

ARTICULO DE REVISION

Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres

Dysfunction of pelvic and sexual floor in women

Neysa Margarita Pérez Rodríguez^I, Jacqueline del Carmen Martínez Torres^{II}, José Ángel García Delgado^{III}, Elsa María Rodríguez Adams^{IV}, Haymée Rodríguez Lara^V.

I Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. MSc. Profesora Asistente. Centro de investigaciones medico quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesora Investigadora y Auxiliar. Centro de investigaciones medico quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor Auxiliar. Centro de investigaciones medico quirúrgicas. La Habana, Cuba.

IV Licenciada en cultura física terapéutica. Profesora e Investigadora Auxiliar. Centro de investigaciones medico quirúrgicas. La Habana, Cuba.

V Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar e Investigadora Agregada. Centro de investigaciones medico quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las disfunciones del suelo pélvico y sexual ocupan un importante lugar entre las enfermedades crónicas no transmisibles; con el aumento de la expectativa y calidad de vida de las personas; estos padecimientos alcanzan una notable repercusión negativa en la calidad de vida de quienes la padecen. La debilidad

o lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone, en especial a la mujer, a presentar afecciones a ese nivel, que provocan, en ocasiones, una sintomatología múltiple como: incontinencia urinaria y fecal, prolapso genital, dolor pélvico crónico y disfunción sexual. Ambas disfunciones en la mujer comparten un grupo de factores de riesgo-enfermedades crónicas; su etiología es multidimensional y se destacan: la edad, la multiparidad, el embarazo, las cirugías pélvicas, las instrumentaciones en el parto, la obesidad, los antecedentes de enfermedades crónicas, el uso habitual de determinados medicamentos y algunos hábitos tóxicos. En la práctica encontramos poca información acerca de la repercusión de la función sexual de mujeres afectadas con algún trastorno del suelo pélvico. El tratamiento puede ser conservador y/o quirúrgico, con resultados muy alentadores para la Fisioterapia y Rehabilitación, dirigida al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y al uso de medios físicos como la estimulación eléctrica y el campo magnético. Las disfunciones del suelo pélvico y sexual son de presentación frecuente, infra diagnosticadas y tratadas. Ambas disfunciones comparten un grupo de factores de riesgo que también son comunes a otras enfermedades crónicas no transmisibles. El tratamiento debe ser integral y personalizado.

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

ABSTRACT

The Pelvic floor dysfunctions and sexual, occupy an important place among the chronic non-transmissible diseases; with the increase of the expectation and quality of life of the people, these sufferings reach are markable negative repercussion in the quality of life of those who suffer it. The weakness or injury of the elements that form the pelvic floor predisposes, especially to women, to present conditions at this level, which sometimes cause multiple symptoms such as urinary and fecal incontinence, genital prolapse, chronic pelvic pain and sexual dysfunction. Both dysfunctions in women share a group of risk factors/ chronic disease, its etiology is multidimensional and include age, multiparity, pregnancy, pelvic surgeries, instrumentations in childbirth, obesity, history of

chronic diseases, the habitual use of certain medications and some toxic habits. In practice, we find little information about the repercussion of the sexual function of women affected with a pelvic floor disorder. The treatment can be conservative and/or surgical, with very encouraging results for the physiotherapy and rehabilitation, training directed to the pelvic floor muscles and the use of physical means such as electrical stimulation and magnetic field. The pelvic and sexual floor dysfunctions are frequent presentation diagnosed and treated. Both dysfunctions share a group of risk factors that are also common to other non-transmissible chronic diseases. The treatment must be comprehensive and personalized.

Keywords: female sexual dysfunction; dysfunction of the pelvic floor.

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico es una región del cuerpo humano situada en la parte inferior de la cavidad pélvica, constituida por músculos, fascias, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y orificios, que forman una compleja unidad anatómica y funcional, por lo que principalmente los músculos y otras estructuras realizan una acción antigravitatoria, lo que implica que deben estar íntegros para soportar la carga de los órganos intraabdominales¹.

La debilidad o lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone, en especial a la mujer, por sus características anatómicas a presentar afecciones a ese nivel, que provocan, en ocasiones, una sintomatología múltiple como: incontinencia urinaria y fecal, prolapso genital, dolor pélvico crónico y disfunción sexual¹.

Con el aumento de la expectativa y calidad de vida de las personas, estos padecimientos ocupan un importante lugar entre las enfermedades crónicas no transmisibles, con notable repercusión negativa en la calidad de vida personal, familiar, laboral y social de quienes la padecen².

Se estima que afecta aproximadamente al 50 % de las mujeres mayores de 50 años y que entre el 3 % y 6 % de la población femenina desarrollará alguna de

estas disfunciones en algún momento de la vida³. En los Estados Unidos, alrededor de 10 millones de mujeres sufren algunas de las variantes antes mencionadas⁴. En Europa, según reportes del Grupo Español de Suelo Pélvico, el 40 % de las féminas están afectadas; mientras que, en África, el 50 % de las mujeres con partos fisiológicos presentan al menos una de dichas variantes⁵. Según estudios de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2050 un tercio de la población femenina de todo el mundo entre 45 y 50 años de edad estará afectada por esta enfermedad^{3,6}.

