

# Evaluación de la función sexual en pacientes con prolапso de órganos pélvicos

## Evaluation of sexual function in patients with pelvic organ prolapse

José Francisco Cordero-Rojas<sup>1</sup>, Gabriela Eliana Berbis Mora<sup>2</sup>, Jennifer Visconti<sup>3</sup>, Lina María Figueira Rodríguez<sup>4</sup>, Fernando Torres<sup>5</sup>, Andrés Lemmo<sup>6</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la función sexual (FS) en pacientes con prolапso de órganos pélvicos que acudieron a la consulta de la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Universitario de Caracas, durante el período enero – diciembre 2023. **Métodos:** Estudio transversal. La población de estudio estuvo compuesta por 105 pacientes. Se realizó el interrogatorio, examen físico mediante Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ) y se evaluó la función sexual mediante el Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire versión corta (PISQ-12). A las pacientes sin ejercicio de la función sexual se les preguntó por las razones del abandono. **Resultados:** El 75,24 % de las pacientes no

tenían ejercicio de la función sexual. Por estadio de prolапso, se obtuvieron: 39 % estadio IV, 29,5 % estadio III, 27,6 % estadio II y 3,8 % estadio I. Al evaluar el motivo del abandono del ejercicio de la FS, el 73,42 % refirió no tener pareja, el 18,99 % lo atribuyó al POPQ sólo el 3,80 % a discordia marital. **Conclusiones:** La función sexual es un ámbito importante en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con disfunciones del piso pélvico, especialmente en el caso del prolапso de órganos pélvicos. La mayoría de las pacientes con FS tuvieron valores de PISQ-12, considerados como normales. Se recomienda el uso de PISQ-IR, validado en español para futuras investigaciones.

**Palabras clave:** Prolапso de órganos pélvicos, función sexual, PISQ-12, POPQ, ejercicio de la función sexual.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2020.128.4.2>

ORCID: 0000-0001-7657-1676<sup>1</sup>

ORCID: 0009-0002-5231-6974<sup>2</sup>

ORCID: 0009-0001-3587-1127<sup>3</sup>

ORCID: 0009-0002-8343-9141<sup>4</sup>

ORCID: 0009-0003-9128-1401<sup>5</sup>

ORCID: 0009-0000-6336-9671<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Obstetricia y Ginecología. Curso de Perfeccionamiento Profesional en Piso Pélvico. Profesor Instructor de la Facultad de Medicina. Coordinador de pregrado de la cátedra de Ginecología, Escuela de Medicina Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela.

<sup>2</sup>Especialista en Obstetricia y Ginecología. Curso de Perfeccionamiento Profesional en Ginecología Endocrinológica y Reproducción. Especialista del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela.

Recibido: 13 de marzo 2024

Aceptado: 26 de septiembre 2025

<sup>3</sup>Especialista en Obstetricia y Ginecología. Curso de Ampliación en Disfunción y Cirugía Reconstructiva del Piso Pélvico. Profesora Instructora de la Facultad de Medicina. Coordinadora de posgrado de la cátedra de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela.

<sup>4</sup>Especialista en Ginecología y Obstetricia, Profesora Agregada de la Universidad Central de Venezuela. Coordinadora del Curso de Perfeccionamiento Profesional en Piso Pélvico del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela.

<sup>5</sup>Médico Sexólogo. Especialista del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela.

<sup>6</sup>Ginecólogo Obstetra. Profesor Asistente de la Universidad Central de Venezuela. Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela. Coordinador de la Unidad de Medicina Fotónica del Hospital Universitario de Caracas.

Autor de correspondencia: José Francisco Cordero-Rojas, E-mail: [Josecorderor@gmail.com](mailto:Josecorderor@gmail.com)

## SUMMARY

**Objective:** To evaluate sexual function (SF) in patients with pelvic organ prolapse who attended the Pelvic Floor Unit of the University Hospital of Caracas, during the period January - December 2023. **Methods:** Cross-sectional study. The study population consisted of 105 patients. A questioning and physical examination were performed by the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ), and sexual function was assessed using the Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire short version (PISQ-12). Patients who did not have sexual function were asked the reasons for abandoning it. **Results:** 75.24 % of the patients did not have sexual function. By prolapse staging, the following were obtained: 39 % stage IV, 29.5 % stage III, 27.6 % stage II, and 3.8 % stage I. When evaluating the reason for abandoning FS exercise, 73.42 % reported not having a partner, 18.99 % attributed it to POP, and only 3.80 % to marital discord. **Conclusions:** Sexual function is an important area in the assessment of quality of life in patients with pelvic floor dysfunctions, especially in the case of pelvic organ prolapse. Most patients with FS had PISQ-12 values considered normal. The use of PISQ-IR, validated in Spanish, is recommended for future research.

**Keywords:** Pelvic organ prolapse, sexual function, PISQ-12, POPQ, exercise of sexual function.

## INTRODUCCIÓN

El prolапso de órganos pélvicos (POP) es una condición relativamente frecuente que, en estadios avanzados, puede alterar la calidad de vida de las pacientes al producir limitaciones de las actividades diarias, aislamiento social, inhibición sexual, restricción de empleos, pérdida de oportunidades e independencia (1). Se define como el descenso de la pared vaginal anterior, posterior y el ápex vaginal (2). En 2016, el reporte conjunto sobre la terminología para POP de la ICS (International Continence Society) y la IUGA (International Urogynecological Association), enfatiza el valor de la sintomatología asociada al descenso de los órganos pélvicos para referirse a esta entidad (3). El POP se divide en: prolапso del compartimiento anterior (protrusión de la pared vaginal anterior), prolапso del compartimiento posterior (protrusión de la pared vaginal posterior) y prolапso apical (protrusión del útero o cúpula

vaginal). Términos imprecisos como “cistocele” o “rectocele” no deben ser utilizados.

La prevalencia del POP es de aproximadamente 31 %. Esta oscila entre 1 % y 65 % en función de síntomas representando del 1 % al 30 %, 10 % a 50 % si es solo un hallazgo al examen pélvico y 20 % a 65 % si se estima considerando ambos (4). La necesidad de resolución quirúrgica a nivel mundial es de 11 % hasta los 80 años, con una probabilidad de reintervención entre 29 % a 40 % en los casos de cirugía clásica (5). En 2004, Whiteside y col. (6), reportaron un porcentaje de recurrencia de 58 % un año posterior a la intervención quirúrgica. En Estados Unidos hay aproximadamente 200 000 cirugías por año debido a esta causa, estimándose un aumento de 45 % en los próximos 10 años (4).

