

Función sexual en mujeres con disfunción del suelo pélvico

MsC. Dra. Neysa Margarita Pérez Rodríguez, MsC. Dra Jacqueline del Carmen Martínez Torres, MsC. Lic Elsa María Rodríguez Adams, MsC. Dr José Ángel García Delgado.

Introducción

La salud sexual se asocia, de manera clara, con el desarrollo social. Las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparadas para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social. Por esto la promoción de la salud sexual fomenta la responsabilidad individual y social, además de las interacciones sociales equitativas, contribuye a mejorar la calidad de vida y a la instauración de la paz ⁽¹⁾.

Tener una vida sexual sana se traduce en beneficios para la salud general. Las ventajas de la actividad sexual son: ayuda a mantener eficiente el sistema inmunológico; incrementa el deseo sexual; mejora el control de la vejiga en las mujeres; baja la presión arterial; cuenta como minutos de ejercicio; baja el riesgo de infarto de miocardio; disminuye el dolor; disminuye el riesgo de cáncer de próstata; mejora el sueño; hace más fácil controlar el estrés ⁽²⁾.

Los problemas sexuales que con más frecuencia se encuentran en la práctica clínica del profesional de la salud son las disfunciones sexuales (DS). Las razones para cuidar la salud sexual incluyen motivos de salud física general del individuo, bienestar psicológico individual y de pareja, así como claros beneficios sociales. La frecuencia con la que aparecen los problemas sexuales justifica que la sexualidad siempre sea abordada en la práctica médica: los datos globales indican que de 9 a 29% de los hombres y de 16 a 45% de las mujeres tienen algún problema sexual que genera malestar. Estos datos pueden constituir un subregistro ya que no todas las personas con DS piden ayuda médica ⁽³⁾.

El suelo pélvico (SP) está formado por un conjunto de estructuras musculares, con sus fascias y ligamentos que forman lo que se conoce como diafragma pélvico, y tienen como misión básica el sostén de los órganos pélvicos (vejiga

urinaria, uretra, útero, vagina, recto y ano), fijándolos a las estructuras óseas que constituyen la cintura pélvica femenina, formada por los dos huesos coxales izquierdo y derecho y el sacro. Dichos componentes músculo-aponeuróticos no sólo deben mantener la correcta posición de los órganos pélvicos, sino que además deben permitir y facilitar sus funciones –la micción, el coito, el parto y la defecación—, asegurando al mismo tiempo la continencia urinaria y fecal en reposo y durante las actividades de la vida diaria ⁽⁴⁾.

La debilidad o la lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone a la mujer a una sintomatología en muchas ocasiones múltiple, que corresponde a la combinación de distintos problemas, como la Incontinencia Urinaria, la Incontinencia Fecal, la disfunción del vaciado vesical, el síndrome de defecación obstructiva, la disfunción sexual y el prolapso de distintos órganos pélvicos. Estas entidades clínicas relacionadas entre sí pueden tener una etiología multifactorial ^(4,5).

Las manifestaciones de DSP están asociadas a factores de riesgo dentro de los que se destacan: la edad, los antecedentes de enfermedades crónicas y padecimientos, el uso habitual de determinados medicamentos, los hábitos y costumbres, el embarazo y el parto, factores de riesgo asociados a otras Enfermedades Crónicas no transmisibles y a las disfunciones sexuales ⁽⁶⁾.

Para la evaluación de la relación entre función sexual y disfunción de suelo pélvico se utilizó el cuestionario Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire en su versión corta (PISQ-12) en español, desarrollado por la Dra. Espuña y col en 2008, y es el primer cuestionario validado y adaptado culturalmente para su uso en español para la evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria, y puede ser adaptable para su uso en la incontinencia fecal y dolor génito –pélvico ⁽⁷⁾.

Este trabajo se realiza para determinar la repercusión en la función sexual de las disfunciones del suelo pélvico en pacientes femeninas.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal, en pacientes femeninas diagnosticadas con patologías de suelo pélvico que acudan al Departamento de

Suelo Pélvico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas en el periodo de enero y febrero de 2016, y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes femeninas portadoras de disfunciones del suelo pélvico que se encuentran realizando tratamiento rehabilitador.