Desde el punto de vista de la atención que reciben las pacientes, los trastornos del suelo pélvico se conciben como de baja prioridad en relación con otros problemas de salud, simplemente porque no son una amenaza para la vida y los tratamientos que se aplican tienen resultados limitados, en parte debido a una visión sesgada de algunos especialistas a quien consulta la mujer^{7,8}.

Muchas de estas pacientes pueden presentarse asintomáticas o bien manifestar síntomas concomitantes, bien sean urinarios, intestinales o en la esfera sexual. Por lo tanto, al evaluar clínicamente a las mujeres con problemas de suelo pélvico, es importante tener en cuenta si son sexualmente activas, y si no lo son, hay que explorar, si la inactividad sexual puede estar relacionada con su trastorno del suelo pélvico⁹.

La salud sexual se define por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. La atención a la salud sexual forma parte de la práctica médica, pero el personal de salud debe tener una visión amplia e integral de esta importante área de la salud¹⁰.

Los problemas sexuales que con más frecuencia se encuentran en la práctica clínica del profesional de la salud son las disfunciones sexuales. 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 del 9 al 29 % de los hombres y del 16 al 45 % de las mujeres tienen algún problema sexual que genera malestar. Estos datos pueden constituir un subregistro ya

que no todas las personas con disfunciones sexuales piden ayuda médica¹¹.

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.

En Cuba, al igual que a nivel mundial, existen barreras culturales y médicas que impiden abordar con facilidad este tema en una consulta, en especial debido a que la paciente acude en busca de solución a otro problema de salud, que ella puede considerar poco relacionado con la disfunción sexual o del suelo pélvico¹².

Por tales motivos fue objeto de esta investigación obtener resultados de orden científico y social que influyeran de forma positiva en el bienestar de la paciente y de su familia. La relación armónica de una pareja se ve profundamente afectada en las mujeres con disfunciones sexuales, repercutiendo en las demás esferas de su calidad de vida, fenómeno que se ha observado durante años de manera distante sin utilizar el método científico en su intento por conocerlo. Por estas razones se decidió realizar una revisión de la bibliografía internacional y nacional para conocer la asociación entre disfunción de suelo pélvico y sexual, sus factores de riesgo comunes y el manejo terapéutico de estos problemas asociados.

DESARROLLO

El piso pélvico es una estructura de músculos y tejido conectivo que entrega soporte y estructuras de suspensión a los órganos pélvicos y abdominales. Su principal componente es el músculo elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis. Desde un punto de vista clínico didáctico, los órganos pélvicos pueden dividirse en tres compartimentos: el anterior que incluye la vejiga y uretra, el medio que incluye al útero y vagina, y el posterior que incluye al recto, conducto anal y aparato esfinteriano anal¹.

Estas estructuras se encuentran en íntima relación con la musculatura del piso

pélvico, determinando no sólo la correcta posición de los órganos, 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 diaria¹.

La debilidad del suelo pélvico se debe a la alteración de los mecanismos de soporte (fascias y músculos) que pierden su función en las estructuras pélvicas. Las entidades patológicas que más frecuentemente se reportan debido a la debilidad del suelo pélvico son: del compartimiento anterior (Cistocele, Hipermovilidad uretral), del compartimiento medio (Prolapso uterino, Prolapso vaginal, Enteroccele), del compartimiento posterior (Rectoccele anterior, Prolapso rectal, Síndrome de descenso perineal). Entre los síntomas que esta debilidad provoca se encuentran: la Incontinencia urinaria/ fecal, el Prolapso de órganos pélvicos, el dolor, estreñimiento, presión y disfunción sexual. Se debe señalar la posibilidad muy frecuente de su combinación en las mujeres con debilidad o pérdida del sostén de las estructuras pélvicas¹.

Diagnósticos o manifestaciones clínicas de las disfunciones del suelo pélvico

Incontinencia urinaria: Es la forma de presentación más frecuente de las disfunciones del suelo pélvico, definida desde el año 2002 por la Sociedad Internacional de Continencia como “la manifestación de cualquier escape involuntario de orina”, recogiendo así la verdadera prevalencia de la enfermedad, que difiere de la definición anterior donde el escape tenía que ser demostrable y de magnitud para causar un problema higiénico o social. Clínicamente puede clasificarse en Incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia y mixta^{13,14}. La Organización Mundial de la Salud estima que unos 200 millones de personas sufren de Incontinencia urinaria, con independencia de la edad y el sexo. La población más afectada es el sexo femenino¹³.

