

## **Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria.**

Affectation of sexuality in women with genital prolapse and/or urinary incontinence.

Espitia de la Hoz FJ<sup>1</sup>

1. Médico especialista en ginecología y obstetricia. Universidad militar Nueva Granada. Unal / FUCS / Unicamp, Brasil. Clínica La Sagrada Familia. Armenia, Quindío, Colombia.

---

### **Correspondencia**

Franklin J. Espitia de la Hoz

Carrera 12 # 0 – 75 Consultorio 508

Clínica El Café

Armenia, Quindío (Colombia)

E-mail: [espitiafranklin@hotmail.com](mailto:espitiafranklin@hotmail.com)

Teléfono: 745 94 90 Celular: 312 743 6696

**Fecha de recepción:** 16 de abril de 2015. **Fecha de aceptación:** 30 de septiembre de 2015

---

### **Resumen**

**Objetivo:** evaluar la repercusión de los prolapsos del piso pélvico y/o la incontinencia urinaria en la sexualidad de las mujeres atendidas en la Clínica La Sagrada Familia.

**Diseño:** estudio analítico, prospectivo y transversal.

**Participantes:** participaron un total de 25920 mujeres diagnosticadas con prolapsos del piso pélvico y/o incontinencia urinaria, con afectación de la sexualidad asociada a estos trastornos.

**Resultados:** en el grupo de prolapsos genitales el 51.48% (IC del 95%: 42.81-56.16) de las mujeres presentaron repercusión negativa en su sexualidad y en el 49.77% (IC 95%: 43.17-56.49), de las mujeres con incontinencia urinaria. Se observó una correlación entre los trastornos del piso pélvico y la afectación de la sexualidad ( $p = 0.003$ ). De igual manera, se observó un coeficiente de correlación de 0.108 ( $p = 0.005$ ) entre la incontinencia urinaria y la afectación de la sexualidad. Finalmente, se observó que las pacientes con mayor severidad de los prolapsos del piso pélvico y/o la incontinencia urinaria presentaban mayor afectación de la sexualidad ( $p = 0.01$ ) en comparación con las de menor grado.

**Conclusión:** las mujeres con prolapsos del piso pélvico y/o incontinencia urinaria tienen afectación de la sexualidad, en mayor o menor grado, de acuerdo a la severidad del trastorno.

**Palabras clave:** Prolapso genital, Función sexual, Disfunción sexual femenina.

### **Abstract**

**Objective:** To evaluate the impact of pelvic floor prolapse and / or urinary incontinence in the sexuality of women attending the Clinica La Sagrada Familia.

**Design:** Analytical, prospective cross-sectional study.

**Participants:** Involved a total of 25,920 women diagnosed with pelvic floor prolapse and / or incontinence, with involvement of sexuality associated with these disorders.

**Results:** In the group of genital prolapses the 51.48 % (95% CI: 42.81-56.16) of the women had a negative impact on their sexuality and the 49.77 % (95% CI: 43.17-56.49), women with urinary

incontinence. A correlation between pelvic floor disorders and impaired sexuality ( $p = 0.003$ ) was observed. Likewise, a correlation coefficient of 0.108 ( $p = 0.005$ ) between the urinary incontinence and impaired observed sexuality. Finally, we observed that patients with greater severity of pelvic floor prolapse and / or urinary incontinence exhibited greater impairment of sexuality ( $p = 0.01$ ) compared with those of lesser degree.

**Conclusion:** Women with pelvic floor prolapse and/or incontinence have involvement of sexuality, to a greater or lesser degree, according to the severity of the disorder.

**Key words:** Pelvic organ prolapse, sexual function, female sexual dysfunction.

## 1. INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pelvianos se estima que afecta hasta el 50% de las multíparas en distinto grado de severidad (1), y es frecuente encontrar la asociación entre prolapso genital e incontinencia de orina (2); alrededor de un 10-20% de ellas van a presentar sintomatología derivada del prolapso, lo que pueden afectar su esfera urinaria, intestinal y/o sexual (3). La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres en el período reproductivo llega a un 40%, sube a un 50% en el período post reproductivo (4), y su prevalencia aumenta con la edad (5), aunque igualmente puede estar presente en mujeres jóvenes. La incontinencia de orina en mujeres norteamericanas mayores de 80 años tiene una prevalencia del 31.7% comparado con el 17.2% en mujeres entre 40 y 59 años (6).