Walker y col. (7), reportan una prevalencia de 19,7 % de POP en países periféricos o no privilegiados. En Venezuela, para el año 2009, Obregón y col. (1), reportaron una incidencia de 11 % de POP en la Maternidad “Concepción Palacios”. En 2015, la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Universitario de Caracas, publica sus primeras estadísticas evidenciando que de todos los prolapsos estadio II, el 90 % fueron defectos del compartimiento anterior, todos con componente paravaginal; 7 % fueron defectos de compartimiento posterior y 3 % apicales, mientras que en los POP estadio III, el 58 % correspondieron a defectos anteriores, 37 % fueron apicales y 5 % posteriores (8).

Para entender el sistema de soporte pélvico, es indispensable comprender la anatomía, especialmente los niveles de DeLancey que revolucionaron la comprensión de este tema por su sencillez, aplicabilidad clínica y quirúrgica. De acuerdo a DeLancey (9-12). El soporte de la vagina es distinto en sus tres tercios. El tercio superior, nivel I, es un nivel de suspensión del ápex a estructuras óseas a través del complejo cardinal/uterosacro. El tercio medio, nivel II, es un nivel de inserción lateral, dado por la fascia endopélvica suspendida a su arco tendíneo. El tercio inferior, nivel III, es un nivel de fusión a la uretra y el periné y la estructura de soporte más importante es el músculo elevador del ano.

Con base en algunos de los conceptos expuestos por DeLancey, se desarrolló el sistema

de cuantificación del prolapo de órganos pélvicos (POPQ), que fue adoptado por la ICS, la IUGA y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos (SGS), a fin de estandarizar la terminología y permitir la comparación de resultados de distintas publicaciones (13). El sistema POPQ permite una evaluación sitio-específica y detallada del POP, obligando al clínico a evaluar todos los compartimientos afectados y no solo aquel que más descienda. Este sistema evalúa el prolapo del compartimiento anterior, posterior y apical, pero además incluye la medición del hiato genital, el cuerpo perineal y la longitud total de la vagina. Idealmente, toda cirugía reconstructiva del piso pélvico debe estar precedida de una evaluación que incluya el POPQ; de esta manera, se planificará la intervención quirúrgica corrigiendo absolutamente todos los compartimientos y estructuras afectadas que se reflejen en la cuadrilla del reporte.

La función sexual (FS) constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo su ejercicio con una respuesta adecuada (14). La relación entre el POP y la FS en mujeres ha sido objeto de estudio en la literatura médica durante décadas. A pesar de la creciente conciencia sobre el impacto del POP en ámbito sexual, la relación exacta sigue siendo objeto de debate (15). En 2018, se publica el reporte conjunto sobre la terminología para la evaluación de la salud sexual de mujeres con disfunciones del piso pélvico de la International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) (16), con el objetivo de mantener uniformidad, evitar ambigüedad, confusión e incertidumbre y sea utilizado en la investigación.

Hablar acerca de la función sexual puede parecer un tema fácil y familiar, ya que se refiere a un aspecto inherente al ser humano, que a menudo se asocia exclusivamente con el coito, pero que abarca otros aspectos y es constantemente expresado por la persona. La sexualidad es una parte fundamental de la vida humana, ya que permite la reproducción, el conocimiento de la anatomía y la relación con el sexo opuesto, así como con el mismo sexo. Sin embargo, un alto porcentaje de personas experimenta algún tipo de alteración sexual en algún momento de sus vidas, lo que puede afectar su capacidad para disfrutar

de una vida sexual satisfactoria. La FS es un indicador de calidad de vida muy importante, influenciada por factores físicos, psicológicos y sociales (15).

Aproximadamente 60 % de las mujeres sexualmente activas que asisten a la consulta ginecológica reportan tener alguna disfunción sexual (4). Sin embargo, a pesar de esta alta prevalencia, solo pocos especialistas llevan a cabo una evaluación sistemática de las quejas sexuales de sus pacientes. Se cree que esto se debe a la falta de tiempo, desconocimiento sobre las opciones de tratamiento y la edad avanzada de las pacientes, entre otras causas.

Los cuestionarios de función sexual son una herramienta importante para evaluar la afectación de la calidad de vida de las mujeres con disfunciones del piso pélvico. El Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) y su versión abreviada, el PISQ-12, es uno de los cuestionarios de función sexual femenina específicos de la condición, validados al español y actualmente desarrollados intencionalmente para evaluar la función sexual en mujeres con IU y/o POP (17-19).

El POP afecta principalmente la FS en las fases del deseo sexual, el orgasmo y la excitación. Factores psicológicos como el cambio en la imagen corporal que podría ocurrir en mujeres con POP, factores fisiológicos como anomalías anatómicas y disminución de la sensibilidad en la región genital pueden conducir a trastornos de la estimulación y el orgasmo en las mujeres (20). Por consiguiente, al evaluar clínicamente a las mujeres con disfunciones del piso pélvico, es importante tener en cuenta si realizan el ejercicio de la función sexual y en caso de no realizarla, investigar si el abandono del ejercicio de la función sexual está relacionado con la disfunción del piso pélvico.

Urdaneta y col. (15), evaluaron la FS en mujeres con diagnóstico de POP, antes y después del tratamiento quirúrgico reconstructivo convencional, mediante la aplicación del PISQ-12. Determinaron que tanto la puntuación total del PISQ-12, las puntuaciones de las dimensiones de la respuesta sexual y las limitaciones sexuales femeninas fueron significativamente más altas luego de la intervención quirúrgica, permitiéndoles obtener una función sexual más

placentera, con mejoría de su calidad de vida. Mestre y col. (18), en 2015, determinaron que solo el 50 % de las mujeres que consultaron por una disfunción del piso pélvico eran sexualmente activas, y solo el 60 % de ellas indicaron algún tipo de disfunción sexual. Los cuestionarios y las escalas de sexualidad facilitan la discusión entre la mujer y el profesional de la salud sobre diversos aspectos de su vida sexual; su uso rutinario puede contribuir al diagnóstico de las disfunciones sexuales y a un mejor control de los resultados de los tratamientos. En 2019, Anglès-Acedo y col. (21), indicaron que el POP sintomático se asocia a la disfunción sexual femenina y el tratamiento quirúrgico del POP parece tener un impacto positivo. Maeschalek y col. (22), evaluaron si el estrógeno vaginal aplicado localmente afecta las quejas asociadas al prolапso en comparación con el tratamiento con placebo en mujeres posmenopáusicas antes de la reparación quirúrgica del prolапso. Concluyendo que el estrógeno preoperatorio aplicado localmente no mejoró los síntomas asociados al prolапso en mujeres posmenopáusicas. Djusad y col. (23), realizaron un estudio para analizar la correlación de la autoimagen de los genitales en pacientes con disfunciones sexuales, utilizando el Female Sexual Function Index (FSFI) y Female Genital Self-Image Scale-7 y encontraron que la percepción de los genitales es la principal variable que afecta la FS en mujeres con POP.