Dolor pélvico crónico: Dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis, sin distinción de género, crónico, continuo o recurrente, al menos durante seis meses. Con frecuencia se asocia a consecuencias negativas en el ámbito cognitivo, conductual, sexual y emocional¹⁵. Desde el punto de vista anatómico,

se presenta en cualquier lugar comprendido entre el diafragma y las rodillas, y desde el punto de vista clínico, a un cuadro que reúne los elementos siguientes: dolor en dicha región, con duración superior a seis meses, que incluye dolores cíclicos, recurrentes, vulvodinia, dismenorrea y dispareunia^{15,16}.

Incontinencia fecal: Pérdida del control voluntario del paso del contenido fecal o gaseoso a través del ano. Puede ser de origen orgánico o funcional. Existen tres tipos de incontinencia: por urgencia, pasiva y ensuciamiento fecal. Además, según las características del contenido se subdivide en incontinencia a gases, heces líquidas o heces sólidas. Está basada en una interacción combinada de mecanismos sensoriales, motores y de las funciones del tracto intestinal inferior. Ocurre si uno o más de estos componentes fallan y cuando los mecanismos compensatorios no funcionan¹⁷.

En relación a los factores de riesgo que favorecen y mantienen la Incontinencia fecal, se ha descrito la historia de incontinencia, enfermedad neurológica, movilidad reducida, daño cognitivo y edad mayor de 70 años. En el caso de las mujeres resulta relevante que el daño muscular pueda ocurrir durante un parto vaginal difícil, por el uso de fórceps o por la realización de una episiotomía; el daño muscular también puede resultar de una operación quirúrgica anal o rectal¹⁸.

Prolapso de órganos pélvicos: Se define como prolapso vaginal, el descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto, así como las distrofias vulvares, son expresiones del proceso de envejecimiento y no consecuencias del déficit estrogénico y su frecuencia de aparición es variable, se estima que nueve de cada diez mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida¹⁹.

Disfunción sexual: Trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno, por tanto, constituye un problema de salud, que, si bien no pone en peligro la vida de las personas, afecta de forma directa la salud física, mental y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social²⁰.

Epidemiología

Las disfunciones sexuales en la mujer son problemas frecuentes; diversos

estudios con diferentes metodologías coinciden que en el mundo cerca de 45 % de las mujeres mayores de 18 años tienen algún problema en su vida erótica²¹. Trastornos del deseo: Rango de prevalencia 16-75 %, dificultades orgásmicas: 16-48%, trastornos de la excitación: 12-64 %, trastornos del dolor: 7-58 %²¹.

Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas

Las disfunciones sexuales femeninas se clasifican de acuerdo con los modelos de la respuesta sexual humana propuestos en el decenio de 1970, por Helen Kaplan, psiquiatra y sexóloga y por Rosemary Basson, sexóloga²². Helen Kaplan propuso una formulación multidimensional de la respuesta sexual con un modelo trifásico conformado por: deseo, excitación y orgasmo, en donde cada una de estas fases es relativamente independiente una de otra.

Con base en estos modelos presentamos los criterios diagnósticos de las disfunciones sexuales femeninas propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su quinta versión, la cual insiste en que el trastorno sea recurrente o persistente y que cause angustia personal y/o dificultad en las relaciones interpersonales, los cuales se clasifican en²³:

- a) Disfunciones del deseo sexual: Síndrome del deseo sexual hipoactivo. Síndrome del deseo sexual hiperactivo.
- b) Disfunciones de la excitación sexual: Síndrome de la excitación femenina inhibida. Disfunción de la lubricación vaginal. Disfunción sexual general (deseo sexual hipoactivo y anorgasmia).
- c) Disfunción del orgasmo: Síndrome de anorgasmia femenina. Síndrome de insensibilidad orgásmica.
- d) Disfunciones causadas por respuestas fisiopatológicas no propias de los procesos eróticos que interfieren con la respuesta sexual: Síndrome de vaginismo. Síndromes dolorosos durante la experiencia erótica (dispareunia).
- e) Síndromes de evitación fóbica de la experiencia erótica.

Disminución del deseo sexual femenino^{21,22}: El deseo sexual de la mujer es una experiencia subjetiva. Sin embargo, en términos generales pueden

identificarse tres elementos que permiten identificar las diferentes dimensiones que aparecen en el deseo sexual femenino y sirven de base para el diagnóstico en el momento que aparece un problema a este nivel:

- Componente biológico: se asocia con la respuesta espontánea del deseo.
- Componente cognitivo: se asocia con experiencias placenteras, intimidad, deseo por la pareja, satisfacción.
- Componente de respuesta: implica un componente mixto de una respuesta fisiológica, psicológica y cognitiva que incluye un patrón de recompensa positiva.

Problemas de excitación femenina: Los principales órganos genitales involucrados en la excitación son el clítoris y la vagina. Como resultado la lubricación vaginal; a su vez, retroalimenta la excitación subjetiva donde intervienen procesos cognitivos, como las fantasías, deseos, recuerdos; mecanismos sensoriales periféricos que, en conjunto, se integra como una experiencia placentera. Los problemas de la excitación femenina se describen como la incapacidad recurrente y persistente para alcanzar o mantener una adecuada lubricación durante un encuentro sexual. Esta situación provoca malestar y dificultad con la pareja y no se explica por alguna enfermedad o consumo de sustancias^{21,22}.

