan que la extirpación del cérvix no tiene implicancias en la salud sexual, argumentando una correcta técnica y el asesoramiento posterior a la paciente. No se encontraron diferencias significativas entre la

histerectomía total y subtotal con respecto a la presencia de dispareunia de novo o satisfacción sexual.(85)

EL postoperatorio de la cirugía de prolapso de cúpula vaginal se asocia con dispareunia y disfunción sexual. Pero en realidad, dado que este procedimiento generalmente se acompaña de reparación de un tiempo anterior o posterior, es difícil establecer cuál de estos procedimientos es el causante de la disfunción. Una colpotomía excesiva se identificó como causa frecuente de dispareunia postoperatoria, así como lesión del nervio pudendo y estrechamiento vaginal.(86)

El uso de mallas en la cirugía de POP se ha asociado clásicamente a la presencia de dispareunia posterior, pero hoy en día la evidencia no ha podido demostrar diferencias significativas en cuanto a la reparación con tejido nativo.

Las causas de disfunción sexual luego de una cirugía vaginal pueden clasificarse en: orgánicas, emocionales, y psicológicas. Las causas orgánicas corresponden a factores anatómicos, psicológicos, vasculares, neurales y hormonales. El síndrome de insuficiencia vascular del clítoris y vagina puede causar flujo sanguíneo disminuido a nivel de la pelvis, con una consiguiente fibrosis del músculo liso vaginal causando sequedad vaginal y dispareunia. Cualquier disrupción de la arteria hipogástrica o pudenda, puede resultar en un compromiso del flujo sanguíneo y por lo tanto alteración de la función sexual.(87)

La longitud vaginal disminuye luego de una cirugía; en cuanto a la vía de abordaje, se reporta que es mayor para la cirugía vaginal vs la vía abdominal. Por otra parte, se vio que la longitud vaginal luego de la cirugía no se correlaciona linealmente con la satisfacción sexual. El acortamiento o estrechamiento vaginal sintomático, parece ser poco frecuente, aunque se describe como factor de riesgo para aquellas pacientes multi operadas.(88)

Con respecto a la cirugía por IO, no parece tener efectos adversos sobre la función sexual; incluso, al igual que en el caso de la cirugía de POP, muchas pacientes reportan mejoras en sus relaciones sexuales, vinculado, por ejemplo, al alivio de la incontinencia durante el coito, mejoría de la autoimagen corporal y confianza personal.(86)

Un estudio realizado por Brubaker et al, describió los cambios en la función sexual femenina en pacientes que fueron operadas por IO de esfuerzo, mediante un estudio randomizado en el cual se incluyeron 655 mujeres, a las cuales se les realizó tratamiento mediante colposuspensión por técnica de Burch, o colocación de cabestrillos ureterales, con un seguimiento a dos años posterior a la cirugía. Este estudio concluyó que la función sexual mejoró para ambos grupos, y no encontró diferencias significativas en cuanto a la salud sexual entre estos grupos.(89)

Una revisión sistemática sobre la función sexual luego de cirugía por incontinencia de esfuerzo, mostró que la función sexual global permaneció de la misma manera posterior a la intervención, en más de la mitad de las pacientes que se sometieron a cualquier tipo de cirugía por incontinencia; un 30% reportó un impacto positivo en la salud sexual y un 10% un posible deterioro. En esta recibió también, la incontinencia durante el coito disminuyó.

### III. **OBJETIVOS**

- **Objetivo general:**

Describir la incidencia de disfunción sexual en pacientes portadoras de patologías del piso pélvico, en usuarias de Asociación Española que asisten a policlínica de Piso pélvico, en el período comprendido entre diciembre de 2020 y abril de 2023.

- **Objetivos específicos:**

- Caracterizar el tipo de disfunciones sexuales asociadas a patologías del piso pélvico, mediante la aplicación de cuestionarios validados.
- Caracterizar el tipo de disfunción sexual más prevalente en la población estudiada.
- Determinar la patología de piso pélvico más frecuente en nuestra población estudiada.

### IV. **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### 1. **Resumen:**

La evaluación de la salud sexual es un factor fundamental a evaluar en pacientes que presentan disfunciones del piso pélvico. A lo largo del tiempo, se han desarrollado diversas técnicas para su evaluación. El cuestionario “índice de función sexual femenina” (IFSF) es uno de los test más usados para valorar disfunciones sexuales.(90)

#### 2. **Población:**

Se aplicó un cuestionario validado a 70 pacientes durante la consulta en policlínica de piso pélvico de la Asociación Española, durante el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2022 y el 30 de abril de 2023.

#### 3. **Criterios de inclusión:**

Se interrogó a todas las pacientes que consultaron en policlínica de piso pélvico, en el período detallado, que aceptaron realizar la encuesta, independiente de su motivo de consulta. Se trata principalmente de pacientes portadoras de POP, IO, SGUM, o alteraciones funcionales o estéticas vulvares. Incluye pacientes en estadios pre y postoperatorios, así como pacientes sin tratamiento previo o que se encontraban en seguimiento. La encuesta fue explicada y aceptada por las pacientes. Los datos se recabaron de forma anónima.

#### 4. **Criterios de exclusión:**

No se aplicó el cuestionario a las pacientes que se negaron en realizarlo, o en aquellas que concurren más de una vez durante el período comprendido.

## 5. Diseño:

Estudio observacional, analítico, retrospectivo, que tiene como fin evaluar la sexualidad femenina a partir de la aplicación de una encuesta validada denominada: “Índice de Función Sexual Femenina”, desarrollado por Rosen et al.(91)

La evaluación de la función sexual femenina no es una tarea sencilla. Si bien podrían medirse parámetros de respuesta sexual mediante técnicas de laboratorio, como, por ejemplo, medir el flujo sanguíneo genital, se ha propuesto que la mejor manera de establecer la función sexual es en un ambiente natural y por técnicas de autoinforme.(91)

Este cuestionario traducido al español mediante la técnica de la doble traducción, consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5, o de 1 a 5 según la pregunta. El puntaje de cada pregunta se multiplica por un factor específico y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. El puntaje máximo de cada dominio es de 6 puntos, siendo el total máximo de la encuesta 36 puntos y el mínimo de 2. Se detalla en cada pregunta que la respuesta debe corresponder a un tiempo no mayor de las últimas 4 semanas. A mayor puntaje mejor sexualidad. En cuanto a el puntaje de corte para el diagnóstico de una disfunción sexual, se ha establecido que el puntaje total debe ser menor a 26,5 para el diagnóstico.(92)

Este cuestionario cumple con la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad.

