

*Influencia del tratamiento rehabilitador en la función sexual de mujeres
con disfunción del suelo pélvico*
*Influence of rehabilitative treatment on the sexual function of women
with pelvic floor dysfunction*

Neysa Margarita Pérez Rodríguez,¹ Jacqueline del Carmen Martínez Torres,¹
José Ángel García Delgado,¹ Elsa María Rodríguez Adams,¹ Magalis Noa Noa¹

I Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción. La función sexual de mujeres afectadas con algún trastorno del suelo pélvico resulta insuficientemente estudiada por los profesionales de la salud. **Métodos.** Se realizó un estudio cuasi experimental, para evaluar la influencia del tratamiento rehabilitador en 46 féminas con disfunciones del suelo pélvico mediante el cuestionario PISQ-12. **Resultados.** La edad media de las pacientes fue de 53 años con un rango entre 27 y 77 años. Predominaron las mujeres que tenían incontinencia urinaria, 56,5 % y fecal 37 %, el prolapso de órganos pélvicos incidió en el 28,3 %, las disfunciones asociadas ocurrieron en el 26,1 %. Al inicio el 58,7 % presentó disfunción sexual y al concluir el tratamiento rehabilitador solo el 32,6 % la mantenían. En relación a los 12 ítems evaluados, 8 mejoraron y 4 se mantuvieron igual. Los resultados mostraron una mejoría entre la situación previa y pos tratamiento rehabilitador en los tres dominios. **Conclusiones.** La presencia de disfunciones sexuales es muy frecuente en las mujeres con trastornos del suelo pélvico. El tratamiento rehabilitador realizado para las disfunciones del suelo pélvico mejoró la función sexual de las mujeres, siendo más significativa en cuanto a la calidad de los

orgasmos, la presencia de incontinencia y el miedo a presentarla durante la actividad sexual.

Palabras clave: disfunción sexual femenina, disfunción del suelo pélvico.

ABSTRACT

Introduction. The sexual function of women affected with a pelvic floor disorder is insufficiently studied by health professionals. **Methods.** A quasi-experimental study was conducted to evaluate the influence of rehabilitative treatment in 46 females with pelvic floor dysfunctions using the PISQ-12 questionnaire. **Results.** The average age of the patients was 53 years with a range between 27 and 77 years,. Women who had urinary incontinence, 56.5 % and fecal 37 % predominated, pelvic organ prolapse affected 28.3 %, associated dysfunctions occurred in 26.1 %. At the beginning, 58.7 % presented sexual dysfunction and at the end of the rehabilitation treatment only 32.6 % maintained it. In relation to the 12 items evaluated, 8 improved and 4 remained the same. The results showed an improvement between the previous situation and post rehabilitation treatment in the three domains. **Conclusions.** The presence of sexual dysfunctions is very common in women with pelvic floor disorders. The rehabilitation treatment performed for pelvic floor dysfunctions improved women's sexual function, being more significant in terms of the quality of orgasms, the presence of incontinence and the fear of presenting it during sexual activity.

Keywords: female sexual dysfunction, pelvic floor dysfunction.

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico es una región del cuerpo humano situada en la parte inferior de la cavidad pélvica. La debilidad o lesión de los elementos que la forman da lugar a una sintomatología múltiple como: incontinencia urinaria y fecal, prolapso genital, dolor pélvico crónico y disfunción sexual.¹ De todas ellas, la más frecuente es la incontinencia urinaria, con una prevalencia aproximada en el mundo de 50 millones de personas de ambos sexos, donde la población más

afectada es el sexo femenino.²⁻⁴ Por esta afección, en Estados Unidos se realizan 2 millones de consultas al año.