Los comités internacionales de expertos en medicina sexual recomiendan considerar los problemas de la excitación femenina en tres subtipos^{21,22-24}:

1. Trastorno de excitación sexual genital: Ausencia o alteración de la excitación sexual genital.
2. Trastorno de excitación subjetiva: Ausencia o marcada disminución de sentimientos de excitación sexual con cualquier tipo de estímulo. Puede haber lubricación vaginal.
3. Trastorno de excitación combinado subjetivo y genital: Está ausente o considerablemente disminuida la sensación o placer sexual con cualquier estímulo erótico y ausencia o mínima respuesta de lubricación vaginal o ingurgitación vulvar ante un buen estímulo erótico.

Dificultades con el orgasmo: El orgasmo femenino es la focalización de sensaciones en el área clitorídea y pélvica de los estímulos sexuales del encuentro sexual, se progresa a una sensación de oleada de calor que invade específicamente el área pélvica y, luego, se extiende a todo el organismo. Por último, se describe la sensación de latido pélvico que corresponde a la experiencia subjetiva de las contracciones de los músculos pubocoxígeos del piso pélvico durante el orgasmo y se traduce en una experiencia placentera^{21,22}. La dificultad para el orgasmo se entiende como la ausencia, disminución en la intensidad de la sensación o retraso para llegar al orgasmo a pesar de tener un estímulo erótico adecuado y con una fase de excitación adecuada. Las investigaciones muestran que ésta es la segunda disfunción más frecuente entre las mujeres, cercana al bajo deseo sexual^{21,22}.

Síndromes del dolor sexual: Los trastornos relacionados con el dolor se integran en un solo rubro y se presentan como problemas de dolor génitopélvico-trastorno de la penetración. Se consideran en dos entidades diagnósticas: dispareunia (dolor persistente en el intento de la penetración, con la penetración o durante el encuentro sexual) y vaginismo (dificultad persistente o recurrente para permitir la penetración en la vagina del pene, dedo o juguetes sexuales, a pesar de que la mujer tenga el deseo de que ocurra)^{25,26}.

Para la dispareunia, la incidencia estimada más alta se ha reportado en 22 por cada 1000 para las mujeres de 20 a 29 años de edad y va disminuyendo a partir de la cuarta década de la vida. En el caso del vaginismo, la prevalencia está poco estudiada por las dificultades metodológicas, los resultados hasta ahora reportados son menores de 5 %. Tiene comorbilidad con otras disfunciones sexuales, como, por ejemplo: bajo deseo sexual, problemas de la excitación y con el orgasmo²⁶.

Factores de riesgo asociados a ambas disfunciones

Es de suma importancia destacar que existe una íntima relación anátomofuncional 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 tanto la estructura como la función del otro.

Con frecuencia en la práctica diaria la evaluación de las pacientes tiene como objetivos los síntomas urinarios, anorrectales 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 pacientes¹².

Las disfunciones del suelo pélvico y las disfunciones sexuales en la mujer comparten un grupo de factores de riesgo/enfermedades crónicas que contribuyen al desencadenamiento y mantenimiento del proceso disfuncional. Su etiología es multidimensional, se combinan procesos fisiopatológicos, factores psicológicos y sociales, dentro de los que se destacan: la edad, la multiparidad, el embarazo, las cirugías pélvicas, las instrumentaciones en el parto, la obesidad, los antecedentes de enfermedades crónicas, el uso habitual de determinados medicamentos y algunos hábitos tóxicos^{2,12}. Para su mejor comprensión los clasificamos:

1.- Padecimientos crónicos-degenerativos

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: el efecto directo de la enfermedad en la función sexual; el consumo de fármacos antihipertensivos y su efecto en la función sexual y las secuelas psicológicas de la enfermedad. La hipertensión lesiona el sistema circulatorio, puede reducir el flujo sanguíneo a la vagina y disminuir además la elasticidad de las paredes del clítoris; para algunas mujeres, esto provoca una disminución del deseo sexual o la excitación, sequedad vaginal o dificultad para llegar al orgasmo²⁷.

Enfermedades cardiovasculares: Las alteraciones cardíacas pueden afectar directa o indirectamente a la función sexual. La insuficiencia cardíaca limita la actividad física y esto junto con la disnea y la ortopnea inciden negativamente en la actividad sexual; además las medicaciones indicadas para esta patología

pueden reforzar la aparición de disfunciones sexuales. En el caso de la cardiopatía isquémica puede influir el dolor o el temor al dolor en la relación sexual y los efectos secundarios de alguna medicación. Las alteraciones vasculares producen una deficiencia de flujo sanguíneo a los genitales que pueden ser causantes de una disfunción sexual²⁷.