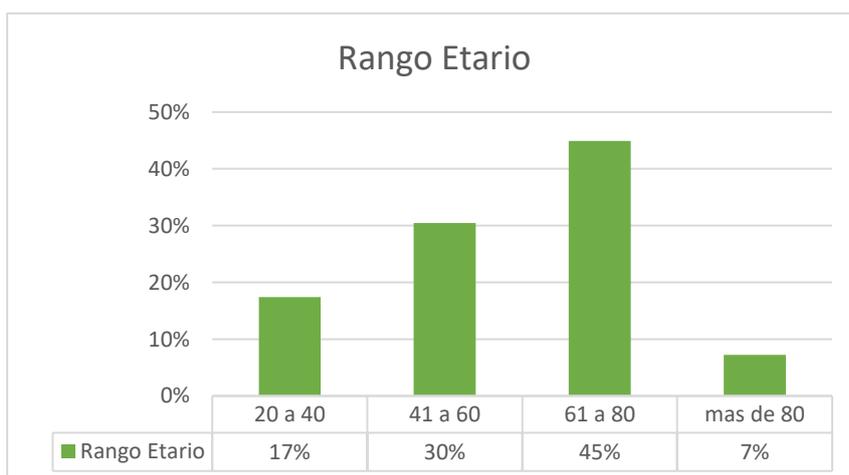
El cuestionario seleccionado y aplicado ha sido validado por múltiples estudios, incluido su validación en la traducción al español, resultando en un test confiable, válido y receptivo, para evaluar la función sexual en la mujer. Fue creado en año 2000 por un panel de expertos en sexualidad, por lo que está basado en la clasificación de las disfunciones sexuales que utilizaba el DSM 4 el CIE-10, teniendo con particular diferencia, es la separación en los desórdenes del deseo y de la excitación, que en el DSM 5 se encuentran en una misma categoría. A pesar de esto, los expertos han mantenido separados estos ítems, explicando que, de esta manera, podría plantearse un tratamiento más específico para las disfunciones.(93)

**V. RESULTADOS**

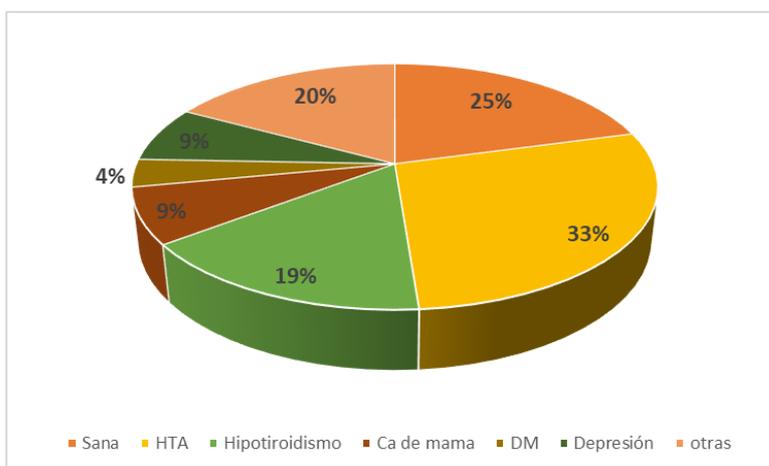
Se realizaron un total de 69 encuestas en la policlínica especializada en piso pélvico de la ASESP durante el período indicado. Solo una paciente fue excluida del estudio por no querer realizar la encuesta.

El promedio de edad que abarcó esta encuesta fue de 59,4 años, con un rango etario entre 20 a 87 años. El 45% de las pacientes del estudio se encontraba en el rango entre 60 y 80 años.

Rango etario	Cantidad	Rango Etario
20 a 40	12	17%
41 a 60	21	30%
61 a 80	31	45%
mas de 80	5	7%
	69	



Condicion	%
Sana	25%
HTA	33%
Hipotiroidisr	19%
Ca de mama	9%
DM	4%
Depresión	9%
otras	20%



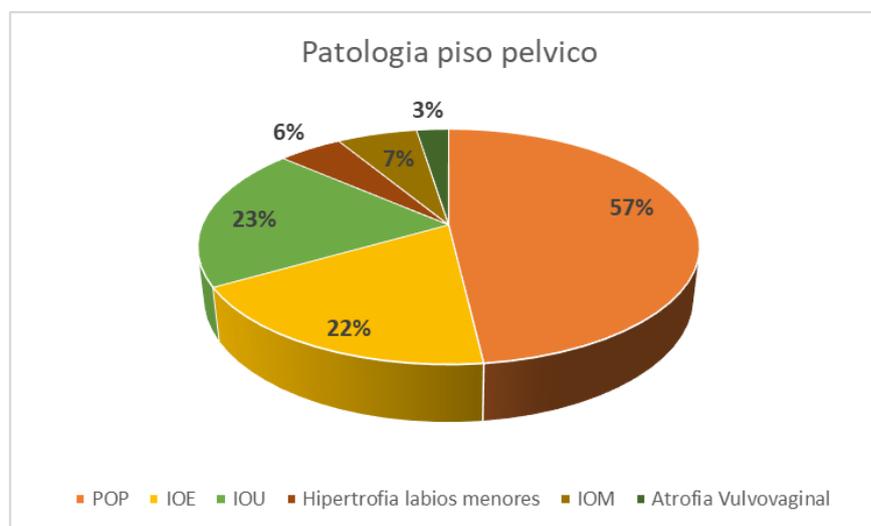
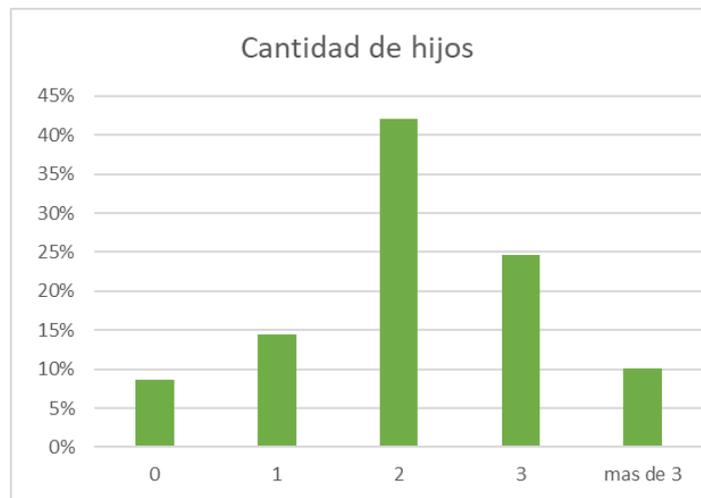
Las patologías previas más relevantes fueron la hipertensión arterial, en un 33% de las pacientes, el hipotiroidismo en el 19%, y el antecedente de cáncer de mama en un 9% de las encuestadas. El 25% de las pacientes no presentaban comorbilidades.