Los resultados de la Cuarta Consulta Internacional sobre incontinencia, celebrada en julio de 2008 en Europa, indican que la incontinencia urinaria o aparición de pérdidas de orina, al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta del 5 % al 69 % de las mujeres.⁵

La sexualidad es un aspecto central en la vida del ser humano que abarca: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, el amor.⁶

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos.¹

La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.⁷

El cuidado de la vida sexual, en la atención general de la salud, ha sido señalado por la Organización Mundial de la Salud como parte integral de la atención a la que todos tenemos derecho. Sin embargo, el lugar que la sexualidad ha tenido en la cultura occidental, en general y en la latinoamericana en particular, ha hecho difícil que la vigilancia de los temas sexuales, la prevención de sus problemas, la identificación temprana y la decisión, accesibilidad y posibilidad de implementación de medidas terapéuticas, se integren de manera efectiva en el cuidado de la salud.⁸

Tener una vida sexual sana se traduce en beneficios para la salud general. Las ventajas de la actividad sexual reportadas son: mantener eficiente el sistema inmunológico, incrementar el deseo sexual, mejorar el control de la vejiga en las mujeres, regular la presión arterial, controlar el estrés, funciona como minutos

de ejercicio, disminuye el riesgo de infarto de miocardio, alivia el dolor y mejora el sueño.⁹

Las disfunciones sexuales se caracterizan por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Comprenden los trastornos del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo, trastornos sexuales por dolor, disfunción sexual debida a: una enfermedad médica, inducida por sustancias y no especificada. Pueden aparecer en ambos sexos. Han sido mejor estudiadas en el hombre y menos en la mujer.¹⁰

Estas disfunciones son una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables, recurrentes o persistentes; afectan la respuesta sexual de la mujer, le impiden disfrutar la intimidad de la pareja y la experiencia autoerótica, interfieren con sus relaciones personales y afectan negativamente su calidad de vida. Son problemas que fragmentan su esencia, su autoestima, su autoimagen y, en consecuencia, llegan a sentirse responsables en las fallas de la erección.^{3,11}

Acerca de la asociación entre disfunciones del suelo pélvico y disfunciones sexuales, ambas ubicadas en igual estructura anatómica corporal, encontramos abundante información sobre la evaluación de los síntomas urinarios, anorrectal y los defectos anatómicos subyacentes y muy poca sobre la función sexual de mujeres afectadas con algún trastorno del suelo pélvico.

Resulta ilustrativo el primer estudio cubano, realizado y publicado sobre el tema, del grupo de suelo pélvico del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas(CIMEQ), quienes señalan, que el 55 % de las pacientes estudiadas con disfunciones del suelo pélvico presentó disfunciones sexuales.¹²

El objetivo de esta investigación es determinar la influencia del tratamiento rehabilitador en la función sexual de mujeres con disfunción del suelo pélvico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio explicativo cuasi experimental, en pacientes femeninas, portadoras de patologías de suelo pélvico, que acudieron a la sección de suelo pélvico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de

Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ), en el periodo de enero a diciembre de 2016 y que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes femeninas con edad mayor o igual a 20 años, portadoras de disfunciones del suelo pélvico.
- Tener relaciones sexuales activas.
- Pacientes que manifestaron su consentimiento a participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones psíquicas o trastornos de la personalidad que no le permita responder al cuestionario o interfieran con el desarrollo de la investigación.
- Pacientes con contraindicaciones para la aplicación de los agentes físicos utilizados.
- Pacientes que por algún motivo no asistan a tres sesiones de tratamiento o abandonaron el mismo.

La muestra fue seleccionada a través de la técnica no probabilística de muestreo por sucesión y quedó conformada por 46 mujeres portadoras de patologías de suelo pélvico atendidas consecutivamente, durante el periodo de estudio. Todas las pacientes fueron recibidas en la consulta de suelo pélvico del CIMEQ, donde el investigador comprobó los criterios de inclusión y solicitó el consentimiento informado para participar en la investigación, se les llenó la planilla de recolección de datos y se indicó el tratamiento correspondiente.

Programa rehabilitador

1. Magnetoterapia:

50 Hz al 50 % (80 Gauss) de potencia durante 15 min, aplicados con inductores transregionales en la región pélvica, con frecuencia de 5 sesiones semanales de lunes a viernes, por ciclos de 10 sesiones, hasta un total medio de 30.

Equipo utilizado: Magnetoterapia, dos canales, *MG Wave* (Art. 7W00), de la Firma *Cosmogamma*, con las siguientes características¹³:

- Unidad para terapia con campos magnéticos pulsados, de frecuencia extremadamente baja que cumple con las normas de seguridad CEI 64-8-7-710.
- Protocolos de tratamiento pre programados.
- Protocolos de tratamiento programables por el usuario.
- Pantalla LCD con muy buena visibilidad, fácil de utilizar.
- Inducción magnética máxima: bobinas estándar Ø 15 cm = valor de pico máx. 160 Gauss medido en el borde interno.
- Señal piloto del campo: impulso rectangular.
- Inducción magnética: ajustable entre 20 % y 100 % del fondo escala ± 20 %
- Frecuencia de campo: de 1 Hz a 750 Hz. impulso rectangular.
- Tolerancia admitida: ± 20 %
- Timer: 0÷240 min., señal acústica de finalización del tratamiento e interrupción automática del funcionamiento. 0÷240 min.