Diabetes mellitus: La diabetes puede causar daño sobre los vasos sanguíneos y los nervios. La reducción en el flujo sanguíneo debido al daño en los vasos sanguíneos también contribuye a la disfunción sexual. En la mujer con diabetes se han comprobado los trastornos del deseo, las dificultades en la lubricación vaginal y la anorgasmia²⁸.

La disglucemia crónica constituye el aspecto metabólico que caracteriza la Diabetes mellitus, la cual origina trastornos en la función del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal con déficit de esteroides sexuales, lo que favorece la disfunción de los órganos relacionados con la función sexual²⁸.

Suelen aparecer dificultades para obtener una adecuada lubricación por afectación de la excitación asociada a una falta de expansión vaginal, lo que conduce a unas relaciones coitales irritables y dolorosas (dispareunia) y que suelen acarrear disminución del deseo e incluso rechazo a las relaciones sexuales. La incapacidad para alcanzar el orgasmo produce la falta de lubricación y el coito doloroso²⁸.

Insuficiencia renal crónica: Son muy frecuentes las disfunciones sexuales en pacientes con insuficiencia renal crónica, ya sean debidas a otras patologías existentes, a la toma de medicación o a problemas psicológicos que influyen de manera importante en su calidad de vida. Es frecuente que además de la insuficiencia renal tengan asociadas otras patologías como la Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, anemia, trastornos hormonales, que pudieran agudizar las disfunciones sexuales²⁹.

2.- Hábitos tóxicos³⁰

Hábito de fumar: En la mujer el tabaco provoca alteración de la excitabilidad y dificulta el orgasmo, el mecanismo implicado es la alteración que el tabaco

provoca en la síntesis del óxido nítrico endotelial, necesario para la erección del clítoris y la lubricación vaginal. La nicotina tiene efectos adversos sobre el sistema circulatorio, porque dificulta la irrigación sanguínea y además de facilitar la aparición de hipertensión, angina de pecho, infartos y otros trastornos vasculares; también lesiona la respuesta sexual a mediano plazo provocando problemas de lubricación en la mujer y dificultad para el orgasmo. Por otra parte, el olor a tabaco en su pareja puede afectar de forma severa al deseo sexual e incluso provocar un rechazo al encuentro.

Ingestión de bebidas alcohólicas: El alcohol puede facilitar la aparición del impulso sexual, pero a su vez tiene efecto depresor del sistema nervioso central, provocando en las mujeres una alteración en la excitación, ausencia de placer y anorgasmia, por disminución de la vasocongestión genital. Por otro lado, su consumo continuado puede provocar un serio deterioro orgánico con trastornos endocrinos, neurológicos y circulatorios irreversibles, que menoscaban de forma permanente la respuesta sexual.

Ingestión de café: Hay muchas especulaciones con respecto a la ingesta de la cafeína y su efecto estimulante. La cafeína es un alcaloide, es decir, una sustancia que proviene de las plantas con efectos que actúan generalmente sobre el sistema nervioso central. Es uno de los estimulantes más usados en el mundo. Uno de los aspectos más destacados de la cafeína es su potencial para retrasar el cansancio y causar insomnio en personas susceptibles.

La cantidad óptima máxima de cafeína a ser ingerida sin que produzca efectos dañinos es de 200/300 miligramos (dos tazas al día), por lo que excederse de esta cantidad puede ocasionar a aquellas personas susceptibles síntomas como: estados de excitabilidad, nerviosismo, insomnio, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial; todo ello influye e impide una adecuada respuesta sexual.

3.- Lesión o debilidad de la musculatura perineal: Esta puede estar ocasionada por múltiples causas solas o asociadas:

El embarazo: Cuando la mujer está embarazada, la presión abdominal aumenta a medida que el bebé aumenta de peso y tamaño, como consecuencia el suelo pélvico debe realizar un esfuerzo mucho mayor. El embarazo, por sí mismo, representa un riesgo para el suelo pélvico³¹. Algunos autores han hipotetizado que las hormonas secretadas durante el embarazo están ligadas a cambios en los tejidos conjuntivos, que disminuyen la fuerza tensora y favorecen la incontinencia³².

El Parto provoca lesiones músculo-aponeuróticas y neurológicas perineales durante el periodo expulsivo. El parto se asocia a una variedad de lesiones musculares y neuromusculares del piso pélvico que se relacionan con el desarrollo de incontinencia anal y urinaria, así como con prolapso de órganos pélvicos^{32,33}. Además los esfuerzos realizados actúan directamente sobre la musculatura del suelo pélvico. La mayoría de los partos se producen por vía vaginal y son susceptibles de sufrir desgarros perineales o episiotomía, tanto en partos distócicos como eutócicos³¹.

Los desgarros perineales son comunes sobre todo en primíparas, al ser estos desgarros tan comunes también lo será la reparación del periné. Tanto en la episiotomía como en un desgarro puede verse afectado el suelo pélvico, por lo que pueden quedar secuelas en la mujer que alteren funciones muy importantes como la continencia y las relaciones sexuales³³.