Tener relaciones sexuales activas.

Que estén aptas psicológicamente para responder el cuestionario

Criterios de exclusión

Que no estén de acuerdo con formar parte de la investigación

Se aplicó el cuestionario(PISQ-12): Aborda el orgasmo y la incontinencia con dos preguntas, y con una, la excitación, la satisfacción, el dolor coital, la frecuencia en las relaciones sexuales, el bulto genital, el miedo-vergüenza ante la relación sexual, la eyaculación precoz y la disfunción eréctil en la pareja de la mujer.

El mismo se divide en tres dominios:

Dominio conductual o emotivo: ítems 1, 2, 3 y 4. Mide la frecuencia de actividad sexual, la frecuencia de deseo, rango de orgasmo y la satisfacción con la relación sexual

Dominio físico: ítems 5, 6, 7, 8 y 9. Mide el dolor, la incontinencia, la sensación de prolapso y el miedo a la incontinencia urinaria o fecal durante la relación sexual.

Dominio relativo a la pareja: ítems 10, 11 y 12. Se encarga de evaluar a la pareja, mide la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, la estenosis vaginal o la percepción de la mujer del rechazo a mantener una relación sexual por su pareja.

El cálculo de la puntuación del cuestionario PISQ-12, se realiza mediante la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem, valorado mediante una escala tipo Lickert donde cero (0) equivale a siempre y cuatro a nunca; invirtiéndose esta puntuación para los ítems que miden los comportamientos y emociones durante la repuesta sexual (ítems 1-4). El rango de puntaje de este instrumento es de 0 a 48 puntos y se considera para todos los ítems las

alternativas 0 y 1 como falla en la respuesta sexual, es decir, como una disfunción sexual femenina, siendo a mayor puntaje mejor función sexual. Tiene una puntuación máxima de 48 siendo la media de la puntuación de 36, a partir del cual se considera buena función sexual.

El procesamiento de la información se realizó por medio del paquete estadístico SPSS versión 13.0. Se utilizaron medidas descriptivas de resumen (porcentajes, media, mediana, desviación estándar) de acuerdo al tipo de variable. Después de procesada la información se realizaron tablas y gráficos para mejor comprensión de la misma.

Resultados y Discusión.

Respondieron el cuestionario 20 mujeres que se encontraban recibiendo tratamiento rehabilitador de su disfunción de suelo pélvico. La edad mínima fue 28 años y la máxima 68 años, con una edad media de 48,95 (DE11,23) años, similar al estudio realizado en España en el 2008 en 49 mujeres que consultaron por síntomas de suelo pélvico en una unidad especializada obteniéndose una edad media de 47,9 años (D.E.=9,8) ⁽⁷⁾.

Tabla 1. Distribución según nivel de escolaridad de las pacientes con disfunción del suelo pélvico atendidas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CIMEQ. Enero-febrero de 2016.

Nivel de escolaridad	Número de pacientes	%
Secundaria básica	2	10
Nivel medio	12	60
Universitario	6	30

Fuente: Registro primario.

El nivel de escolaridad que predominó, como lo muestra la tabla 1, fue el Nivel medio en 12 pacientes (60%). Un adecuado nivel educacional disminuye el riesgo de trastornos de sexualidad, evidenciándose que las mujeres con menor educación tenían más falla orgásmica ⁽⁸⁾. Otros estudios han demostrado que un mejor nivel de educación disminuía en 40% el riesgo de presentar disfunciones sexuales ⁽⁹⁾. Entre ellos, Laumann y cols., plantearon que el riesgo de trastornos sexuales disminuía a la mitad en mujeres graduadas de nivel medio comparadas con las que no habían terminado su educación ⁽¹⁰⁾.

En relación a la edad y el nivel de escolaridad éstos se corresponden con pacientes en plenitud de facultades que ven deteriorada su calidad de vida por el problema de salud que padecen.