1. Electroterapia de baja frecuencia:

- Corriente TENS analgésica: entre 3 y 75 Hz de frecuencia, con intensidad (mA) tolerada por el paciente, en región perineal, y con electrodo indiferente abdominal, con electrodos superficiales de 1 cm² de diámetro y/o intracavitarios vaginales o anales. Firma *Cosmogamma*.
- Corriente TENS estimuladora: entre 5 y 50 Hz de frecuencia, con intensidad (mA) tolerada por el paciente en región perineal, y con electrodo indiferente abdominal, electrodos superficiales de 1cm² de diámetro y/o intracavitarios vaginales o anales. Firma *Cosmogamma*.

Equipo de electroterapia utilizado: *FIRING*.Cod. 7F00. Firma *Cosmogamma* con las siguientes características¹⁴:

- Dos canales de salida independientes.
- Protocolos de tratamiento preprogramados.
- Protocolos de tratamiento programables por el usuario.
- Pantalla LCD con muy buena visibilidad, fácil de utilizar.
- Emisión en modo corriente constante (CC) o voltaje constante (CV).

- Cumplió con las normas de seguridad CEI 64-8 -7-710.
3. Ejercicios de *Kege*¹⁵ enseñados en la consulta inicial y supervisados por el terapeuta hasta su aprendizaje por la paciente, que después realiza en el domicilio 3 veces por día, 10 repeticiones de las contracciones rápidas y lentas, de 10 segundos de duración cada una, con una pausa de descanso de 10 segundos entre repeticiones.

Hay varias maneras de realizar los ejercicios, pero todos se basan en contraer y relajar el músculo pubocoxígeo repetidas ocasiones, con el objetivo de incrementar su fuerza y resistencia. Existen dos tipos de ejercicios clásicos de fortalecimiento del suelo pélvico:

- Contracciones lentas: Contraer los músculos como si se intentase detener la orina, tirándolos arriba, mantenerlos así de 5 a 10 segundos mientras se respira suavemente. Relajar los músculos durante 5 segundos más.
 - Contracciones rápidas: Contraer y relajar los músculos rápidamente como se pueda, durante 2 ó 3 minutos.
4. Orientación en cuanto a hábitos y costumbres convenientes para mejorar las disfunciones del suelo pélvico.

Evaluación

Las pacientes fueron evaluadas antes y tres meses después del tratamiento rehabilitador mediante el Cuestionario sobre Función Sexual y Prolapso Vaginal / Incontinencia de orina - PISQ-12. El PISQ-12: aborda el orgasmo y la incontinencia. 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 PISQ-12, se realizó mediante la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem, valorado mediante una escala tipo *Likert* 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, corresponde a mayor puntaje mejor función sexual. Tiene una puntuación máxima de 48, siendo la media de la puntuación de 36. De acuerdo a la puntuación máxima obtenida sumando cada uno de los ítems, en cada momento en que se aplica el PISQ-12, se definen dos categorías de la función global sexual:

0-35 >puntos (mala función sexual)

36-48 >puntos (buena función sexual)

Procedimientos y análisis

El procesamiento de la información se realizó a través de técnicas computarizadas y el programa SPSS versión 20.0.

Procesamiento estadístico

Se resumieron las variables cuantitativas con sus valores de tendencia central y dispersión, así como las cualitativas en razones, proporciones y tasas. Se realizó la prueba t para muestras relacionadas para las variables cuantitativas y el test de Mc Nemar para el contraste de los resultados cualitativos en 2 grupos apareados (antes-después) de pacientes con intención de tratar, para valorar la efectividad del tratamiento. Se consideró como nivel de significación estadística un valor p de 0,05.