El aborto inducido, puede provocar posibles consecuencias médicas adversas, las cuáles pudieran ser susceptibles de agresiones sobre los elementos que conforman el suelo pélvico. Los riesgos físicos más frecuentes del aborto inducido son: infección, trauma de cérvix, peritonitis, endometritis, laceración o perforación del útero, laceración intestinal, hemorragia, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis².

Parto instrumentado: La aplicación de fórceps obstétricos conlleva una serie de riesgos que pueden consistir en: desgarros de vagina y cuello, extensión de la episiotomía hasta el recto, fractura de cóccix y traumatismo vesical, lesión del nervio pudiendo³¹.

Macrosomía fetal: Peso del recién nacido mayor o igual de 4 000 gramos. Un mayor peso del feto se asocia a una sobrecarga mayor en las estructuras del suelo pélvico y mayor distensión perineal en el periodo expulsivo. La mayoría de los informes publicados apoyan la asociación entre el peso al nacer y la laceración del esfínter anal; por ejemplo, un estudio basado en la población (n=284 783) informó una probabilidad de riesgo de 1,47 para un desgarro del esfínter con cada aumento de 500 gramos de peso del feto al nacer. El incremento de peso al nacimiento se asocia además al parto vaginal instrumentado³⁴.

Cesárea: Existe controversia sobre si actúa como factor de protección, se considera que al no producirse distensión de músculos, fascias y nervios provocados por la expulsión del feto posee efecto preventivo³⁴. Algunos estudios recientes hacen referencia a una incidencia de incontinencia urinaria similar tanto en el parto vaginal como en la cesárea, ya sea ésta de urgencia o programada; esto se explica por el peso que tiene que soportar el suelo pélvico durante todo el embarazo, tanto del bebé y de las vísceras pélvicas como las presiones que recibe de los esfuerzos que realiza la madre, al encontrarse adelantado el centro de gravedad por la nueva postura que adopta la mujer embarazada, por tanto algunos plantean que lo único que se evita con la cesárea son las heridas en el periné como consecuencia de desgarros y/o episiotomías. En cuanto a los siguientes partos, con una cesárea previa existe más riesgo de tener: placenta previa, ruptura uterina, histerectomía periparto, infertilidad, dolor pélvico crónico, obstrucción intestinal^{32,33}.

Por otro lado, como consecuencias físicas de la cesárea, nos encontramos principalmente con el dolor lumbo-pélvico de varios meses de evolución, debido a la incisión abdominal, la cual produce un daño e inhibición de la musculatura profunda del abdomen (transverso abdominal) y un mayor reclutamiento de la musculatura superficial (recto del abdomen, oblicuo interno y externo); se ha comprobado además mayor debilidad y dolor lumbar en mujeres con cesáreas frente a las que tuvieron un parto vaginal^{16,34}.

4.- Otros factores:

Edad: Es muy frecuente encontrar disfunciones del suelo pélvico y disfunciones sexuales en mujeres en edad mediana (40 y 59 años), periodo en el cual se producen cambios en tres esferas importantes: biológica, psicológica y social. En Cuba este grupo etario representa alrededor del 12,2 % de la población general y el 24,4 % de la población femenina, con tendencia al aumento³⁵. En las mujeres posmenopáusicas la falta de estrógenos provoca pérdida del tono y flacidez de los músculos perineales³⁶.

Obesidad: A menudo la obesidad provoca fatiga fácil, cansancio, dificultad para moverse, ocultamiento y difícil acceso a los órganos genitales. Las personas que sufren obesidad son muy propensas a sufrir enfermedades como Diabetes mellitus, hipertensión arterial, arteriosclerosis y problemas coronarios; todo ello influye e impide una adecuada respuesta sexual. Por otra parte, la obesidad provoca aumento crónico y repetitivo de la presión intraabdominal, lo cual puede conducir al prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria de esfuerzo y disfunciones sexuales³⁷.

Tratamiento de las disfunciones de suelo pélvico

El tratamiento puede ser conservador y/o quirúrgico. Las intervenciones conservadoras consisten en adaptaciones dietéticas, medicación y fisioterapia; por lo general se evalúa su uso antes que el tratamiento quirúrgico. Los fármacos pueden tener reacciones adversas a corto, mediano y largo plazo y las intervenciones quirúrgicas están dirigidas a corregir anatómica y funcionalmente el recto, ano, suelo pelviano o esfínteres anales, pero no suelen resolver definitivamente las causas y son altamente invasivas^{8,15}. La Fisioterapia y Rehabilitación está dirigida al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y el uso de medios físicos como la estimulación eléctrica y el campo magnético con resultados muy alentadores³⁸.

A pesar de todas estas alternativas, existen pocas evidencias de los beneficios del empleo de agentes físicos que tienen como características generales ser analgésicos, antiinflamatorios, reparadores de tejido, descontracturantes,

estimuladores de la circulación de la región, mejoradores de fibras nerviosas periféricas y de la respuesta nerviosa³⁸.