El 71% (n=49) se encontraban en menopausia; en cuanto a la paridad, el 42% (n=29) tenían dos hijos, el 25% (n=17) tres hijos, el 14% (n=10) un hijo, 10% (n=7) más de tres, y un 9% (n=6) eran nuligestas. El 59% de las pacientes tienen pareja.

Menopausia	n=	%
Si	49	71%
No	20	29%

Pareja	n=	%
Si	41	59%
No	28	41%

n=	Hijos
6	0
10	1
29	2
17	3
7	mas de 3

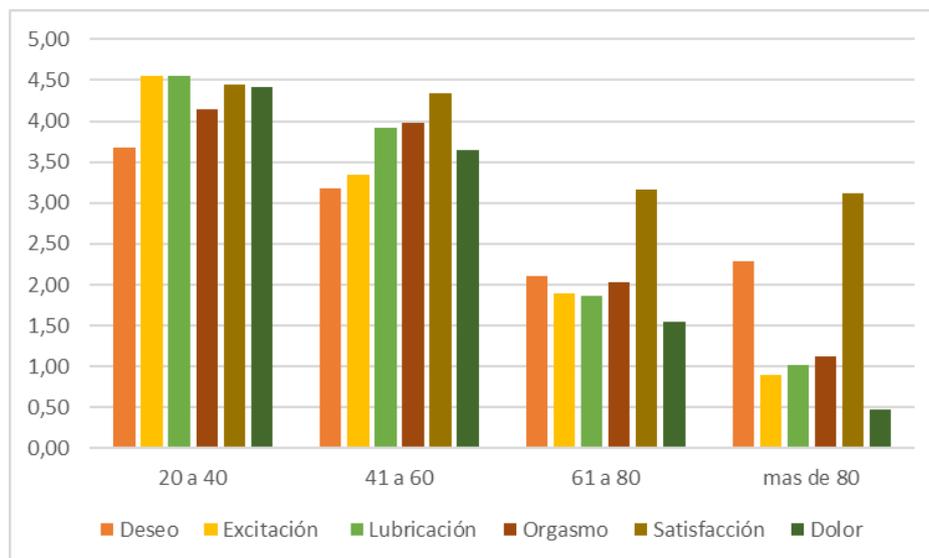


El motivo de consulta en dicha policlínica puede desglosarse de la siguiente manera: 57% presentaban POP, 23% IOU, 22 % IOE, 3% atrofia vulvovaginal, 7% IOM, y 6% concurren para corrección de hipertrofia de labios menores sintomática.

Pasando al análisis de la encuesta de IFSF, mayores puntajes reflejan mejor índice de sexualidad de forma global. En nuestra encuesta constatamos que los puntajes mayores fueron obtenidos en el rango etario entre 40 a 60 años, con un promedio total de la encuesta de 25,58, y que este puntaje fue decreciendo en forma lineal conforme aumenta la edad, teniendo un promedio mínimo de 8,92 en las pacientes de más de 80 años, como era de esperarse. Estos datos son consistentes con otros estudios que arrojan similares resultados.

En las pacientes en el rango etario entre 20 y 40 y 41 y 60 años, el dominio que obtuvo menor puntuación fue el de deseo, con una media de 3,68 y 3,17 respectivamente; en las de entre 61 y 80 y en mayores a 80 fue el dominio del dolor, con medias de 1,55 y 0,48 para estos grupos, lo que nos habla de una mayor disfunción sexual en estas áreas.

Por otra parte, excitación y deseo obtuvieron la mayor puntuación, con una media de 4.55 en las pacientes de 20 a 40 años, mientras que el dominio orgasmo fue el más destacado en el grupo 41 a 60 años con una media de 3,98. En las pacientes de más de 61 años, fue la satisfacción quién obtuvo el mejor puntaje.