Consideraciones bioéticas

Las pacientes fueron informadas oportunamente de los objetivos y procedimientos de la investigación, así como del carácter voluntario para participar en la misma. El consentimiento de cada paciente fue recogido de

manera individual en un acta elaborada por el médico que condujo el estudio y fue firmada por las partes implicadas. Se garantizó a las pacientes la confidencialidad de la información obtenida y se hizo hincapié en la ética, el respeto, la privacidad, confidencialidad y profesionalidad del equipo de trabajo que realizó las acciones terapéuticas. Tanto en el área de consulta como en la de tratamiento se garantizó el confort y la privacidad requeridos para la evaluación y el tratamiento de las pacientes.

RESULTADOS

Respondieron el cuestionario 46 mujeres que se encontraban recibiendo tratamiento rehabilitador por diversas disfunciones del suelo pélvico. La edad mínima fue 27 años y la máxima 77 años, con una edad media de $53 \pm 11,4$ años.

En relación a los tipos de disfunción de suelo pélvico, la tabla 1 evidencia que el 56,5 % padecían incontinencia urinaria, el 37 % presentó incontinencia fecal y el prolapso de órganos pélvicos ocurrió en el 28,3 % de las pacientes. Resultó reveladora la presencia de las disfunciones asociadas en el 26,1 % de las mujeres estudiadas. A pesar de quedar evidenciado que la incontinencia urinaria fue el síntoma de debilidad del suelo pélvico que predominó en las pacientes con disfunción del mismo, éste no fue estadísticamente significativo.

Tabla 1.- Distribución de mujeres según manifestaciones clínicas de las disfunciones del suelo pélvico

Tipos de DSP	Presente		Ausente		p
	No.	%	No.	%	
Incontinencia urinaria	26	56,5	20	43,5	0,376
Prolapso de órganos pélvicos	13	28,3	33	71,7	<0,001
Incontinencia fecal	17	37,0	29	63,0	<0,001
Dolor Pélvico Crónico	4	8,7	42	91,3	<0,001
Disfunciones	12	26,1	34	73,9	<0,001

asociadas					
Otros diagnósticos	3	6,5	43	93,5	<0,001

La tabla 2 muestra el índice de función sexual en pacientes con disfunciones del suelo pélvico antes y después del tratamiento rehabilitador. Ninguna de las mujeres alcanzó la cifra más alta posible del cuestionario (48 puntos). Al inicio el 58,7 % de las mujeres presentó disfunción sexual y al concluir el tratamiento rehabilitador sólo el 32,6 % mantenían la disfunción. La disminución de la cifra de mujeres con disfunción sexual fue significativa ($p=0,018$).

Tabla 2.-Función sexual global en mujeres con disfunción de suelo pélvico antes y después del tratamiento rehabilitador según el PISQ-12

Antes del tratamiento	Después del tratamiento				Total	
	Con disfunción sexual		Sin disfunción sexual			
	No.	%	No.	%	No.	%
Con disfunción sexual	15	55,6	12	44,4	27	58,7
Sin disfunción sexual		0,0	19	100,0	19	41,3
Total	15	32,6	41	89,1	46	100,0

$p=0,018$

La tabla 3 muestra la influencia del tratamiento rehabilitador en la función sexual de las pacientes participantes en la investigación. Se observó que la tendencia general es hacia la mejoría. El análisis de manera individual del comportamiento de cada parámetro del cuestionario, demostró que, en relación a los 12 ítems evaluados, 8 mejoraron y 4 se mantuvieron igual.

Tabla 3.-Influencia del tratamiento rehabilitador en problemas específicos de la función sexual, en mujeres con disfunción del suelo pélvico, según el PISQ-12.

Ítems	Antes	Después	p
	Media±DS	Media±DS	
Frecuencia deseo sexual	2,6±1,1	2,7±0,9	0,103
Llega al orgasmo	2,8±1,1	2,8±1,1	0,083
Siente excitación sexual	3,0±1,0	3,0±0,9	0,160
Satisfacción con la actividad sexual	2,9±0,9	3,0±0,9	0,160
Dolor durante la relación sexual	2,9±1,0	3,0±0,9	0,058
Incontinencia urinaria y/o fecal durante la actividad sexual	3,2±1,1	3,4±0,9	0,007
El miedo a la incontinencia restringe la actividad sexual	2,7±1,3	2,9±1,2	0,010
Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina	3,2±1,1	3,2±1,1	0,579
Reacciones emocionales negativas de la pareja	3,3±1,1	3,3±1,1	*
Problema con la erección de su compañero que afecte la actividad sexual	3,4±0,9	3,6±0,6	0,003
Problema de eyaculación precoz de su compañero que afecte la actividad sexual	3,6±0,7	3,8±0,5	0,024
Comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado	1,4±0,9	2,5±0,8	p<0,001

* No se puede calcular el valor t porque el error típico de la media es 0

A partir de la pregunta 5 en adelante, mientras más alta fue la puntuación alcanzada, el parámetro evaluado estuvo cualitativamente mejor.