En 2022, van der Vaart y col. (24), demostraron que la FS en mujeres sexualmente activas con prolапso es mayor cuando se realiza la cirugía reconstructiva, en comparación con las pacientes que eligen tratamiento conservador con el pesario vaginal, con la aplicación del cuestionario de calidad de vida Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR). Tvarozek y col. (25), demostraron que al contrario a trabajos de investigación previos, las mallas transvaginales pueden tener bajo riesgo de deterioro de la FS solo en pacientes con antecedentes de cirugías de POP. Recientemente, Chang y col. (26), evaluaron los cambios en la función sexual en las mujeres sometidas a cirugía reconstructiva del piso pélvico y el impacto de la realización de histerectomía concomitante y concluyeron que, a los 12 meses, para las pacientes sexualmente activas antes de la operación, hubo una mejoría

clínicamente significativa en la función sexual después de la cirugía de prolапso de órganos pélvicos de tejido nativo. Las mujeres no sexualmente activas informaron una mejoría en la satisfacción de la vida sexual. No hubo diferencias en la función sexual de las pacientes sometidas a preservación uterina o colpopexia poshisterectomy en comparación con las que se sometieron a histerectomy concurrente, aunque este tamaño de la muestra fue pequeño.

Finalmente, Zietarska y col. (27), realizaron una revisión centrada en la repercusión del prolапso de órganos pélvicos, la cirugía reconstructiva y su efecto sobre la función sexual, en el cual discuten sobre una variedad de técnicas en relación con este tema, incluida la reparación de tejidos nativos (NTR), la malla transvaginal (TVM) y la sacrocolpopexia (SCP). Utilizaron cuestionarios validados para evaluar la función sexual en mujeres antes y después de la cirugía de prolапso, como el IFSF (Índice de Función Sexual Femenina) y el PISQ-IR (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA revised). Indicaron que el tratamiento quirúrgico del POP generalmente da como resultado mejores puntuaciones o sin cambios en la función sexual, independientemente del tipo de procedimiento utilizado. La SCP parece ser el tratamiento quirúrgico preferido para las mujeres con prolапso vaginal apical que minimiza el riesgo de dispareunia en comparación con las técnicas vaginales.

En vista que existe una relación entre el POP y el ejercicio de la función sexual, la presente investigación se propuso identificar la posible relación en una población selecta venezolana. Por ello, se plantea la interrogante ¿Cómo será la función sexual en pacientes con prolапso de órganos pélvicos que acuden a la consulta de la Unidad de Piso Pélvico, en el servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, durante el período enero – diciembre 2023?

Para responder a dicha interrogante se procedió a: determinar las características clí-nico-biosociológicas de la población de estudio; diferenciar entre las pacientes con y sin ejercicio de la función sexual; identificar la causa del cese del ejercicio de la función sexual; cuantificar a las pacientes con auto-ejercicio de la función sexual;

evaluar a las pacientes con ejercicio de la función sexual con el cuestionario PISQ-12; relacionar la función sexual con el estadio del POP; evaluar la asociación entre la función sexual, la paridad y el estadio del POP.

### Aspectos éticos

El estudio cumplió con la pauta y la normativa sobre ética y seguridad, según lo expresado en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se garantizó durante la investigación el respeto a los cuatro principios bioéticos fundamentales como: la autonomía, beneficencia, no maleficencia y la justicia.

Todas las pacientes recibieron información sobre los objetivos del estudio, y solo se incluyeron aquellas que voluntariamente expresaron su deseo de participar, lo cual confirmaron mediante la firma del consentimiento informado.

La investigación se basó en la aplicación de un cuestionario, por lo que no hubo riesgo para la salud o el bienestar de la paciente. Los investigadores se comprometieron a cumplir el principio de confidencialidad, a manejar los datos en forma global y no individualmente, así se respetó el principio de no maleficencia. El principio de beneficencia se aplicó porque las pacientes conocieron qué tanto afecta el prolapso a su función sexual y ese diagnóstico las ayudó a decidir un tratamiento. El principio de justicia social se aplicó porque se incluyó exclusivamente a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, sin ningún otro criterio que pueda considerarse una forma de discriminación. Además, los datos recopilados se emplearon exclusivamente con fines científicos propios de esta investigación.

### MÉTODOS

Es un estudio de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por las pacientes que acudieron a la consulta de la Unidad de Piso Pélvico, en el servicio de Ginecología

del Hospital Universitario de Caracas en el período enero – diciembre 2023. La muestra no probabilística y secuencial, estuvo conformada por 105 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El estudio fue enviado al Comité de Bioética del Hospital Universitario de Caracas donde fue aprobado.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con prolapso de órganos pélvicos y aceptar bajo consentimiento informado la participación en el estudio. Mientras que los criterios de exclusión fueron pacientes sin prolapso de órganos pélvicos, que tengan limitaciones físicas y/o intelectuales que imposibilite responder el cuestionario y que no acepten participar en el estudio.

### Procedimiento

A cada paciente con prolapso de órganos pélvicos, se le presentaron y se le explicaron detalladamente los objetivos del estudio. Aquellas que decidieron voluntariamente participar lo expresaron mediante la firma de un formulario de consentimiento informado, posteriormente se realizó el examen físico ginecológico y se estableció el estadio del POP.

Una vez finalizada la evaluación, se recogió información sobre datos filiarios, edad y antecedentes gineco-obstétricos. Luego, se interrogó sobre el ejercicio y el auto-ejercicio de la función sexual; y a las pacientes que refirieron tener coito vaginal con pareja heterosexual en los últimos 6 meses, se les aplicó el PISQ-12 en su versión validada al español, en forma privada e individual y se constató que contestaron todos los ítems (Anexo 1). La versión corta del PISQ está compuesta por 12 preguntas, cada una de las cuales presenta cinco alternativas de respuesta, donde cero corresponde a la respuesta “nunca” y cuatro a la respuesta “siempre”. Sin embargo, la escala ordinal se invierte en las preguntas 1, 2, 3 y 4 asignándose cuatro puntos al ítem “nunca” y cero puntos al ítem “siempre”. Los puntos obtenidos de la sumatoria de las respuestas se multiplicaron por la constante 2,58; de tal manera que la puntuación máxima final es 124, al igual que en la versión larga.