El prolapso de órganos pélvicos sintomático es el menos frecuente de los trastornos del suelo pélvico, con una prevalencia estimada de 2.9 a 6% (7). La asociación entre incontinencia de orina e incontinencia anal llega a un 9% (8). En un 3 a 6% de las pacientes que padecen de prolapso, el descenso de alguna de las paredes vaginales llega o desciende por debajo del himen (9), lo que obliga a pensar en prolapso iguales o mayores al grado II. Los dos síntomas más frecuentes son ver o sentir un bulto vaginal, o la sensación de abultamiento o protrusión vaginal (10,11).

En un metaanálisis realizado en el año 2003 (12), utilizando las bases de datos de BIOMED (1966-2002), CINAHL (1982-2003) y COCHRANE), EMBASE (1980-2003) y NESLI (1989-2002), se concluyó que el 50 % de las mujeres, de todas las edades, reportaron algún tipo de disfunción del piso

pélvico, con una serie de síntomas que raramente se presentan aislados. El estudio Women's Health Initiative (WHI) describe que un 41% de mujeres no histerectomizadas y el 38% de las mujeres histerectomizadas tenían algún tipo de prolapso (13). En una encuesta realizada en 483 mujeres de 24 a 85 años, en Buenos Aires (Argentina) (14) el 49 % reportó fuga de orina, de ellas el 90 % no consultó ni se realizó ningún tipo tratamiento, y sólo el 52 % reportó alteración de su calidad de vida. En otra encuesta realizada en una población rural de El Salvador, se encontró una alta incidencia de incontinencia: 71 % urinaria y 41 % fecal (15). En Colombia, en dos estudios realizados a nivel hospitalario, uno con 240 pacientes, el 72% de las pacientes reportó síntomas de sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo; en el segundo de 102 pacientes, con un promedio de edad de 60 años; el 74,5% eran prolapso del grado III y señalan que el 30% de la cirugías ginecológicas de ese centro asistencial son por cura del prolapso (16,17).

La expresión de la sexualidad femenina es de carácter multidimensional y compleja, altamente contextual, la que se ve influida por una amplia gama de factores físicos, psicológicos, emocionales y de la pareja (18); socioculturales, cognitivos, afectivos, de relación, intrapsíquicos, etc. (19). Es innegable la asociación que existe entre la sintomatología de los trastornos del piso pélvico y la función sexual femenina (20); así a mayor sintomatología, menor libido, disminución en la excitación, menor frecuencia de orgasmos y mayor dispareunia (21).

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio analítico, prospectivo y transversal, que incluye un total de 25920 mujeres diagnosticadas con prolapso del piso pélvico y/o incontinencia urinaria, atendidas en la Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Suramérica; cuyas características demográficas se describen en la tabla 1. El estudio se realizó entre enero de 2009 y diciembre de 2014. Participaron en el estudio las pacientes que asistían a la consulta externa de Ginecología o Urología.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores 18 años con prolapso del piso pélvico y/o incontinencia urinaria, no haber tenido cirugías previas por prolapso y/o incontinencia urinaria, y sexualmente activas.

Los criterios de exclusión fueron: No cooperación de las pacientes, por trastorno de conducta, psicológico y/o temor, antecedentes de cirugías previas por prolapso y/o incontinencia urinaria, analfabetismo y no sexualmente activas en los últimos seis meses.