En la comparación con los orgasmos que ha tenido la mujer en el pasado, evaluado en la pregunta 12, se apreció una mejoría significativa; de una media inicial de 1,4 (DS±0,9) se incrementó a 2,5 (DS±0,8) con un valor de p<0,001.

También resultó significativa la mejoría en los parámetros evaluados en las preguntas 6 y 7 del cuestionario, donde mientras más elevada fue la puntuación alcanzada, menos frecuente resultó la aparición del miedo a sufrir de incontinencia de heces u orina durante la actividad sexual y la aparición de incontinencia en sí.

Cuando se exploró si el miedo a la incontinencia de heces u orina restringía la actividad sexual de las mujeres, evaluado en la pregunta 7, la media inicial fue 2,7 (DS±1,3) y al final del tratamiento fue de 2,9 (DS±1,2) con un valor de $p=0,010$.

En la exploración de la frecuencia en que las mujeres sufrían de incontinencia de heces u orina durante la actividad sexual, evaluado en la pregunta 6, se encontró similar comportamiento, ya que al inicio la media fue de 3,2 (DS±1,1) y la media final de 3,4 (DS±0,9) con un valor de $p=0,007$.

La tabla 4 representa la evaluación inicial y final de la función sexual, teniendo en cuenta los dominios del PISQ-12. En sentido general, los resultados mostraron una mejoría entre la situación previa y pos tratamiento rehabilitador en los tres dominios, con valores significativos en el dominio relativo a la pareja con una media inicial de 8,4 (DS±1,7) y final 9,3 (DS±1,8) y en la evaluación de la función sexual con una media inicial de 35,1 (DS±7,0) y final de 37,8 (DS±6,1), en ambos casos ($p<0,001$).

Tabla 4.- Evaluación inicial-final de la función sexual según los dominios del PISQ-12

PISQ-12	Inicial	IC 95%	Final	IC 95%	p
	Media±DS		Media±DS		
Dominio emotivo	11,5±3,5	10,5;11,6	11,7±3,3	10,7;12,6	0,128
Dominio físico	15,4±3,4	14,3;16,4	15,9±3,4	14,9;16,9	0,680
Dominio relativo a la pareja	8,4±1,7	7,9;8,4	9,3±1,8	8,7;9,8	$p<0,001$

Función sexual	35,1±7,0	32,9;37,1	37,8±6,1	35,9;39,6	p<0,001
----------------	----------	-----------	----------	-----------	---------

El tercer dominio hace referencia a la pareja de las pacientes, pudiera parecer que no debieran ocurrir diferencias, ya que en éste se exploran sobre todo los problemas con la erección y la eyaculación precoz de su compañero que afecte la actividad sexual y la actuación terapéutica no recayó sobre ellos; sin embargo, éste fue el dominio donde se produjo la mejoría más evidente, con valores significativos. Estos resultados podrían estar en relación con una elevación del bienestar sexual de la mujer, que redundaría en una mejor calidad de la actividad sexual de la pareja.

Cuando se habla de la función sexual femenina, debe recordarse que se trata de un concepto complejo y multidimensional, donde juegan un papel importante no sólo las alteraciones físicas, sino también aspectos psicológicos y socioculturales.

En sentido general, el tratamiento rehabilitador mejoró significativamente la función sexual de las pacientes con disfunciones del suelo pélvico, permitiéndoles obtener una vida sexual más placentera, con mejoría en su calidad de vida.