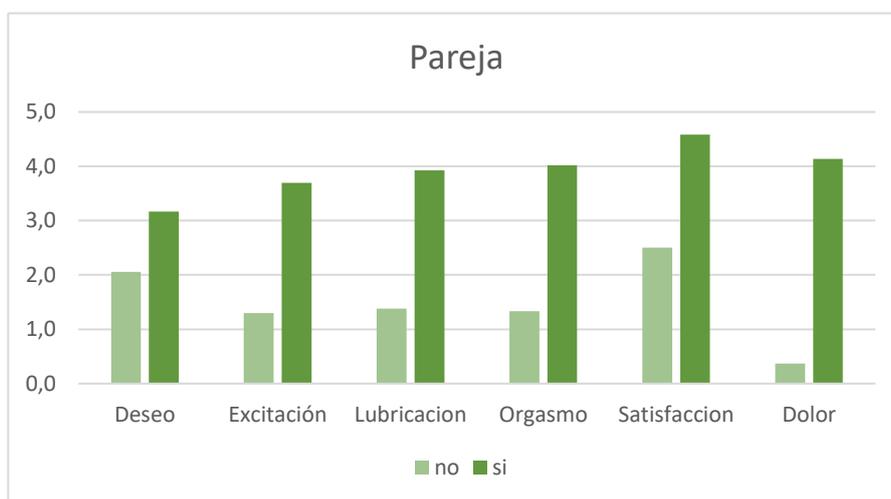


En cuanto a la vinculación de las patologías de piso pélvico con los diferentes ítems evaluados en la encuesta, pudimos ver lo siguiente: en las pacientes portadoras de POP, el deseo y la excitación fueron los dominios más afectados, mientras que la satisfacción obtuvo mejor puntaje. Para las pacientes con IOE, el mayor afectado fue la lubricación, al igual que en el grupo de atrofia vulvovaginal. Para la hipertrofia de labios menores, el orgasmo alcanzó el puntaje más bajo, mientras que excitación y deseo obtuvieron resultados superiores. Se destaca que en este último grupo de pacientes se obtuvieron los puntajes mayores, lo cual

puede deberse a que son pacientes más jóvenes. Un denominador común a casi todos los grupos de patologías, excluyendo a la hipertrofia de labios menores, es que el dominio Satisfacción es el que obtiene puntaje más alto.

Patologías de piso pelvico	n=	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor
POP	28	2,7	2,8	3,1	3,3	3,8	2,7
IOE	11	3,3	2,7	2,6	3,0	4,0	3,2
IOU	8	3,1	3,6	3,9	4,1	4,4	3,7
POP + IOU	7	1,7	1,6	2,0	1,6	2,9	0,7
IOM	5	1,7	1,0	1,0	1,2	2,8	1,2
Hipertrofia labios menores	4	4,5	5,4	5,4	3,1	4,0	3,0
POP + IOE	3	2,8	3,0	3,1	3,2	4,4	4,0
Atrofia vulvovaginal	2	2,1	2,0	1,4	1,6	3,4	3,0
POP + IOM	1	1,2	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0
<b>Total general</b>	<b>69</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>3,7</b>	<b>2,6</b>

Con respecto a la relación de las funciones sexuales con la variable “pareja”, se puede ver que, las pacientes que relataron estar en pareja obtuvieron mejor puntaje en todos los dominios, con amplia diferencia, en comparación a las mujeres solas. La mayor puntuación se evidenció en el dominio de satisfacción, con una media de 4,6 puntos. Es relevante también, que las pacientes con pareja, reportaron mayor puntaje en el dominio de dolor, lo cual podría explicarse por el hecho de que, son estas pacientes las que en general son sexualmente activas, mientras que mujeres de mayor edad sin pareja, no mantienen relaciones sexuales, puntuando cero en este dominio.

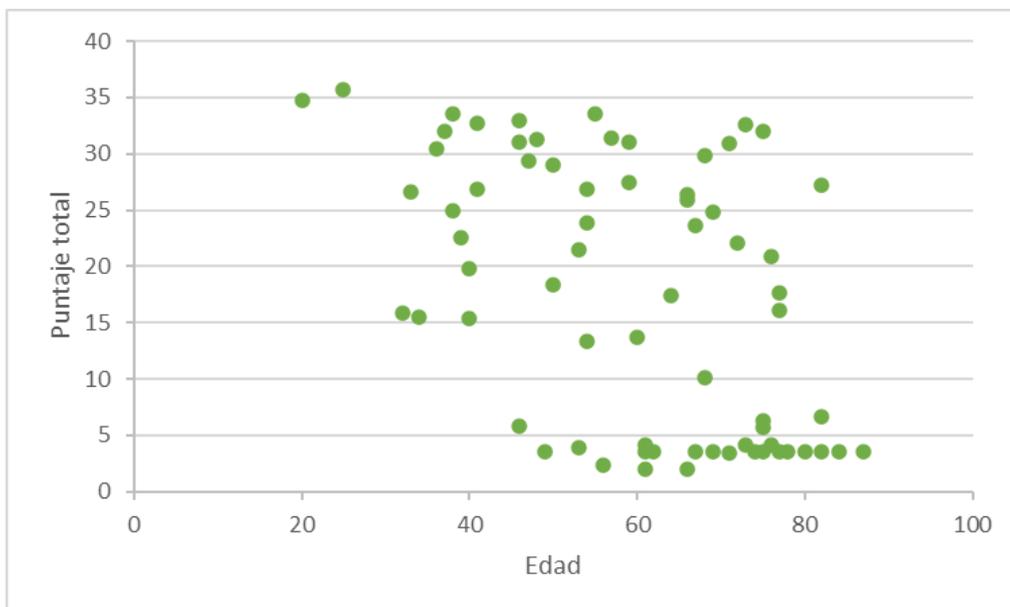


Pareja	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor
no	2,1	1,3	1,4	1,3	2,5	0,4
si	3,2	3,7	3,9	4,0	4,6	4,1

En cuanto a los promedios totales de cada dominio, constatamos que todos fueron bastante bajos y similares: el dominio Dolor fue el que en promedio total arrojó menor puntaje, seguido de Deseo y excitación, mientras que satisfacción fue el que puntuó mejor. En cuanto a los puntajes totales de las encuestas, en concordancia con lo que venimos analizando, el promedio fue bajo, con una media de 17,6 puntos. Solamente el 33.3% (n=23) tuvieron puntaje mayor a 26,5 (valor de corte establecido).

Promedios	
Deseo	2,7
Excitación	2,7
Lubricacion	2,9
Orgasmo	2,9
Satisfaccion	3,7
Dolor	2,6
Total	17,6

Si bien la distribución de puntajes por edad fue bastante irregular, podemos ver que aquellas pacientes que obtuvieron una media mayor a 26.5 en total tenían un promedio de edad de 63,8 años, contrastando con 50,4 que fue la media para las pacientes que obtuvieron las mayores puntuaciones en el test.