Las pacientes se sometieron a una historia clínica completa para la recolección de datos clínicos y epidemiológicos, y se le hizo una exploración uroginecológica completa. Se les aplicó el instrumento “Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire” (PISQ-12) (22), en su versión corta en español (PISQ-12). Este cuestionario está diseñado como un instrumento autoadministrado, específico, fiable y válido para evaluar la función sexual en mujeres heterosexuales, sexualmente activas, con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia (23, 24) (urinaria o fecal), que consta de 12 preguntas seleccionadas de su versión original, divididos en tres dominios: (a) respuesta sexual (5 ítems 1-4, 12; rango 0 a 20), (b) limitaciones sexuales femeninas (5 ítems 5-9; rango 0 a 20) y (c) limitaciones sexuales masculinas (2 ítems 10-11; rango 0 a 8). El cálculo de la puntuación del cuestionario PISQ-12, se realiza mediante la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem, valorado mediante una escala Likert de 5 puntos, que varía entre nunca y siempre; donde cero (0) equivale a siempre y cuatro a nunca; invirtiéndose esta puntuación para los ítems que miden los comportamientos y emociones

durante la repuesta sexual (ítems 1-4). El rango de puntaje de este instrumento es de 0 a 48 puntos y se considera para todos los ítems las alternativas 0 y 1 como falla en la respuesta sexual, es decir, como una disfunción sexual femenina, siendo a mayor puntaje mejor función sexual (25,26).

La evaluación de los prolapso del piso pélvico se realizó utilizando el Sistema de Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*: POP-Q); un método estandarizado, confiable y descriptivo, que permite medir el soporte de 9 puntos específicos de la vagina en centímetros (27). La evaluación de la incontinencia urinaria se definió como la pérdida involuntaria de orina en cualquier cantidad, de acuerdo con la Sociedad Internacional de Continencia (28), y se utilizó la clasificación de McGuire y colaboradores (29).

Las participantes completaron el cuestionario de evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria (*Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire*: PISQ-12), validado al español luego de salir de la consulta al ser diagnosticadas de prolapso del piso pélvico y/o incontinencia urinaria (Tabla 2).

Los datos recolectados por el formulario fueron llevados a un listado de datos en Microsoft Excel. La estadística descriptiva se expresan en medias, rangos y desviaciones estándar ( $\pm$  DE) para datos continuos, frecuencia absoluta y porcentajes con intervalos de confianza del 95% para datos categóricos; las diferencias fueron evaluadas con Test de Student para la comparación de medias, y el test de la  $\chi^2$  cuadrado de Pearson para comparar variables cualitativas, con un valor significativo para una  $p < 0,05$ .

### 3. RESULTADOS

La media del cuestionario PISQ-12 fue  $38,52 \pm 6,89$ , con un valor máximo de 45 y un valor mínimo de 21. El rango de edad fue de 24 a 93 años, con un promedio de  $57 \pm 5,4$  años. Los grupos por edades corresponden: 18-39 años (18,9 %), 40-59 (31,6 %), 50-69 (24 %) y mayores de 70 (25,3 %). El nivel educativo  $11,4 \pm 4,8$  años. El 45% amas de

casa, 42.06% en unión libre, 38.41 casadas, para un total de 80.47% con pareja sexual estable. Clínicamente, 17106 mujeres (65.99%) refirieron prolapsos del piso pélvico y 8814 (34%) incontinencia urinaria de esfuerzo. De los casos de prolapsos del piso pélvico, 6671 (38.99%) presentaron incontinencia urinaria oculta, y de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, 4704 (53.36%) presentaron algún grado de prolapsos del piso pélvico, que cursaba de forma asintomática.

Según estudio la prevalencia de sintomatología derivada de trastornos del piso pélvico es del 39%, y el prolapso de los órganos pelvianos afecta al 54% de las multíparas ( $\geq$  a 2 partos); la concomitancia de asociación entre prolapso de los órganos pélvicos y la incontinencia urinaria es del 27% en mujeres menores de 50 años, y del 42% en mujeres mayores de 50 años. La prevalencia de incontinencia urinaria en el periodo reproductivo ( $<$  35 años) es del 18%, en el periodo postreproductivo ( $>$  35 años) del 42%; y en mujeres mayores de 70 años es del 57%. La prevalencia de prolapsos genitales en mujeres no hysterectomizadas es del 27.6% y del 44.13% en las mujeres hysterectomizadas. La prevalencia de prolapsos sintomáticos fue de 4.5% en mujeres menores de 50 años y de 8.7% en mujeres mayores de 50 años. La asociación entre prolapso de los órganos pelvianos y la incontinencia fecal de forma concomitante, en mujeres menores de 70 años, fue del 2.85%, mientras que en las mujeres mayores de 70 años fue del 12.87%; y la asociación entre incontinencia urinaria e incontinencia urinaria fue del 5.73%. Los tres síntomas que más se presentaron fueron sensación de presión o protuberancia por vía vaginal, síntomas urinarios y malestar perineal.