Las pacientes con puntuaciones menor a 94 fueron asignadas con el calificativo de

función sexual “disminuida”, mientras que las que presentaron PISQ-12 de 94 o más, fueron asignadas como función sexual “normal”.

A las pacientes que no se les aplicó el PISQ-12, por no tener coito vaginal con pareja heterosexual en los últimos 6 meses, se les interrogó sobre la fecha del último coito por vía vaginal y el motivo por el cual no habían tenido ejercicio de la función sexual. Toda la información fue transcrita en el instrumento de recolección de datos diseñado ad hoc y todas las pacientes fueron evaluadas en conjunto con el sexólogo del servicio.

### Análisis estadístico

Los datos se evaluaron por medio de estadística descriptiva, tales como la media y desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes. Los contrastes entre variables continuas se realizaron usando la prueba T de *Student* para muestras independientes. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ . Los datos fueron procesados y tabulados con el programa estadístico SPSS 26 (IBM®, New York, USA).

### Variable y conceptos

#### VARIABLES DEPENDIENTES

Interrogatorio sobre la fecha del último ejercicio de la función sexual (EFS), en caso de ser menor de 6 meses, se aplicó el PISQ-12 validado al español y se totalizó la puntuación, multiplicando por la constante 2,58.

#### VARIABLES INDEPENDIENTES

Interrogatorio sobre el motivo del cese del ejercicio de la función sexual, la fecha del último coito vaginal y si ha realizado auto-ejercicio de la función sexual en algún momento de su vida.

#### VARIABLES DE CONTROL

- Edad:** edad en años al momento de la introducción en el estudio.
- Paridad:** número de gestaciones, partos, cesáreas, abortos, embarazos ectópicos o enfermedad molar.

- Fecha de última regla:** es el día, mes y/o año de la última menstruación.
- Patologías médicas asociadas:** presencia de  $\geq 1$  entidad clínica asociada.
- Función sexual (FS):** actividades propias del sexo.
- Ejercicio de la función sexual (EFS):** es una actividad física producto de un estímulo y una respuesta sexual que es de suma importancia en la especie humana, tanto para su perpetuación, como para efectos del bienestar psicológico y físico.
- Auto-ejercicio de la función sexual (AEFS):** manipulación de los genitales o cualquier parte del cuerpo, con la finalidad de ejercer la función sexual.
- Fecha del último coito vaginal (FUC):** es el día, mes y año del último coito por vía vaginal.
- PISQ-12:** cuestionario validado en español, versión corta de 12 preguntas para evaluar la calidad de vida, en pacientes con incontinencia urinaria y prolapsos de órganos pélvicos.
- Abstinencia relacionada al POP:** sin actividad sexual debido al POP o síntomas asociados.
- Dispareunia:** es la queja de dolor persistente o recurrente o las molestias asociadas con la penetración por vía vaginal.
- Dispareunia superficial:** es la queja de dolor o malestar durante la entrada del pene en la vaginal o en el introito vaginal.
- Dispareunia profunda:** es la queja de dolor o molestia durante la penetración profunda (2/3 superiores de vagina).
- Sistema de cuantificación del prolapsos pélvicos (POPQ):**
  - Aa:** localizado a -3 cm del meato uretral externo en la línea media.
  - Ba:** Es el punto que más desciende entre el Aa y el fondo de saco vaginal anterior.
  - C:** Borde distal del cuello uterino o cúpula vaginal
  - D:** Fondo de saco de Douglas.
  - Ap y Bp:** Son los puntos análogos al Aa y Ba, pero en la cara posterior de la vagina.

**Longitud total vaginal (LTV):** Medida desde el anillo himeneal hasta el fondo de saco de Douglas.

**Hiato genital (Hg):** se mide desde el borde inferior del meato uretral hasta línea media posterior del himen.

**Cuerpo perineal (Cp):** se mide desde la línea media posterior del himen hasta el centro del ano.

**15. Estadio del prolапso:** Se define de la siguiente manera:

0: sin descenso.

I: el punto que más desciende no llega a – 1 cm del anillo himeneal.

II: el punto que más desciende se encuentra entre – 1 y + 1 cm del anillo himeneal.

III: el punto que más desciende sobrepasa 1 cm el anillo himeneal, pero no más allá del largo vagina – 2 cm.

IV: prolапso genital total, mímimo = largo vagina – 2 cm.

## RESULTADOS

Se incluyeron 105 pacientes que acudieron a la consulta de la Unidad de Piso Pélvico del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas y que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue 65,1 años con un intervalo entre 30 y 89. La edad promedio de la menopausia fue 47,5 años (intervalo entre 24 y 59). La mediana del número de gestas arrojó 4 (intervalo entre 1 y 14) y el de paras fue 3 (intervalo 0 y 12) (Cuadro 1).

La distribución de las pacientes por estadio de POP fue: 39 % en estadio IV, 29,5 % en estadio III, 27,6 % en estadio II y 3,8 % en estadio I. En cuanto al análisis de los compartimientos afectados: 49,5 % apical, 45,7 % anterior y 4,7 % posterior.

En relación con las patologías asociadas se encontró 23,13 % con síndrome de vejiga hiperactiva, 18,75 % con hipertensión arterial y 16,25 % con incontinencia urinaria de esfuerzo (Gráfica 1). Los diagnósticos sexológicos

fueron: 68,57 % con función sexual no evaluable, 27,62 % de pacientes sin patología sexológica y 2,86 % con dispareunia superficial asociada a POP (Gráfica 2).

En la Gráfica 3, se evidencia 75,24 % de las pacientes sin ejercicio de la función sexual y 24,76 % con ejercicio de la misma. Al evaluar el motivo del abandono del ejercicio de la función sexual, 73,42 % refirió no tener pareja, 18,99 % abstinencia por el POP y 3,80 % discordia marital.

Al interrogar sobre el auto-ejercicio de la función sexual, el resultado arrojó: 94,29 % sin auto-ejercicio y solo 5,71 % expresó realizarlo en algún momento de su vida (Gráfica 4).

Las causas de abandono/cese del ejercicio de la función sexual fue de un 73,42 % por carecer de pareja y un 18,99 se atribuye al POP (Gráfica 5).