Las disfunciones del suelo pélvico y las disfunciones sexuales comparten un grupo de factores de riesgo dentro de los que se destacan: la edad, los antecedentes de enfermedades crónicas y padecimientos, los hábitos y costumbres.

Tabla 2: Distribución porcentual según factores de riesgo de las pacientes con disfunción del suelo pélvico atendidas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CIMEQ. Enero-febrero de 2016.

Factores de riesgos	Número de pacientes	%
Hipertensión Arterial	5	25
Diabetes Mellitus	1	5
Enfermedades cardiovasculares	0	0
IRC	0	0
Obesidad	11	55
Hábito de fumar	2	10
Ingestión de Café	6	30
Alcohol	0	0

Fuente: Registro primario.

En la tabla 2 se muestra como factor de riesgo predominante la obesidad, presente en el 55% de las pacientes, seguido por la ingestión de café y la Hipertensión Arterial con 30 y 25% respectivamente, y en menor grado se observa afectación por hábito de fumar y Diabetes Mellitus, en solo un 10 y 5%.

Algunas investigaciones revisadas hacen referencia a la presencia de factores de riesgo comunes de las disfunciones del suelo pélvico y las disfunciones sexuales, destacándose la obesidad-sobrepeso, hábito de fumar, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial ⁽¹¹⁾.

La obesidad mórbida se asocia con un significativo aumento de síntomas de incontinencia urinaria (IU), incontinencia fecal. (IF) y dificultad expulsiva, sin que la función sexual se vea afectada ⁽¹²⁾.

Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones como el estudio sobre Epidemiología de la Disfunción del suelo pélvico en población de un Consultorio Médico de APS realizado en el Municipio La Lisa, donde predominó la ingestión de café (14.5 %) ⁽¹³⁾. Otro estudio refiere que dentro de los hábitos y costumbres que predisponen o pudieran ser la causa de la aparición de la Incontinencia de orina, observamos un alto porcentaje de ingestión de café al estar presente en 49 pacientes (62%) ⁽¹⁴⁾.

La nicotina, por su parte, se ha demostrado que disminuye la excitación y el deseo en la mujer ⁽¹⁵⁾.

Se reporta que la hipertensión arterial puede llegar a tener efectos en la vida sexual de quienes la padecen. Algunos estudios consideran tres aspectos de la hipertensión arterial como factores que predisponen a una disfunción sexual: 1) el efecto directo de la enfermedad en la función sexual; 2) el consumo de fármacos antihipertensivos y su efecto en la función sexual y 3) las secuelas psicológicas de la enfermedad ⁽¹⁶⁾.

En relación a la diabetes, en un estudio realizado en Brasil en 1,219 mujeres con Diabetes Mellitus se reportó que 49% de ellas, es decir, casi la mitad, tenía, al menos, una disfunción sexual; la baja del deseo sexual fue de 26.7%, dispareunia 23.1% y anorgasmia 21% ⁽¹⁷⁾.

No tenemos pacientes portadores de enfermedades cardiovasculares ni ERC.

Tabla 3: Distribución porcentual según tipo de disfunción de suelo pélvico en pacientes atendidas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CIMEQ. Enero-febrero de 2016.

Tipo de disfunción de suelo pélvico	Número de pacientes	%
Incontinencia urinaria	10	50
Prolapso de órganos pélvicos.	9	45
Incontinencia fecal	6	30
Dolor Pélvico Crónico	1	5

Fuente: Registro primario.

En relación a los tipos de disfunción de suelo pélvico, la tabla 3 evidencia que el 50% padecían incontinencia urinaria, el 45% prolapsos, 30% incontinencia fecal y 5% dolor pélvico crónico, coincidiendo con lo reportado en otro estudio donde se afirma que los problemas del suelo pélvico predisponen a la

disfunción sexual, particularmente en la féminas con incontinencia urinaria, pues ésta última se presenta frecuentemente en el contexto de la penetración y el orgasmo ⁽¹⁵⁾.