Los casos con actividad coital de frecuencia diaria son excepcionales 36 (0.13%). El porcentaje más frecuente es dos veces a la semana en el 10521 (40,59%), seguido por una vez a la semana en el 6087 (23.48%). En general, existe una correlación estadísticamente significativa (4,98 IC 95%: 1,77-5,82);  $p < 0,001$ ; 4,47 IC 95%: 1,65-5,43;  $p < 0,001$ ) entre la severidad del

prolapso y/o la incontinencia y la disminución de la frecuencia coital, independientemente de la edad; aunque se observa una tendencia a la baja a medida que aumenta la edad o progresa la severidad del prolapso o la incontinencia urinaria. En la tabla 3 se presenta la frecuencia de relaciones sexuales.

En este estudio de las 25920 mujeres, 25272 (97,5%) tenían antecedentes de embarazos, con un rango de 1 a 14 embarazos y un promedio de 3,9 embarazos por mujer. Sólo 648 (2,5%) mujeres no tuvieron embarazos; 22161 (87.68%) tuvieron partos vaginales, con un rango de 1 a 6 partos por mujer y un promedio de 2,7 partos. A 3045 (12,04%) se les practicó cesárea, como único modo de obtener el producto de la concepción, y 1218 (4.81%) a las que se le practicaron cesáreas previas, además tuvieron otros partos vaginales en otro momento de la vida; se presentaron 4821 (19.07%) partos distócicos que necesitó el uso de espátulas o fórceps, 8553 (33,84%) tuvo un expulsivo prolongado y a 18807 (72.55%) se le realizó episiotomía rutinaria. Otras 3117 (12.02%) mujeres refirieron episodios transitorios de incontinencia urinaria durante los embarazos y/o en el postparto. A 6783 (26.16%) mujeres les fue practicada hysterectomía abdominal total. El índice de Masa Corporal (IMC) medio resultó de  $25.7 \pm 3.6$ , que corresponde a sobrepeso según la fórmula de Quetelet. Se encontró diferencias significativas entre la edad, el número de embarazos, la realización o no de episiotomía o la vía del parto con respecto a la severidad de la afectación sexual (Tabla 4).

La prevalencia de disfunción sexual fue del 87.42%, siendo mayor en las mujeres con prolapsos que en las que presentaban incontinencia urinaria ( $p < 0.05$ ). Dentro de las causas de la afectación sexual, la mayoría fue por prolapso anterior 16329 (62.99%), seguido por prolapso apical 6225 (24.01%); prolapso posterior 1296 (5%); y se encontró relación entre el grado de prolapso y la severidad de la afectación. Se encontraron diferencias significativas entre el grado de prolapso entre las pacientes que presentaron

mayor afectación sexual (prolapso  $\geq$  grado 2) con respecto a las que presentaron menor afectación (prolapso  $<$  grado 2); 4,89; IC 95%: 3,69-6,27 vs. 3,15; IC 95%: 2,91-3,48, respectivamente), pero esta diferencia se perdió entre los prolapsos grado III y IV.

La presencia de incontinencia urinaria en las pacientes con prolapsos grado I y II, fue un predictor de mayor afectación en la sexualidad en estas pacientes (OR: 1,68; IC 95%: 0,18-2,28); y la presencia de incontinencia urinaria en concomitancia con prolapsos  $\geq$  grado 2 incrementa el riesgo de afectación sexual, OR: 3.48; IC 95%: 2.51-6.27 ( $p < 0.0001$ ).