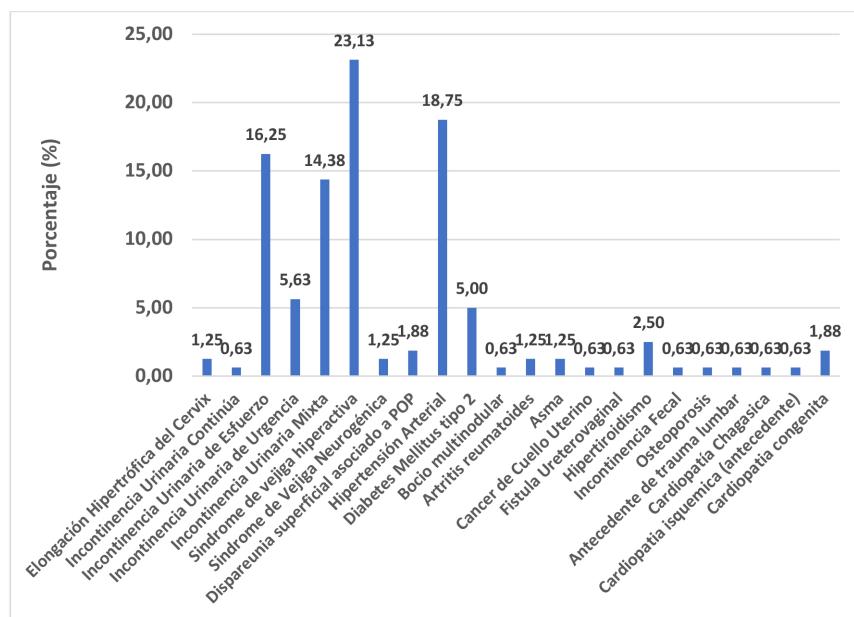
En referencia a la mediana de los valores del cuestionario PISQ-12, se evidenció 86,91 puntos y el intervalo entre 32 y 115,56 (Cuadro 2). La mayor proporción de pacientes obtuvieron puntuaciones del cuestionario entre 63,17 y 97,16 (Gráfica 6).

La distribución de las puntuaciones del PISQ-12 según estadios, se evidenció: en el estadio I con 89 puntos; en el estadio II con puntuaciones entre 43,69 y 98,24 (mímimo en 32 y máximo en 100); en el estadio III mediana con 79,68 puntos (mímimo en 60 y máximo en 97), sin diferencias estadísticamente significativas para estadios II y III ( $p > 0,05$ ), y en el estadio IV con 98 puntos (mímimo en 78 y máximo en 115,56), con diferencia estadísticamente significativa entre los estadios II - IV y III – IV ( $p < 0,05$ ) (Cuadro 3).

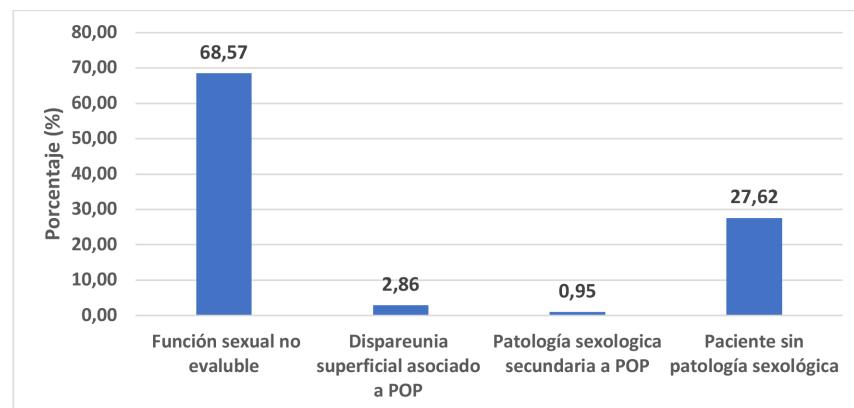
En el estudio de la distribución del ejercicio de la función sexual (EFS) según el estadio del prolапso de órganos pélvicos, reflejó 33,33 % sin EFS y 5,71 % con EFS tenían un estadio IV; 21,90 % sin EFS y 7,62 % con EFS tenían estadio III; 18,10 % sin EFS y 9,52 % con EFS tenían estadio II; y 1,90 % sin EFS y 1,90 % con EFS tenían un estadio I (Gráfica 7). En la Gráfica 8, se puede evaluar la distribución de pacientes sin y con ejercicio de la función sexual según el estadio y punto que más desciende del POP-Q, donde el 33 % de las pacientes sin EFS tenía un POP estadio IV C, un 12,5 % estadio III Ba y un 9 % estadio II Aa – Ba.

Cuadro 1. Características de las pacientes evaluadas

Parámetro estadístico	Edad	FUR	Gestas	Partos	Cesáreas	Abortos	Otros
Media	65,1	47,5	4,8	3,9	0,2	0,6	0,0
Mediana	66	50	4	3	0	0	0
Moda	68	50	3	2	0	0	0
Desviación estándar	9,4	6,4	3,0	2,6	0,6	1,0	0,2
Mínimo	30	24	1	0	0	0	0
Máximo	89	59	14	12	3	4	1

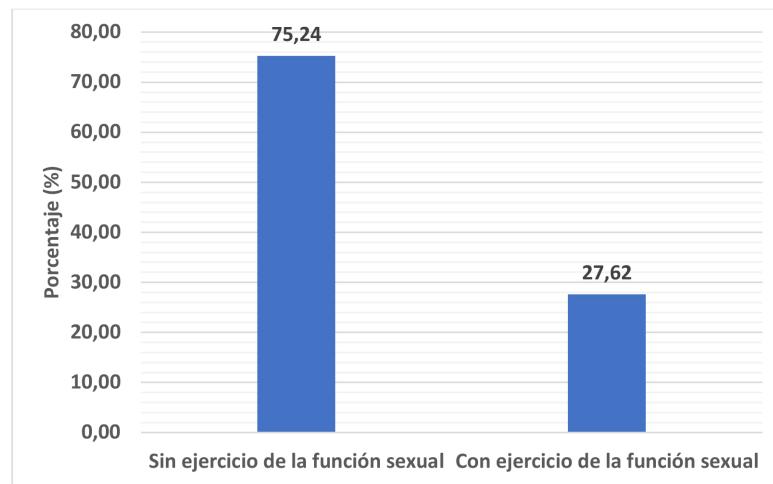


Gráfica 1. Patologías asociadas.