Las corrientes eléctricas tienen efectos terapéuticos muy beneficiosos y aunque han sido usados en las patologías del suelo pélvico, todavía son insuficientes los reportes de su empleo en estas patologías. Su eficacia se debe a: los cambios químicos, influyendo en el metabolismo hístico y celular; influencia en receptores nerviosos-sensitivos buscando concienciación y analgesia; influencia motora a través de la estimulación neuromuscular; regeneración hística, estimulando el metabolismo celular hacia la multiplicación y coadyuva en el reordenamiento y restructuración de la matriz del tejido; relajación muscular, con apertura circulatoria, con mejoría del metabolismo muscular³⁸.

Los campos magnéticos producen efectos bioquímicos, celulares, tisulares y sistémicos. En el ámbito celular, se produce un estímulo general del metabolismo celular, normalización del potencial de membrana alterado. Desde el punto de vista tisular y orgánico, la magnetoterapia presenta una serie de acciones de las cuales las más importantes son³⁸:

- La relajación muscular sobre la fibra lisa y la estriada, que se considera debido a la disminución del tono simpático.
- Vasodilatación provocando hiperemia local, con efecto trófico, por mayor aporte de nutrientes a la zona.
- Efecto antiinflamatorio, por mayor aporte de elementos de defensa, bioquímicos o formes.
- Efectos de regulación circulatoria, tanto por producir vasodilatación arterial, como por estimular el retorno venoso.
- Aumento de la presión parcial del oxígeno en los tejidos lo que mejora su trofismo.
- Afecto analgésico, derivado tanto de una acción directa en las terminaciones nerviosas, como de su actuación sobre el mecanismo productor del dolor (inflamación).

- Efecto de relajación orgánica generalizada y sedación, debido, por una parte, al aumento en la producción de endorfinas y, por otra, al hecho de su actuación de relajación muscular e hipotensora, puesto que siempre que se asocian estos dos efectos hay un marcado efecto relajante general sobre el organismo.

Los músculos del suelo de la pelvis se comportan como todos los músculos, cuando se debilitan, se pueden fortalecer de nuevo mediante ejercicios, por lo que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico constituye otro de los pilares del tratamiento rehabilitador³⁹.

El médico estadounidense Arnold Kegel³⁹, en 1948 fue el primero que evidenció la importancia y la implicación de esta musculatura en las distintas disfunciones (incontinencias, prolapsos), de ahí que actualmente se conozcan los ejercicios del suelo pélvico como ejercicios de Kegel.

Los ejercicios de Kegel deben convertirse en un hábito que se realiza durante toda la vida. El aumento de la fuerza de cada grupo muscular requiere de tiempo y puede no haber cambios notorios antes de seis semanas de rehabilitación. Se anima a la paciente a practicar las contracciones de músculos pélvicos en circunstancias funcionales, como, por ejemplo, cuando se pone en tensión el piso pélvico por la tos, estornudos, o cuando se levanta algo pesado³⁹.

CONCLUSIONES

1. Las disfunciones del suelo pélvico y sexual son de presentación frecuente, infra diagnosticadas e infra tratadas y comparten un grupo de factores de riesgo que también son comunes a otras enfermedades crónicas no transmisibles. El abordaje del tratamiento debe ser integral y personalizado, teniendo en cuenta el tipo de disfunción del suelo pélvico.

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. 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>.
3. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2014 Mar [citado 10 Abr 2017]; 40(1): 119-135 p. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0138-600X2014000100013&lng=es>.
4. 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.
5. Mestre M, et al. Los cuestionarios en la evaluación de la actividad y función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. ActasUrolEsp[Internet].2014 [citado 15 May 2017]; 35(1): 175-82 p. Disponible en: <http://ww.dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2014.05.008>.
6. Gerwin RD. Diagnosis of myofascial pain syndrome. Phys Med RehabilClin N Am [Internet]. 2014 [citado 15 May 2017]; 25: 341-55 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24787337>.

7. Prather H, Camacho-Soto A. Musculoskeletal etiologies of pelvic pain. *ObstetGynecolClin North Am* [Internet]. 2014 Sept [citado 15 May 2017]; 41(3): 433-42 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25155123>.
8. Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res ClinObstetGynaecol*[Internet].2014[citado 22 Dic 2017]; 28(7): 977-90 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25108498>.
9. Urdaneta JM, Briceño Suárez LA, Cepeda de Villalobos M, Montiel C, Marcucci RJ, Contreras Benítez A. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Rev ChilObstetGinecol*[Internet]. 2013 [citado 15 May 2017]; 74(3): 78-82 p. Disponible en: <https://scielo.org.ve/pdf/og/v74n3/art0.pdf>.
10. Leyva Martín Y, Artiles 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.
11. Robinson KM, Smith M. 10 surprising health benefits of health. *Sex & Relationships, Web MD* [Internet]. [actualizado 24 Oct 2013; citado 17 Dic 2015]. Disponible en: <https://www.webmd.com/sex-relationships/guide/sex-and-health>.
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. 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/>.