DISCUSIÓN

La edad promedio de nuestra investigación coincide con otra realizada, donde se aplica la encuesta IFSF (índice de función sexual femenina), a pacientes con tratamiento de rehabilitación del suelo pélvico en el CIMEQ, desde agosto de 2015 a febrero de 2016, donde se aplicó el cuestionario a 42 pacientes, obteniéndose una edad promedio de 51,7 años¹⁶. Por otro lado, en un estudio realizado en Mallorca, España, en 49 mujeres que se consultaron por síntomas de suelo pélvico en una unidad especializada, se obtuvo una edad media inferior de 47,9 años (DE=9,8).¹⁷

La edad es determinante en estas alteraciones de la disfunción del suelo pélvico y las disfunciones sexuales, debido a los procesos de cambio fisiológico que ocurren en el transcurso de la vida. Se destaca el climaterio, debido a los

cambios biológicos, hormonales y psicológicos. El envejecimiento hace que las mujeres de edad mediana (40-59 años) constituyan un grupo vulnerable en términos de salud genitourinaria; en Cuba representan el 24,4 % de la población femenina, con tendencia al aumento dada la transición demográfica actual.¹⁸

En relación a la asociación de disfunciones del suelo pélvico, Castillo Pino plantea: "entre las consecuencias de las disfunciones del piso pélvico se destacan: Incontinencia de orina, incontinencia fecal y prolapso genital". La asociación de dos de ellas se ve en una de cada cinco mujeres (22 %) y casi una de cada diez presenta asociadas las tres entidades (8,7 %). La mujer que presenta una disfunción del piso pélvico, no sólo tendrá las manifestaciones físicas propias del trastorno, sino que también sufrirá repercusiones en su vida social, emocional, laboral o profesional.^{19,20}

En estudios nacionales realizados por el grupo del CIMEQ dedicado al estudio de las disfunciones del suelo pélvico, se destacan los realizados en consultorios médicos de atención primaria de salud, con muestras significativas de esas poblaciones, indicando una prevalencia de incontinencia urinaria en féminas entre el 19,3 %-29,2 %.^{21,22}

Las tasas de prevalencia de Incontinencia urinaria publicadas en la literatura son altas, alcanzan hasta el 69 % en la población femenina; además, en algunos casos incluso parece que las cifras infravaloran la situación. Está descrito que más del 50% de los pacientes con incontinencia urinaria no consultan el problema. Su prevalencia aumenta con la edad, a partir de la menopausia y por paridad, en especial por los segundos nacimientos, sobre todo más allá de los 40 años. La literatura muestra diferencias en las prevalencias de incontinencia urinaria; entre la población de mujeres en España varía del 15 % al 50 % y en estudios internacionales el intervalo es del 21 % al 60 %.^{22,23}

La incidencia de la incontinencia fecal se conoce a través de encuestas, en las que hasta 7 % de la población general presenta algún tipo de pérdida de materia fecal, con 0,7 % de incontinencia grave,²⁴ se incrementa con la edad y se asocia a otras afecciones del suelo pélvico; se observa con más frecuencia en mujeres por la disposición anatómica y funcional del aparato reproductor

femenino, los traumatismos asociados al parto por vía vaginal y el estreñimiento severo de larga evolución, más habitual en dicho sexo.^{25,26}

La prevalencia real aún se desconoce debido a la falta de definiciones objetivas de estos trastornos y a la variedad de poblaciones estudiadas, sobre todo porque muchos pacientes no admiten su incontinencia, aunque se pregunte de manera directa. Estudios prospectivos publicados en fechas recientes, estiman sorprendentes cifras de prevalencia, entre el 2 % y 7 % de la población general y hasta un 20 % en ancianos.²⁶

Se estima que nueve de diez mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida. Tiene una prevalencia de 5 %-10% basándose en el hallazgo de una masa que hace prominencia en la vagina.²⁷ Varios autores han señalado al parto por vía vaginal como un factor importante de inicio para la aparición del prolapso de órganos pélvicos, debido al daño directo en el sistema de sostén (aponeurosis endopélvica y paredes de la vagina) y además por el daño indirecto a los músculos y nervios del piso pélvico.^{28,29}

El comportamiento del dolor pélvico crónico fue similar al que encontramos en la literatura revisada, donde se reporta una prevalencia entre 4 % y 43 % en 18 estudios que incluyen a 299 740 mujeres de diferentes países; 15 % en mujeres entre 18 y 50 años en EE. UU y 24 % en mujeres con edades entre 12 y 70 años en el Reino Unido. En países subdesarrollados del Sudeste Asiático variaron desde 5,2 % en la India a 8,8 % en Pakistán.