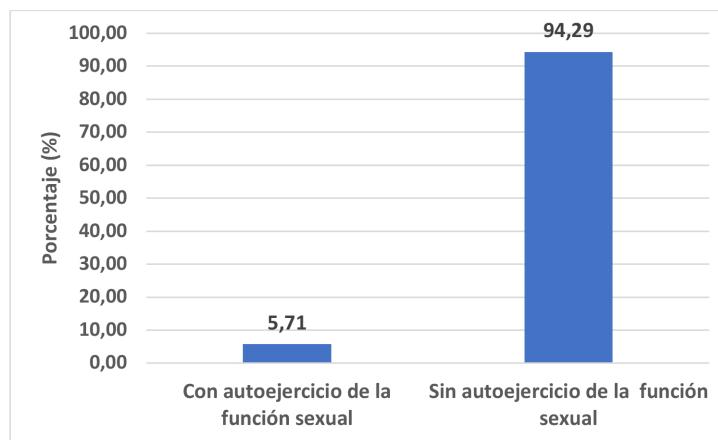


Gráfica 2. Diagnósticos sexológicos.

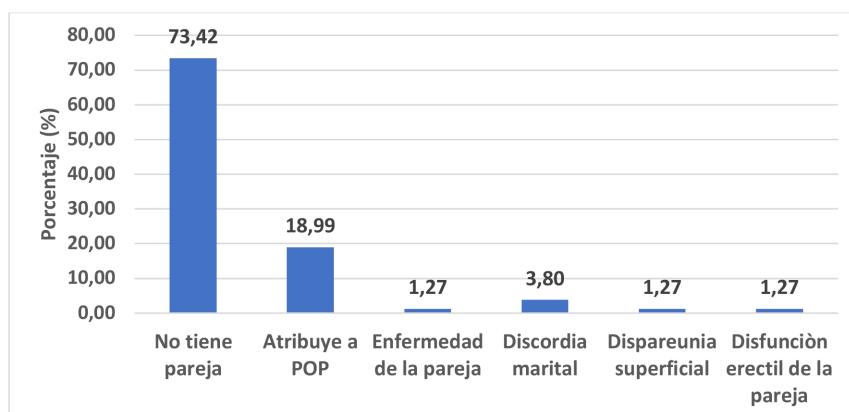
## EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL



Gráfica 3. Pacientes sin y con ejercicio de la función sexual.



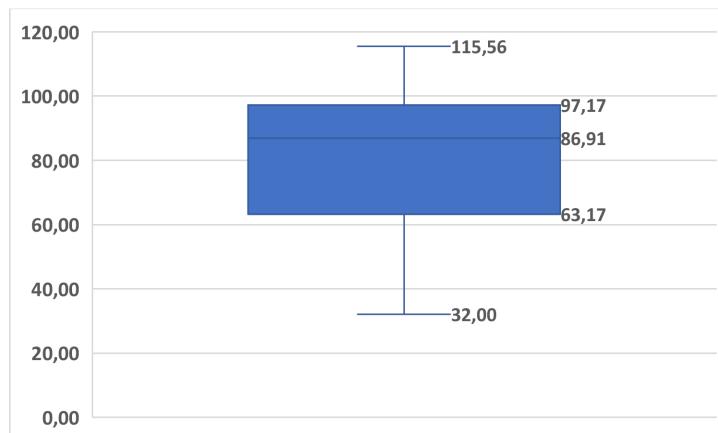
Gráfica 4. Pacientes con y sin auto-ejercicio de la función sexual.



Gráfica 5. Causas de abandono/cese del ejercicio de la función sexual.

Cuadro 2. Valores del cuestionario PISQ-12.

<i>Parámetro estadístico</i>	PISQ-12
<b>Media</b>	80,27
<b>Mediana</b>	86,91
<b>Moda</b>	89,00
<b>Desviación estándar</b>	22,62
<b>Mínimo</b>	32,00
<b>Máximo</b>	115,56

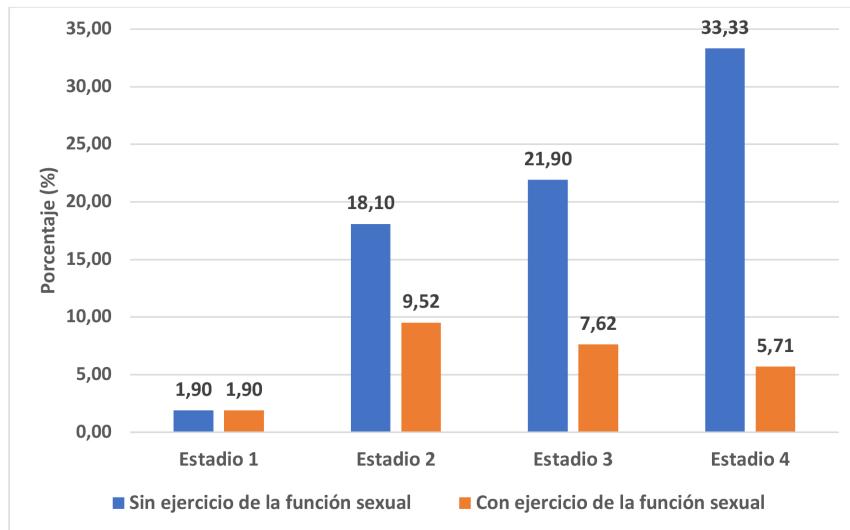


Gráfica 6. Diagrama de caja y bigotes de los valores del cuestionario PISQ-12.

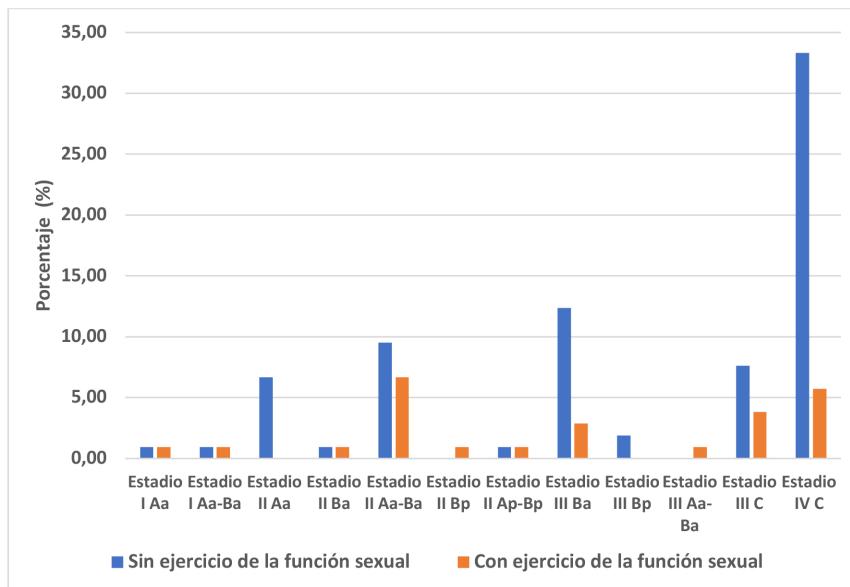
Cuadro 3. Distribución del puntaje del PISQ-12 según estadios del POP-Q.