## VI. DISCUSIÓN

Se entrevistaron un total de 69 pacientes que accedieron a contestar la encuesta. En cuanto a la media de edad ya mencionada (57,3 años), estamos ante una población mayor en comparación con la mayoría de los estudios que evalúan la funcionalidad sexual femenina, teniendo en nuestra encuesta el 52% de las pacientes tienen más de 60 años. Además, nuestro estudio fue realizado en dicha policlínica especializada en patología de piso pélvico, y como hemos visto anteriormente, los datos son concluyentes en que las pacientes portadoras de una disfunción sexual presentan mayor riesgo de presentar disfunciones sexuales. Tal es así, que, en nuestra población estudiada, solamente el 33,3% de las pacientes presentaron puntuaciones superiores al valor de corte para diagnóstico, por lo que el 66.6% (n=46) presentan alguna disfunción sexual. Estos datos son superiores a la mayoría de los estudios realizados para valorar la función sexual femenina, donde en su mayoría, describen cifras de aproximadamente 40% de pacientes con alteraciones en la función sexual.

Se puede concluir que la función sexual femenina cae francamente conforme aumenta la edad, datos que también fueron reflejados en nuestro estudio. A partir de los 40 años, caen los puntajes en todos los dominios. Si bien las pacientes de mayor edad reportaron menor actividad sexual, el dominio de satisfacción fue el que se mantuvo estable en todos los rangos etarios (aunque los otros dominios presentaran claras disfunciones), lo cual nos arroja sobre la mesa, la importancia y relevancia que cada paciente establece para su vida sexual, demostrando aquí también, el rol fundamental que juega el aspecto psicoafectivo en la sexualidad femenina. Además, podemos ver como la sexualidad pasa por diferentes fases a lo largo de las diferentes etapas de la vida, por lo que, para una paciente de mayor edad, no mantener encuentros sexuales, puede no ser relevante y no causar insatisfacción. Esta estabilidad en la satisfacción es consistente con otros estudios internacionales.(94)

Encontramos que las mujeres que tienen pareja sexual reportaron mejores puntajes en todos los dominios, lo cual es consistente con otros estudios, que muestran que el hecho de tener pareja estable constituye un factor protector para la salud sexual. Este aspecto podría estar vinculado también al hecho de que la seguridad emocional nuevamente desempeña su papel positivamente en la salud sexual de las mujeres.

El hecho de que el dominio del dolor haya sido uno de los que obtuvo menor puntaje, lo que contrasta con estudios internacionales, puede deberse a la falta de relaciones sexuales en las pacientes de mayor edad, las cuales puntuaban cero en estas preguntas. Sí fue consistente en aquellas pacientes con atrofia vulvovaginal, en el cual este dominio se destacó.

La excitación fue el dominio que, luego del dolor como mencionamos, obtuvo mayor caída en la puntuación a medida que avanzó la edad. Pero no así el deseo, quien lideró en nuestra encuesta por debajo de la satisfacción. La edad avanzada de nuestras pacientes, junto con sus patologías pélvicas y comorbilidades, son factores que pueden explicar este trastorno en la excitación.

Se demostró que la patología de piso pélvico más prevalente fue el POP, al igual que ocurre en la población mundial. En cuanto a su vinculación, pudimos constatar que, de las pacientes

portadoras de POP, el 66,6% obtuvieron puntajes inferiores al valor de corte establecido para disfunción sexual.

En cuanto a las comorbilidades, se observó que aproximadamente el 70% de las pacientes hipertensas puntuaron por debajo del punto de corte. Lo cual es concordante con la bibliografía previamente mencionada.

## VII. CONCLUSIONES

Existe una gran prevalencia de disfunción sexual. La conjunción de la media del rango etario sumado a la presencia de disfunciones de piso pélvico, hace que nuestra población sea sin duda, una de las poblaciones más afectadas por disfunciones sexuales.

No contamos con datos a nivel nacional sobre la incidencia y prevalencia de la disfunción sexual en nuestro país para poder realizar comparaciones. Encontramos en la literatura trabajos de investigación que se acotaban a poblaciones específicas; por ejemplo, un trabajo realizado en el Hospital Pereira Rossel en el año 2016, constató que la incidencia de disfunción sexual en pacientes tratadas por cáncer ginecológico fue del 70%, teniendo una muy alta prevalencia. Pero no encontramos literatura sobre la disfunción en pacientes en general.

Es interesante destacar, que, si bien en nuestra muestra encontramos una gran prevalencia de disfunciones sexuales, ninguna de las pacientes presentaba este aspecto como motivo de consulta. La falta de búsqueda profesional para la solución sobre estos aspectos continúa siendo difícil para las mujeres. Como fue mencionado, a excepción de una paciente, todas realizaron la encuesta y estuvieron abiertas a dialogar sobre su sexualidad. Igualmente, muchas de ellas se sorprendieron al abordar estos temas en el consultorio, dado que nunca habían sido interrogadas sobre estos aspectos de su vida.

Se observó, que muchas mujeres entendían por sexualidad solamente a lo referido las relaciones coitales con penetración, pero luego de informarlas sobre las diferentes áreas que se abarcan, ellas mismas se sorprendían de que realmente eran sexualmente activas.

También es relevante que muchas pacientes nos hicieron saber que consideraban muy importante abordar la temática de la sexualidad como un ítem más en el control ginecológico, como realmente debería ser

Puesto que afirmamos en este estudio que la sexualidad desmejora francamente con la edad, debería ser parte de la rutina en la consulta ginecológica, la pesquisa de disfunciones sexuales en nuestras pacientes, para de esta forma, poder establecer estrategias en opciones terapéuticas a su debido tiempo.

La implementación de cuestionarios validados podría ser una opción para poner en práctica en la consulta, por ejemplo, entregándose a las pacientes previo a la entrevista en el consultorio, y analizándolos junto a ellas en la consulta. El análisis del test no lleva más de unos pocos minutos.