Otros estudios evidencian asociación entre ambos problemas, como: Las anormalidades de la función sexual se han asociado a la IU y al prolapso de órganos pélvicos, el 66% de las mujeres incontinentes experimentan urgencia o frecuencia miccional durante la actividad sexual, así como las mujeres sexualmente activas relatan que la IU puede alterar su función sexual de distintas maneras, como baja en la libido, miedo a la pérdida de orina durante el acto sexual y depresión ⁽¹⁸⁾.

Es de suma importancia destacar que existe una íntima relación anatómofuncional de los elementos que conforman el suelo pélvico y el aparato genital femenino, por tal motivo la alteración de uno de estos sistemas puede afectar a la estructura y/o función del otro. Con frecuencia en la práctica diaria la evaluación de las pacientes tiene como objetivos los síntomas urinarios y ano rectales y los defectos anatómicos subyacentes, pasando por alto las consecuencias en la función sexual de las mujeres afectadas de la patología del suelo pélvico, de ahí la importancia clínica de poder lograr un manejo integral de este tipo de pacientes.

Tabla 4. Índice de función sexual en mujeres con disfunción de suelo pélvico. Enero -Febrero 2016. CIMEQ.

Índice de función sexual	No.	%
Con disfunción sexual	9	45
Sin disfunción sexual	11	55

Fuente: Cuestionario

La tabla 4, representa el índice de función sexual en pacientes con disfunciones del suelo pélvico. Ninguna de las mujeres alcanzó la cifra más alta posible del cuestionario (48 puntos). La media de la puntuación (36) para la cual se considera disfunción sexual la alcanzaron 11 mujeres (55%), por lo que se consideró que el 45% de las mujeres del estudio tenían algún tipo de disfunción sexual.

Tabla 5. Prevalencia de los tipos de disfunción sexual en mujeres con disfunción de suelo pélvico. Enero -Febrero 2016. CIMEQ.

Tipos de Disfunción sexual	No.	%
Trastorno del clímax	9	45
Trastorno de excitación	8	40
Trastorno del deseo	7	35
Trastorno por dolor	5	25

Fuente: Cuestionario

En cuanto a la prevalencia de los diferentes tipos de disfunción y trastornos, en la tabla 5 se muestra que el más frecuente está relacionado con los trastornos del clímax con 9 casos (45%). En los trastornos de la excitación sexual hubo 8 casos (40%), en los trastornos del deseo 7 casos (35%). La frecuencia más baja correspondió a los trastornos por dolor 5 (25%).

En la literatura revisada se plantea que los trastornos del deseo tienen un rango de prevalencia 16 - 75%, las dificultades orgásmicas un rango de prevalencia 16 - 48%, los trastornos de la excitación entre 12 - 64% y los trastornos del dolor del 7 al 58% de rango de prevalencia ⁽¹⁹⁾.

El mayor porcentaje de las mujeres con trastornos del "deseo", se asocia con frecuencia al miedo del tener un episodio de IU o IF durante la intimidad, dando como resultado ansiedad sexual. Autores como Learman y cols. 2008 plantearon que los aspectos inconscientes y cognoscitivos emotivo - afectivos de la libido podrían influenciar el deseo sexual de las mujeres ⁽²⁰⁾.

Las limitaciones de este estudio están dadas por lo pequeña de la muestra.

Conclusiones

Los factores de riesgo de disfunción sexual están presentes en las pacientes portadoras de disfunciones del suelo pélvico.

La función sexual está comprometida en un grupo importante de las pacientes con disfunciones del suelo pélvico.

Recomendación.

Realizar estudios con mayor casuística y en mayor tiempo para evidenciar el problema tratado en nuestro país.

Referencias bibliográficas

World Health Organization–Global Prevalence of infertility, infecundity and childlessness, disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> [consulta: 5 enero 2016]

Ocal, G. Current concepts in disorders of sexual development. J CLIn Res Ped Endo 2011;3(3): p 105-114.

Robinson. KM Smith M. 10 surprising health benefits of health.Sex& Relationships. Web MD disponible en: <http://www.webmd.com/sex-relationships/guide/sex-and-health> [consulta: 17dic 2015]

Messelink EJ. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: Is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. Eur Urol. 2013; 64:431-9.