	PISQ-12			
Parámetro estadístico	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Media	89,00	67,69	79,20	99,76
Mediana	89,00	65,00	79,68	98,00
Moda	89,00	43,69	---	---
Desviación estándar	-	26,92	13,75	13,57
Mínimo	89,00	32,00	60,00	78,00
Máximo	89,00	100,00	97,00	115,56

## EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL



Gráfica 7. Distribución de pacientes sin y con ejercicio de la función sexual según el estadio del prolапso de órganos pélvicos.



Gráfica 8. Distribución de pacientes sin y con ejercicio de la función sexual según el estadio y punto del POP-Q.

## DISCUSIÓN

El prolапso de órganos pélvicos (POP) puede afectar negativamente la función sexual

en mujeres de diversas edades al causar dolor, incomodidad durante las relaciones sexuales y alteraciones en la percepción del cuerpo. Aunque la relación puede ser compleja y variar en intensidad según la severidad del prolапso y

otros factores individuales, existe una asociación documentada en la que el POP puede generar disfunción sexual, impactando la satisfacción y la calidad de vida de las mujeres (20).

El presente estudio se diseñó para evaluar la función sexual en pacientes con diagnóstico de prolapsos de órganos pélvicos. Nuestros hallazgos demuestran que el promedio de edad de la cohorte estudiada fue de 65,1 años, lo cual concuerda con la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre prolapsos de órganos pélvicos (4,21,28-33). La edad promedio de menopausia fue 50 años, coincidiendo con lo reportado en la literatura (1,34-36). La mayoría de las pacientes eran multíparas, algunas con alta paridad (14 paras), lo cual se relaciona con lo publicado por Nygaard y col. (28), quienes exponen que el riesgo de presentar prolapsos de órganos pélvicos sintomático es 3 a 4 veces mayor en pacientes con 3 o más partos, principalmente asociado con el daño al músculo elevador del ano y el nervio pudendo.

La mayoría de las pacientes del estudio tenían prolapsos de órganos pélvicos con estadios avanzados (68,5 % ≥ estadio III). Esto pudiera deberse a las deficiencias del sistema de salud que puede causar retrasos en la resolución quirúrgica del prolapsos y otros factores. Y los compartimientos más afectados fueron apical y seguido del anterior.

Las patologías asociadas fueron el síndrome de vejiga hiperactiva en 23,13 %, la hipertensión arterial crónica en 18,75 % (a pesar de no ser un factor de riesgo para POP, es una patología frecuente por ser mujeres mayores las que acuden a la consulta de la unidad) y la incontinencia urinaria de esfuerzo en 16,25 % de los casos. Esto difiere del estudio de Thibault y col. (37), en Francia, demostraron que el grado de prolapsos de órganos pélvicos no se asoció estadísticamente con la función sexual. Sin embargo, los síntomas urinarios, pélvicos y defecatorios (ano-rectales) como la incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia fecal y constipación se asociaron con una disminución del bienestar sexual de la pareja.

El 68,5 % de las pacientes presentaron diagnóstico de función sexual no evaluable debido a que tenían más de 6 meses sin coito por vía vaginal por distintos motivos, el 27,62 % sin patología sexológica al momento de la evaluación

y solo el 2,86 % con dispareunia superficial asociada al POP, en la literatura se reporta que un diagnóstico frecuente en las consultas de uroginecología es la dispareunia (38-40).

El 75,24 % no ejercían la función sexual, resultados similares fueron publicados en la literatura, donde el intervalo va desde 40 % al 73 % (18,21,41). El 94,29 % de las pacientes estudiadas negaron haber realizado auto-ejercicio de la función sexual (o masturbación) y solo el 5,71 % indicó haber realizado en algún momento de su vida, el auto-ejercicio de la función sexual; en la literatura no se reporta sobre las tasas de auto-ejercicio de la función sexual en pacientes con POP y solo hay pocos artículos de series y reportes de casos, donde lo proponen para el tratamiento de la disfunción orgásmica femenina en pacientes sin POP (42-44).

La mediana de los valores de PISQ-12 del presente estudio fueron similares a los reportados por Rogers y col. (45) que obtuvieron valores de 89,4. En cuanto a la distribución de los valores del PISQ-12 según el estadio del prolapsos, se encontró que pacientes con estadio IV tenían valores de lo que podría indicar una afectación muy alta de la calidad de vida. Adicionalmente, se constató que mientras mayor estadio de POP, mayor cantidad de pacientes abandonaba el EFS. Esto indica que existe una correlación entre la gravedad del prolapsos de órganos pélvicos y la probabilidad de que las mujeres dejen de tener actividad sexual, donde a medida que el prolapsos empeora (mayor estadio), más mujeres desisten de su vida sexual. Esto probablemente se debe a que el prolapsos puede generar un impacto negativo en la imagen corporal, el bienestar y la participación en actividades diarias, incluyendo las relaciones sexuales.

## CONCLUSIÓN

La función sexual es un ámbito importante en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con disfunciones del piso pélvico, especialmente en el caso de prolapsos de órganos pélvicos. Más del 75 % de las pacientes no tiene EFS, la causa principal es por no tener una pareja sexo-afectiva y más del 94 % negó realizar auto ejercicio de la función sexual.

## Recomendaciones

A futuras investigaciones de la FS en POP, utilizar el cuestionario de calidad de vida validados al español, sobre todo el PISQ-IR, ya que es una herramienta que puede ser aplicado en pacientes sin EFS.