Recomendamos abordar la sexualidad femenina en todas las edades, haciendo hincapié en aquellas pacientes que presentan factores de riesgo para una disfunción sexual, como es el caso de nuestras pacientes.

**VIII. BIBLIOGRAFÍA**

1. Castillo Pino, Edgardo A. Tratado de perineología: disfunciones del piso pélvico. Montevideo, Academia Nacional de Medicina, 2019.
2. Claudia FE, Javier PB. Quality of life in women with pelvic floor disorders: Literature review. Vol. 77, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecologia; 2012. p. 175–82.
3. Ronald S G, Beth Y K, Arthur F H, Ingrid E N. Obstetricia y Ginecología de Danforth. 10°. Lippincott Williams and Wilkins, editor. Philadelphia; 2008.
4. Hoffman, Barbara L. Williams Ginecologia 2a Edicion, McGraw-Hill Medical, New York, ©2012.
5. David Cohen S. PROLAPSO GENITAL FEMENINO: LO QUE DEBERÍA SABER Female Pelvic Organ Prolapse: What you should know. REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(2) 202-20.
6. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. Obstetrics and Gynecology. 2014;123(1):141–8.
7. Swift SE, Pound T, Dias JK. Case-control study of etiologic factors in the development of severe pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2001;12(3):187-92. doi: 10.1007/s001920170062. PMID: 11451007
8. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: A systematic literature review. Vol. 14, International Neurourology Journal. 2010. p. 133–8.
9. Caretto M, Misasi G, Giannini A, Russo E, Simoncini T. Menopause, aging and the failing pelvic floor: a clinician's view. Vol. 24, Climacteric. Taylor and Francis Ltd.; 2021. p. 531–2.
10. Rinne KM, Kirkinen PP. What predisposes young women to genital prolapse? Vol. 84, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1999.
11. Lince SL, Van Kempen LC, Vierhout ME, Kluivers KB. A systematic review of clinical studies on hereditary factors in pelvic organ prolapse. Vol. 23, International Urogynecology Journal. Springer London; 2012. p. 1327–36.
12. Elia G, Bergman J, Dye TD. Familial incidence of urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 2002;187(1):53–5.
13. McKenzie P, Rohozinski J, Badlani G. Genetic influences on stress urinary incontinence. Vol. 20, Current Opinion in Urology. 2010. p. 291–5.
14. Lim VF, Khoo JK, Wong V, Moore KH. Recent studies of genetic dysfunction in pelvic organ prolapse: The role of collagen defects. Vol. 54, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. Blackwell Publishing; 2014. p. 198–205.
15. Rortveit G, Brown JS, Thom DH, Van Den Eeden SK, Creasman JM, Subak LL. Symptomatic Pelvic Organ Prolapse Prevalence and Risk Factors in a Population-Based, Racially Diverse Cohort LEVEL OF EVIDENCE: II. Vol. 109, OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2007.
16. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: Effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. Obstetrics and Gynecology. 2012;119(2):233–9.

17. Kearney R, Miller JM, Ashton-Miller JA, Delancey JOL. Obstetric Factors Associated With Levator Ani Muscle Injury After Vaginal Birth LEVEL OF EVIDENCE: II-3. Vol. 107, *Obstet Gynecol*. 2006.
18. Speksnijder L, Oom DMJ, Van Bavel J, Steegers EAP, Steensma AB. Association of levator injury and urogynecological complaints in women after their first vaginal birth with and without mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Jan 1;220(1):93.e1-93.e9.
19. Gyhagen M, Åkervall S, Milsom I. Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth. *Int Urogynecol J*. 2015 Aug 28;26(8):1115–21.
20. Castillo Pino E, Malfatto G. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia de orina femenina (IOF). *Arch Ginecol Obstet*. 2001;68(72).
21. Gambacciani M, Russo E, Guevara MM, Simoncini T. Pelvic Floor, Urinary Problems and the Menopause. In: *Managing the Menopause*. Cambridge University Press; 2020. p. 112–23.
22. Moalli PA, Shand SH, Zyczynski HM, Gordy SC, Meyn LA. Remodeling of Vaginal Connective Tissue in Patients With Prolapse LEVEL OF EVIDENCE: II-2. Vol. 106, *Obstet Gynecol*. 2005.
23. Liapis A, Bakas P, Pa<sup>®</sup>ti A, Frangos-Plemenos M, Arnoyannaki N, Creatsas G. Changes of collagen type III in female patients with genuine stress incontinence and pelvic floor prolapse.
24. Han L, Wang L, Wang Q, Li H, Zang H. Association between pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence with collagen. *Exp Ther Med*. 2014;7(5):1337–41.
25. Altman D, Granath F, Cnattingius S, Falconer C. Articles Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study [Internet]. Vol. 370, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). 2007. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/>
26. Robinson D, Thiagamoorthy G, Cardozo L. Post-hysterectomy vaginal vault prolapse. Vol. 107, *Maturitas*. Elsevier Ireland Ltd; 2018. p. 39–43.
27. Aagesen AH, Klarskov N, Gradel KO, Husby KR. Hysterectomy on benign indication and risk of pelvic organ prolapse surgery: A national matched cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023 Jun 1;102(6):774–81.
28. Thomas SG, Sato HRN, Glantz JC, Doyle PJ, Buchsbaum GM. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders among gynecologic oncology patients. In: *Obstetrics and Gynecology*. 2013. p. 976–80.
29. ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. 2019.
30. Washington BB, Erekson EA, Kassis NC, Myers DL. The association between obesity and stage II or greater prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(5):503.e1-503.e4.
31. Pomian A, Lisik W, Kosieradzki M, Barcz E. Obesity and pelvic floor disorders: A review of the literature. Vol. 22, *Medical Science Monitor. International Scientific Literature Inc.*; 2016. p. 1880–6.
32. Louis-Charles K, Biggie K, Ainsly Wolfenbarger, Wilcox B, Kienstra CM. Pelvic Floor Dysfunction in the Female Athlete [Internet]. 2019. Available from: <http://journals.lww.com/acsm-csmr>
33. Tampakoudis P, Tantanassis T, Grimbizis G, Papaletsos M, Mantalenakis S. GYNECOLOGY Cigarette smoking and urinary incontinence in women a new calculative method of estimating the exposure to smoke. Vol. 63, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1995.