Estudios realizados por diferentes autores dejan claro que los problemas del suelo pélvico predisponen a la disfunción sexual, particularmente en las féminas con incontinencia urinaria, pues ésta última se presenta frecuentemente en el contexto de la penetración y el orgasmo.^{1,4} Otras investigaciones evidencian asociación entre ambos problemas, por ejemplo, las alteraciones de la función sexual se han asociado a la Incontinencia urinaria 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 incontinencia urinaria puede alterar su función sexual de distintas maneras, como baja en el orgasmo, miedo a la pérdida de orina durante el acto sexual y depresión.⁴

CONCLUSIONES

La presencia de disfunciones sexuales es muy frecuente en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico, el tratamiento rehabilitador realizado mejoró la función sexual de las mismas; resultó más significativa en cuanto a la calidad de los orgasmos, la presencia de incontinencia y el miedo a presentarla durante la actividad sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. REV. MED. CLIN. CONDES [Internet]. 2013 [citado 10 Abr 2017]; 24(2): 185-189 p. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S07168640137>.
2. Gerwin RD. Diagnosis of myofascial pain syndrome. Phys Med Rehabil Clin N Am [Internet]. 2014 [citado 15 May 2017]; 25: 341-55 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24787337>.
3. Tibaek S, Dehlendorff C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction: A retrospective chart review, 1992-2008. IntUrogynecol J [Internet]. 2014 [citado 15 May 2017]; 25: 663-669 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24337586>.
4. Yong PJ, Mui J, Allaire C, Williams C. Pelvic floor tenderness in the etiology of superficial dyspareunia. J ObstetGynaecol Can [Internet]. 2014 [citado 15 May 2017]; 36(11): 1002-9 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25574678>.
5. Schröder A, Abrams P, Andersson K, Artibani W, Chapple C.R, Drake MJ. et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria [Internet]. 2010 [citado 18 Abr 2017]; 2010: 783 p. Disponible en: http://www.aeu.es/.11GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf.
6. Delgado Parra V. Relación de pareja en la salud sexual. En: Rubio Auriol E. Lo que todo clínico debe saber de sexualidad [Internet].

- México: Edición y Farmacia SA de CV [Internet]. 2014 [citado 30 Ene 2017]. 279-287 p. Disponible en: [https:// www.nietoeditores.com.mx](https://www.nietoeditores.com.mx).
7. Leyva Martín Y, Artilles de León I, FlorezMadan L, Cano López AM, Bravo Fernández O, Castro Espín M, et al. Salud sexual, sexualidad y trastornos sexuales. En: AlvarezSintes R, editor. Medicina General Integral. V.1. 3 ed. La Habana: ECIMED; 2014. p. 184-195.
 8. Rubio Auriolles E. La salud sexual como parte integral de la salud. Lo que todo clínico debe saber de sexualidad. México: Edición y Farmacia SA de CV [Internet]. 2014 [citado 30 Ene 2017]; 1-10 p. Disponible en: [https:// www.nietoeditores.com.mx](https://www.nietoeditores.com.mx).
 9. Öçal G. Current Concepts in Disorders of Sexual Development. J Clin Res PedEndo [Internet]. 2011 [citado 30 Ene 2017]; 3(3): 105-114 p. Disponible en: https://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000200009.
 10. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastornos sexuales y de la identidad sexual [Internet]. 5ª ed. American Psychiatric Association de Washington: Editorial Médica Panamericana [Internet]. 2014 [citado 30 Ene 2017]. 599-633 p. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/.../manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adsti>.
 11. Delgado Parra V. Disfunciones sexuales de la mujer. En: Rubio Auriolles E. Lo que todo clínico debe saber de sexualidad. México: Edición y Farmacia SA de CV [Internet]. 2014 [citado 30 Ene 2017]. 25-48 p. Disponible en: [https:// www.nietoeditores.com.mx](https://www.nietoeditores.com.mx).
 12. Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado JA. Disfunciones del suelo pélvico y disfunciones sexuales ¿Problemas de salud relacionados? Rev Sexología y Sociedad [Internet]. 2016 [citado 30 Ene 2017]; 2(54): 37-43 p. Disponible en: <https://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/549>.