14. 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/>.
15. Ros Montenegro A, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Alerm González AJ. Dolor pélvico crónico en mujeres de edad mediana. Afrontamiento y respuesta al tratamiento con agentes físicos. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 23 Dic 2017]; 8(Supl): 37-50 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.
16. Ros Montenegro A, Martínez Torres JM, Rodríguez Adams EM, Alerm González AJ, Martínez Perea R, NoaNoa M. Dolor pélvico crónico en mujeres de edad mediana. Revisión bibliográfica. Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2017]; 8(Supl): 111-121 p. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>.
17. 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/>.
18. 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/>.
19. 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/>.
20. 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>.
21. Delgado Parra V. Disfunciones sexuales de la mujer. En: Rubio Auriol 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>.
22. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*[Internet]. 2005May [citado 16 Sept 2017]; 172(10): 1327-1333 p. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/172/10/1327>.
23. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V[Internet]. Arlington, VA. 4ta. ed. Academia Americana de Psiquiatría [Internet]. 2013. [citado 21 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/.../Guía-criterios-diagnósticos-DSM-V.pdf>.
24. Giraldi A, Rellini A, Pfaus J, Laan E. Female Sexual Arousal Disorders. *Journal of Sex Med* [Internet]. 2013[citado 22 Nov 2017]; 10(1): 58-73 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22974112>.
25. 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>.
26. Fugl Meyer KS, Bohm Starke N, Damsted Petersen C, Fugl Meyer A, Parish S, Giraldi A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. *Journal of Sex Med* [Internet]. 2013 [citado 30 Ene 2017]; 10: 83-93 p. Disponible en: [http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30126-0/pdf](http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30126-0/pdf).

27. Torres Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, Méndez Gómez N. Evaluación y Tratamiento de la Disfunción Sexual en personas con Enfermedad Cardiovascular conocida. En: Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Cardiovasculares y Sexualidad. Vol. II. Cuba: Editorial CENESEX; 2013. p. 19-27 p.
28. Méndez Gómez N, Navarro Despaigne D, Torres Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC. Disglucemia y factores sociales en el paciente con Diabetes como riesgo para disfunción sexual. En: Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso Cubano de Diabetes Mellitus y Salud Sexual. Vol. VI. Cuba: Editorial CENESEX; 2016. p. 18-24.
29. Raymed A, Bacallao M. Fisiopatología de la respuesta sexual en la Enfermedad Renal Crónica. En: Torres Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, Gutiérrez Gutiérrez CG, compiladores. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. Vol. IV. Cuba: Editorial CENESEX; 2015. p. 40-80.
30. Pérez del Río F, MestreGuardiola M, Del Río FJ. Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad. Rev Adicción y Ciencia [Internet]. 2012 [citado 21 Nov 2017]; 2(2): 3 p. Disponible en: http://www.adiccionyciencia.info/wpcontent/uploads/2015/10/perez_2_2.pdf.
31. Chaparro M, Pérez R, Sáez K. Función sexual femenina durante el periodo postparto. Rev Obstetricia y Ginecología Venezolana [Internet]. 2013 [citado 30 Ene 2017]; 73(3): 181-186 p. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid...77322013000300005.
32. Guzmán Carrasco P, Díaz López AM, Gómez López D, Guzmán Carrasco R. Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. NURE Inv[Internet]. 2013 [citado 30 Ene 2017]; 63 p.

- Disponible en:
<http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/download/626/616>.
33. Sánchez MI, Lara JM. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2013 [citado 17 Feb 2015]; 18 p. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/068d.php>.
 34. Simó AP, Izquierdo AM, Benítez RP, Porcar LC. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. Enfuro [Internet]. 2013 [citado 17 Feb 2015]; (124): 9-16 p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4677736>.
 35. NoaPelier 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>.
 36. 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.
 37. Arrebola Moreno JP. Diabetes, obesidad y alteradores endocrinos. Rev Salud Ambient [Internet]. 2013 [citado 13 May 2015]; 13: 63-82 p. Disponible en: <http://www.ojs.diffundit.com/index.php/rsa/article/download/461/382>.
 38. Martín Cordero JE, et al. Electroterapia. Campos eléctricos y electromagnéticos. En: Martín Cordero JE, et al. Agentes físicos terapéuticos. 2da ed. La Habana: ECIMED; 2010. p. 227-370.
 39. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perineal muscle. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 1948 [citado 24 Mar 2015]; 56(2): 238-48 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18877152>.

Neysa Margarita Pérez Rodríguez

Centro de investigaciones medico quirúrgicas, CIMEQ, Calle 216 esquina a 11b.

Playa. La Habana, Cuba.

Teléfono: 7 858 1000

Correo Electrónico: neysa.perez@infomed.sld.cu