34. Jelovsek JE, Barber MD, Lowder JL, Debes K, Moon D, Abramowitch S, et al. AUGS ABSTRACTS 2005 26th Annual Scientific Meeting of The American Urogynecologic Society Paper 1 Advanced Pelvic Organ Prolapse Decreases Body Image and Quality of Life Paper 2 Impact of Pregnancy, Delivery, and Recovery on the Structural Properties of the Vagina and Supportive Tissues. 2005.
35. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology. Mosby Inc.; 2005. p. 795–806.
36. Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J. Fundamentos de ginecología. Editorial Médica Panamericana;
37. Phillips CH, Anthony F, Benyon C, Monga AK. Collagen metabolism in the uterosacral ligaments and vaginal skin of women with uterine prolapse. BJOG. 2006 Jan;113(1):39–46.
38. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. Clin Obstet Gynecol. 1972 Dec;15(4):1048-54. doi: 10.1097/00003081-197212000-00020. PMID: 4649139.
39. Castillo Pino E, Benavides N, Acevedo V, Alonso V, Martin R, Javier G. Sistema de cuantificación POP Q en Uruguay. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2017; Volumen 55, número 3: 129–134
40. Riss P, Dwyer PL. The POP-Q classification system: Looking back and looking forward. Vol. 25, International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction. Springer-Verlag London Ltd; 2014. p. 439–40.
41. Bump RC, Mattiasson A, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, ShuU BL, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Vol. 175, Am J Obstet Gynecol. 1996.
42. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. Vol. 22, Climacteric. Taylor and Francis Ltd; 2019. p. 217–22.
43. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. 2010 THE AUTHORS; BJU INTERNATIONAL 2010 BJU INTERNATIONAL Lower Urinary Tract.
44. Bardsley A. An overview of urinary incontinence. Br J Nurs. 2016 Oct 13;25(18):S14-S21. doi: 10.12968/bjon.2016.25.18.S14. PMID: 27734727.
45. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). Vol. 35, Neurourology and Urodynamics. John Wiley and Sons Inc.; 2016. p. 137–68.
46. Kadam-Halani PK, Arya LA, Andy UU. Clinical anatomy of fecal incontinence in women. Vol. 30, Clinical Anatomy. John Wiley and Sons Inc.; 2017. p. 901–11.
47. Alavi K, Chan S, Wise P, Kaiser AM, Sudan R, Bordeianou L. Fecal Incontinence: Etiology, Diagnosis, and Management. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2015 Oct 29;19(10):1910–21.
48. Dunivan GC, Chiung C, Chen G, Rogers R. ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. 2019.

49. Ruiz NS, Kaiser AM. Fecal incontinence - Challenges and solutions. Vol. 23, *World Journal of Gastroenterology*. Baishideng Publishing Group Co; 2017. p. 11–24.
50. Faltin DL, Boulvain M, Bretones P, Weil A. Diagnosis of Anal Sphincter Tears by Postpartum Endosonography to Predict Fecal Incontinence. Vol. 95. 2000.
51. Kumar N, Kumar D. Fecal incontinence and rectal prolapse. Vol. 38, *Indian Journal of Gastroenterology*. Springer; 2019. p. 465–9.
52. Marino JM. Genitourinary Syndrome of Menopause. Vol. 66, *Journal of Midwifery and Women’s Health*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 729–39.
53. Elizabeth Farrell AM. Genitourinary syndrome of menopause. *Aust Fam Physician*. 2017 Jul 1;46(7):481–4.
54. Faubion SS, Kingsberg SA, Clark AL, Kaunitz AM, Spadt SK, Larkin LC, et al. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2020 Sep 1;27(9):976–92.
55. Briggs P. Genitourinary syndrome of menopause. *Post Reprod Health*. 2020 Jun 1;26(2):111–4.
56. Nappi RE, Palacios S, Particco M, Panay N. The REVIVE (REal Women’s VIEWS of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey in Europe: Country-specific comparisons of postmenopausal women’s perceptions, experiences and needs. *Maturitas*. 2016 Sep 1;91:81–90.
57. Angelou K, Grigoriadis T, Diakosavvas M, Zacharakis D, Athanasiou S. The Genitourinary Syndrome of Menopause: An Overview of the Recent Data. *Cureus*. 2020 Apr 8;
58. Mercier J, Morin M, Reichetzer B, Lemieux MC, Khalifé S, Dumoulin C. Genitourinary syndrome of menopause symptom severity and impact outcome measures: Are they reliable and correlated? *Menopause*. 2019 Jun 1;26(6):659–64.
59. WHO (2006) Defining Sexual Health—Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28-31 January 2002, Geneva. Sexual Health Document Series, World Health Organization, Geneva.
60. Dosch A, Rochat L, Ghisletta P, Favez N, Van der Linden M. Psychological Factors Involved in Sexual Desire, Sexual Activity, and Sexual Satisfaction: A Multi-factorial Perspective. *Arch Sex Behav*. 2016 Nov 1;45(8):2029–45.
61. Levine SB. The Nature of Sexual Desire: A Clinician’s Perspective 1. Vol. 32, *Archives of Sexual Behavior*. 2003.
62. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuna-Pons M. Questionnaires in the assessment of sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Vol. 39, *Actas Urologicas Espanolas*. Elsevier Ltd; 2015. p. 175–82.
63. Rosen RC, Barsky JL. Normal Sexual Response in Women. Vol. 33, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2006. p. 515–26.
64. Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. Vol. 45, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2018. p. 709–22.
65. Basson R, Gilks T. Women’s sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. Vol. 14, *Women’s Health*. SAGE Publications Ltd; 2018.

66. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. Vol. 87, *Maturitas*. Elsevier Ireland Ltd; 2016. p. 49–60.
67. Basson R. A model of women's sexual arousal. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(1):1–10.
68. Kingsberg SA, Clayton AH, Pfaus JG. The Female Sexual Response: Current Models, Neurobiological Underpinnings and Agents Currently Approved or under Investigation for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder. *CNS Drugs*. 2015 Nov 1;29(11):915–33.
69. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. Vol. 7, *Sexual Medicine Reviews*. Elsevier B.V.; 2019. p. 559–64.
70. Basson R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. Vol. 172, *CMAJ*. Canadian Medical Association Journal. Canadian Medical Association; 2005. p. 1327–33.
71. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Vol. 103, *Medical Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 681–98.
72. Pauls RN, Segal JL, Silva WA, Kleeman SD, Karram MM. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. *Int Urogynecol J*. 2006;17(6):576–80.
73. Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors.
74. Hubbs JL, Dickson Michelson EL, Vogel RI, Rivard CL, Teoh DGK, Geller MA. Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: what women want. *Supportive Care in Cancer*. 2019 Dec 1;27(12):4649–54.
75. Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach [Internet]. Vol. 92. 2015. Available from: [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp)
76. Sánchez PS, Medina PT, Disfunción RA, Pérez Medina T, Portillo Sánchez S, Royuela A. sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. Vol. 60, *Prog Obstet Ginecol*. 2017.
77. Novi JM, Jeronis S, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *Journal of Urology*. 2005;173(5):1669–72.
78. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC. Sexual Function in Women With Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. Vol. 99. 2002.
79. Roos AM, Thakar R, Sultan AH, Burger CW, Paulus ATG. Pelvic Floor Dysfunction: Women's Sexual Concerns Unraveled. *Journal of Sexual Medicine*. 2014;11(3):743–52.
80. Fatton B, de Tayrac R, Letouzey V, Huberlant S. Pelvic organ prolapse and sexual function. Vol. 17, *Nature Reviews Urology*. Nature Research; 2020. p. 373–90.
81. Jha S. Maintaining sexual function after pelvic floor surgery. Vol. 22, *Climacteric*. Taylor and Francis Ltd; 2019. p. 236–41.
82. Rodrigues Â, Rodrigues C, Negrão L, Afreixo V, Castro MG. Female sexual function and quality of life after pelvic floor surgery: a prospective observational study. *Int Urogynecol J*. 2021 May 1;32(5):1273–83.

83. Tyagi V, Perera M, Guerrero K, Hagen S, Pringle S. Prospective observational study of the impact of vaginal surgery (pelvic organ prolapse with or without urinary incontinence) on female sexual function. *Int Urogynecol J*. 2018 Jun 1;29(6):837–45.
84. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and Sexual Functioning [Internet]. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>
85. Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, Filtenborg T, Jakobsen K, Sørensen HC, et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Feb;83(2):191–6.
86. Tunuguntla HSGR, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: A review. Vol. 175, *Journal of Urology*. 2006. p. 439–46.
87. Hultgren R, Sjö Gren B, Sö Derberg M, Takolander R, Wahlberg E, Wahlberg M, et al. Article No. ejvs. Vol. 17, *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1999.
88. Given FT, Muhlendorf IK, Browning GM. Vaginal length and sexual function after colpopexy for complete uterovaginal eversion. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169(2 PART 1):284–8.
89. Brubaker L, Chiang S, Zyczynski H, Norton P, Kalinoski DL, Stoddard A, et al. The impact of stress incontinence surgery on female sexual function. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(5):562.e1-562.e7.
90. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The female sexual function index: Transculturally adaptation and psychometric validation in Spanish women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 1;17(3).
91. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191–205.
92. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005 Jan;31(1):1–20.
93. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? Vol. 17, *Journal of Sexual Medicine*. Elsevier B.V.; 2020. p. 17–25.
94. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: A multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*. 2009 Nov;16(6):1139–48.
95. Versión española del cuestionario FSFI ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI) MARQUE UNA SOLA RESPUESTA A CADA PREGUNTA [Internet]. Available from: <https://fisioterapiasaludmujer.web.uah.es>

## IX. ANEXOS

### Anexo 1: Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

---

#### Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

#### Definiciones

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

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

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

#### Marque sólo una alternativa por pregunta

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

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre                     | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)           | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca                         | 1 punto  |

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Muy alto        | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alto            | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderado        | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Bajo            | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada | 1 punto  |

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

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

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual                  | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre                     | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)           | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca                         | 1 punto  |

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

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy alto                  | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alto                      | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderado                  | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Bajo                      | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada           | 1 punto  |

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

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual    | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy alta confianza           | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alta confianza               | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderada confianza           | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Baja confianza               | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy baja o nada de confianza | 1 punto  |

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

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual                  | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre                     | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)           | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca                         | 1 puntos |

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

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual                  | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre                     | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)           | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca                         | 1 puntos |

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

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual          | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil o imposible | 1 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy difícil                        | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Difícil                            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Poco difícil                       | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> No me es difícil                   | 5 puntos |

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

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual   | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre la mantengo                                | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)            | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces la mantengo (alrededor de la mitad)                       | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)                      | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final | 1 puntos |

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

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual          | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil o imposible | 1 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy difícil                        | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Difícil                            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Poco difícil                       | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> No me es difícil                   | 5 puntos |

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

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual                  | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre                     | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)           | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca                         | 1 puntos |

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

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 puntos
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Poco difícil 4 puntos
- No me es difícil 5 puntos

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

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

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

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

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

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

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

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

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

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 1 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 2 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

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

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 1 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 2 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy alto 1 puntos
- Alto 2 puntos
- Moderado 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

## Anexo 2: (95)

DOMINIO	PREGUNTAS	RANGO DE Puntuación	FACTOR	Puntuación MÍNIMA	Puntuación MÁXIMA
Deseo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14	0-5	0,4	0,8	6
	15-16	1-5			
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
<b>RANGO TOTAL</b>				2	36