## REFERENCIAS

1. Obregón L, Dávila D, Toro J. Primer Consenso Venezolano de Uroginecología. In: Prolapso genital Epidemiología y factores predisponentes In: Primer Consenso Venezolano de Uroginecología. Ateproca CA; 2008.p.15-21.
2. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4-20.
3. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J.* 2016;27(2):165-194.
4. Brown HW, Hegde A, Huebner M, Neels H, Barnes HC, Marquini GV, et al. International urogynecology consultation chapter 1 committee 2: Epidemiology of pelvic organ prolapse: Prevalence, incidence, natural history, and service needs. *Int Urogynecol J.* 2022;33(2):173-187.
5. Walter JE, Urogynaecology Committee. Transvaginal mesh procedures for pelvic organ prolapse. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33(2):168-174.
6. Whiteside JL, Weber AM, Meyn LA, Walters MD. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(5):1533-1538.
7. Walker GJA, Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *Int Urogynecol J.* 2011;22(2):127-135.
8. Madail Alayón AM, Figueira Rodríguez LM, Blanch R, García AE, González AE. Experiencia en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas vaginales en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2015;75(2):097-104.
9. Word RA, Pathi S, Schaffer JI. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(3):521-539.
10. Corton MM. Anatomy of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(3):401-419.
11. DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166(6 Pt 1):1717-1724; discussion 1724-1728.
12. Braun B H, Rojas T I, González T F, Fernández N M, Ortiz C JA. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):149-156.
13. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10-17.
14. Sell Lluveras JL, Padrón Durán RS, García Álvarez CT, Torres Barbosa F. Función sexual y hormonas de la reproducción en mujeres con menopausia precoz. *Rev Cub Salud Pública.* 2001;27(2):116-125.
15. Urdaneta M J, Briceño Suárez LA, Cepeda de Villalobos M, Montiel C, Marcucci J R, Contreras Benítez A, et al. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78(2):102-113.
16. Rogers RG, Pauls RN, Thakar R, Morin M, Kuhn A, Petri E, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(4):1220-1240.
17. Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, Thakar R, Kammerer-Doak DN, Pauls RN, et al. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2013;24(7):1091-1103.
18. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuña-Pons M. Questionnaires in the assessment of sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Actas Urol Esp.* 2015;39(3):175-182.
19. Espuña Pons M, Puig Clota M, González Aguilón M, Zardain PC, Rebollo Álvarez P. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia: Validación de la versión española del Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Actas Urológicas Españolas.* 2008;32(2):211-219.
20. Lowenstein L, Gamble T, Sanses TVD, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, et al. Sexual function is related to body image perception in women with pelvic organ prolapse. *J Sex Med.* 2009;6(8):2286-2291.
21. Anglès-Acedo S, Ros-Cerro C, Espuña-Pons M, Valero-Fernandez EM, en nombre del GISPEM.

- Sexual activity and function of women with severe pelvic organ prolapse subjected to a classical vaginal surgery. A Multicentre study. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2019;43(7):389-395.
22. Marschalek ML, Bodner K, Kimberger O, Zehetmayer S, Morgenbesser R, Dietrich W, et al. Does preoperative locally applied estrogen treatment facilitate prolapse-associated symptoms in postmenopausal women with symptomatic pelvic organ prolapse? A randomised controlled double-masked, placebo-controlled, multicentre study. *BJOG*. 2021;128(13):2200-2208.
23. Djusad S, Meutia AP, Tunggadewi SA, Sari YM, Hakim S, Priyatini T, et al. Genital self-image as predictor of sexual dysfunction in women with pelvic organ prolapse in Indonesia. *Womens Health (Lond)*. 2021;17:17455065211066019.
24. van der Vaart LR, Vollebregt A, Pruijssers B, Milani AL, Lagro-Janssen AL, Roovers JPWR, et al. Female Sexual Functioning in Women With a Symptomatic Pelvic Organ Prolapse; A Multicenter Prospective Comparative Study Between Pessary and Surgery. *J Sex Med*. 2022;19(2):270-279.
25. Tvarozek S, Huser M, Dostalova M, Szypulova M, Horvath I. Evaluating sexual function among women after recurrent pelvic organ prolapse transvaginal mesh repair. *J Obstet Gynaecol*. 2022;42(8):3666-3671.
26. Chang OH, Yao M, Ferrando CA, Paraiso MFR, Propst K. Changes in sexual function over 12 months after native-tissue vaginal pelvic organ prolapse surgery with and without hysterectomy. *Sex Med*. 2023;11(2):qfad006.
27. Zietarska Cisak M, Zwierzchowska A, Barcz E, Horosz E. Sexual function in women with pelvic organ prolapse and surgery influence on their complaints. *Ginekol Pol*. 2023; doi: 10.5603/GP.a2023.0029.
28. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008;300(11):1311-1316.
29. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol*. 2014;123(1):141-148.
30. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997;89(4):501-506.
31. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(6):1160-1166.
32. Tinelli A, Malvasi A, Rahimi S, Negro R, Vergara D, Martignago R, et al. Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. *Menopause*. 2010;17(1):204-212.
33. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(3):795-806.
34. Richters JM. Menopause in different cultures. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1997;18(2):73-80.
35. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país.
36. Angelino de Blanco MC, Bajares de Lilue M, Pizzi R, editoras. Consenso Venezolano de Menopausia. Actualización 2008. Caracas: Editorial Ateproca;2008.p.53-60. Disponible: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-nacional-experimental-francisco-de-miranda/gineco-obstetricia/consenso-venezolano-de-menopausia-2008/73959918>
37. Thibault F, Wagner L, Rouvella P, Seni G, Brouziyne M, de Tayrac R, et al. Sexual function before surgery for pelvic organ prolapse. *Prog Urol*. 2012;22(11):665-670.
38. Grimes WR, Stratton M. Pelvic Floor Dysfunction. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/>
39. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019;31(6):485-493.
40. van Reijn-Baggen DA, Han-Geurts IJM, Voorham-van der Zalm PJ, Pelger RCM, Hagenaars-van Miert CHAC, Laan ETM. Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sex Med Rev*. 2022;10(2):209-230.
41. Fatton B, de Tayrac R, Letouzey V, Huberlant S. Pelvic organ prolapse and sexual function. *Nat Rev Urol*. 2020;17(7):373-390.
42. Morokoff PJ, LoPiccolo J. A comparative evaluation of minimal therapist contact and 15-session treatment for female orgasmic dysfunction. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54(3):294-300.
43. Barbach LG. Group treatment of preorgasmic women. *J Sex Marital Ther*. 1974;1(2):139-145.
44. Andersen BL. A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. *J Consult Clin Psychol*. 1981;49(4):568-570.
45. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Qualls C, Olsen A, et al. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(5):e1-4.

## EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL

### ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTE CON POP/IU (PISQ-12).

CONFIDENCIAL

FECHA | | | |

#### Cuestionario PISQ-12

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

**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 6 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 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 satisfecha 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