Torrez Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, Gutiérrez Gutiérrez CG, eds. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. Vol. IV. Cuba: Editorial CENESX; 2015.

Yong PJ, Mui J, Allaire C, Williams C. Pelvic floor tenderness in the etiology of superficial dyspareunia. J ObstetGynaecol Can.2014; 36:1002-9.

P. Cuestionario para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso Espuña Pons M, Puig Clota M, Gonzalez Aguilón M, Zardain PC, Rebollo Alvarez genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del "Pelvis Organ Prolapso /Urinary incontinente Sexual Questionnaire (PISQ-12)". Actas Urol Esp. 2008; 32 (2): 211-219.

Gramegna G, Blumel JE, Roncagliolo ME, Aracena B, Tacla X. Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. RevMédChil 1998; 126: 162-68.

Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. RevMéd Chile 2002; 130(1): 1131-38

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. JAMA 1999; 281: 537-44.

Torrez Rodríguez B, Gutiérrez Gutiérrez CG. Enfermedad Renal Crónica. Impacto en la sexualidad y la vida en pareja. Torrez Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, Gutiérrez Gutiérrez CG, eds. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. Vol. IV. Cuba: Editorial CENESX; 2015. 125-138

Salinas. J, Raparíz. M. Tratado de Reeducción en Urogine proctología. Editorial gráfica Santher, S.L. 1997.

López Segade Madelin F. Epidemiología de la Disfunción del suelo pélvico en población de un Consultorio Médico de la Atención Primaria de Salud. Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Ciudad Habana. 2011.

Rodríguez Adams, EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria TESIS Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014; 40(1).

Raymed Antonio Bacallao Méndez. Fisiopatología de la respuesta sexual en la ERC. Torrez Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, Gutiérrez Gutiérrez CG, eds. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. Vol. IV. Cuba: Editorial CENESX; 2015.40-80.

Cuellar de León AJ, Campos- González JC, Brotons-Munto F, Casorran-Martinez A, Gosalbes-Soler V, Prosper-Sierra M, Silvestre-Quilez S, Valero-García P. Hipertensión arterial y disfunción eréctil. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria 2004; 48-52.

Abdo C. Oliveira WM. Moreira ED. Fittipaldi. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). International Journal of Impotence Research 2004; 16(2):160-166.

Mario Martínez R., Hugo Bustos I., Rodrigo Ayala Y., Lionel Leroy I., Francisco Morales C, Alejandra Watty M., Carlos Briones I. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(4): 247 – 252.

Delgado Parra V, Disfunciones sexuales de la mujer. Rubio Auriolles, E. Lo que todo clínico debe saber de sexualidad. 11800 México, DF. Edición y Farmacia SA de CV; 2014. P.25-48.

Learman LA, Huang AJ, Nakagawa S, Gregorich SE, Kuppermann M. Development and validation of a sexual function in measure for use in

decrease women's health outcome studies. MaM J Obstet Gynecol 2008; 198: 710-717.

Anexos

Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal / Incontinencia de orina (PISQ-12).

CONFIDENCIAL

FECHA:/...../....

Nombre y Apellidos _____

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

1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc...

☐ Todos los días ☐ 1 vez a la semana ☐ 1 vez al mes ☐ menos de 1 vez al mes
☐ nunca

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

☐ siempre ☐ frecuentemente ☐ algunas veces ☐ rara vez ☐ nunca

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

☐ siempre ☐ frecuentemente ☐ algunas veces ☐ rara vez ☐ nunca

4. ¿Está satisfecho con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?

☐ siempre ☐ frecuentemente ☐ algunas veces ☐ rara vez ☐ nunca

5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?

☐ siempre ☐ frecuentemente ☐ algunas veces ☐ rara vez ☐ nunca

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

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

7. El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

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

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

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

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

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

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

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

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?

☐mucho menos intensos ☐menos intensos ☐igual de intensos ☐más intensos

☐mucho más intensos

El cálculo de la puntuación del cuestionario PISQ-12 se realiza mediante la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem, (de 0= siempre a 4= nunca), invirtiéndose esta puntuación para los ítems 1, 2, 3 y 4.