13. Manual de uso y aplicaciones de Cosmogamma [Internet]. Instrucciones de uso MGWAVE EVO _ rev2. pdf; 2015 [actualizado 22 Ene 2013; citado 12 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.cosmogamma.com/wordpress/wp.../2015/.../MG-WAVE.pdf>.
14. Manual de uso y aplicaciones de Cosmogamma[Internet]. Instrucciones de uso FIRING EVO _ Rev4. pdf; 2015 [actualizado 22 Feb 2012; citado 12 Dic 2015]. Disponible en: http://www.cosmogamma.com/wordpress/.../FIRING-GBver3_low.pdf.
15. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perineal muscle. Am J ObstetGynecol[Internet]. 1948[citado 24 Mar 2015]; 56(2): 238-48 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18877152>.
16. Noa Pelier BY, Martínez Torres JC, García Delgado JA. Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 17 Feb 2015]; 8(Supl): 13-24 p. Disponible en: <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/17/224>.
17. Rebassa M. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. Actas UrolEsp[Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2015]; (2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2012.11.004>.
18. Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2011 [citado 24 Mar 2015]; 27(4): 543-557 p. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013.
19. Mili Alfonso P, Martínez Torres JC. Algunas consideraciones epidemiológicas sobre las Disfunciones del suelo pélvico. En: Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado JA. Tratamiento Rehabilitador Integral de la Disfunción del Suelo Pélvico. Madrid: Editorial Académica Española [Internet]. 2012 [citado 10 Abr 2017]; 6-13 p. Disponible en: <https://www.amazon.com/Tratamiento-rehabilitador-disfunciones-suelo-pelvico/dp/3659046094>.

20. Martínez Torres JC, et al. Eficacia de un programa de rehabilitación integral de disfunciones del suelo pélvico. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2014 [citado 14 Jul 2016]; 6(2): aprox. 8 p. Disponible en: <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/20/229>.
21. Castañeda Biart I, Martínez Torres JC, García Delgado JA, Rodríguez Adams EM, Pérez Rodríguez NM. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. Revisión bibliográfica. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 15 May 2017]; 8(Supl): 88-98 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.
22. Martínez Torres JC, García Delgado JA, Rodríguez Adams EM. Incontinencia urinaria en pacientes atendidos en consulta de disfunciones del suelo pélvico. Prevalencia y factores de riesgo. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 10 May 2016]; 8(Supl): 1-12 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.
23. Díaz Acosta D, Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, Alerm González AJ. Incontinencia fecal en mujeres de edad mediana. Calidad de vida y estilos de afrontamiento. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2017]; 8(Supl): 25-36 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.
24. Díaz Acosta D, Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, Alerm González AJ. Incontinencia fecal en mujeres de edad mediana. Características y factores de riesgo. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2017]; 8(Supl): 51-62 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.
25. Castañeda Biart I, Martínez Torres JC, García Delgado JA, Ruiz Valdés-Prado M. Aproximación al diagnóstico de incontinencia urinaria en las consultas de ginecología y urología. Policlínico G y 19. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 15 Dic 2017]; 8(Supl): 63-75 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.

26. Martínez Torres JM, Rodríguez Adams EM, Díaz Acosta D, García Delgado JA. Tratamiento de la incontinencia anal mediante rehabilitación integral del suelo pélvico. Presentación de caso. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2017]; 8(Supl): 122-128 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.
27. Mancera Sonora A, Jiménez Huerta J. Prolapso de órganos pélvicos. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2013 [citado 22 Jun 2016]; 80(4): 248-250 p. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50923>.
28. Abreu Pérez Y, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Alerm González AJ, García Delgado JA. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 23 Dic 2017]; 8(Supl): 99-110 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.
29. Abreu Pérez Y, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Alerm González AJ, García Delgado JA. Respuesta a la reeducación de los músculos pelvianos en pacientes con prolapso vaginal en edad climatérica. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 3 Dic 2017]; 8(Supl): 76-87 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.

Recibido:14 de noviembre de 2019 **Aceptado:**10 de marzo de 2020

Neysa Margarita Pérez Rodríguez. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. calle 216, esq. 11B, Playa La Habana, Cuba.

Correo electrónico: revinmedquir@infomed.sld.cu