Se observó un incremento significativamente estadístico en el deterioro de todos los ítems del PISQ-12, de la afectación sexual, desde la presencia del prolapso grado II hasta el grado IV, y de la incontinencia urinaria tipo II hasta la tipo III (OR: 1.47 (IC 95%: 1.32-1.68).

Con respecto al grado de prolapso encontramos que un grado  $<$  2 discriminó mejor las pacientes con menor probabilidad de afectación (sensibilidad: 90%, VPN: 93%), y un valor inicial  $\geq$  grado 2 discriminó las pacientes con mayor probabilidad de afectación (sensibilidad: 72%, especificidad: 78%), AUC-ROC: 0,774.

Los resultados de este estudio demuestran que la medición del grado de prolapso de las pacientes con distopias es de ayuda para predecir la afectación de la sexualidad; un punto de corte  $\geq$  grado 2 debe alertar al médico sobre el riesgo de afectación. Los resultados otorgan mayor importancia al grado de prolapso que al prolapso mismo.

Las razones que daban las pacientes para explicar la afectación de su sexualidad debido al prolapso y/o la incontinencia son: dificultad para mantener algunas posiciones, dispareunia, laxitud vaginal, preocupación por la opinión de la pareja debido al bulto vaginal, se consideran menos atractivas sexualmente, se sienten menos femeninas y por la sensación de obstrucción durante la penetración.

#### 4. CONCLUSIONES

En conclusión, encontramos que en las pacientes con prolapsos y/o incontinencia

urinaria, el mayor grado de prolapso o de incontinencia, es predictor de mayor afectación de la sexualidad, y un parámetro útil para identificar aquellas pacientes en riesgo de afectación sexual. La mayor cantidad de mujeres que padece un prolapso genital más severo, está asociada a incontinencia urinaria, y en algún grado esto genera afectación de su sexualidad.

#### REFERENCIAS

1. Carey MP, Dweyer PL. Genital prolapse: vaginal versus abdominal route of repair. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13:499-505.
2. Bradley CS, Kennedy CM, Nygaard IE. Pelvic floor symptoms and lifestyle factors in older women. *J Womens Health (Larchmet)*, 2005; 14:128-36.
3. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997;89:501-506.
4. Danforth K. Risk factors for urinary incontinence among middle aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 339-45.
5. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, et al. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 2004;93:324-330.
6. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *J. Am Med Assoc*. 2008; 300 (11): 1311 – 6
7. Laycock J, Whelan M, Dumoulin C. Patient assessment. Chapter 7. In: Haslam J, Laycock J (ed.). *Therapeutic management of incontinence and pelvic pain*. 2nd Ed. London: Springer-Verlag; 2008, p. 62
8. Roberts RO, Jacobsen SJ, Reilly WT, Pemberton JH, Lieber MM, Talley NJ. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Jul; 47(7):837-41.
9. Swift, S., 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: p. 795-806.
10. Bradley C, Zimmerman M, Wang Q, et al. Vaginal descent and pelvic floor symptoms in postmenopausal women. A longitudinal study. *Obstet Gynecol* 2008; 111(5): 1148-53.

11. Ellerkmann R, Cundiff G, Melick C, et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 1332-8.
12. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction a conceptual framework for collaborative patient center. *J Advanced Nursing*. 2003;43:555-568.
13. 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; 186:1160-6.
14. Palma P, Dambros M, Kobelinsky M. Incontinencia urinaria femenina. Epidemiología en Suramérica. En: Palma P, Dávila H, editores. *Uroginecología*. Caracas, Editado por Confederación Americana de Urología; 2006. p. 13-19.
15. Ozel B, Borchelt AM, Cimino FM, Cremer M. Prevalence and risk factors for pelvic floor symptoms in women in rural El Salvador. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18:1065-1069.
16. Luna J. Epidemiología del prolapso genital. *Rev Col Obstet Ginecol*. 1985;36:307-322.
17. Monteros CA, Llinás QN, Marrugo GD. Prolapso genital en el Hospital Universitario de Cartagena. *Rev Col Obstet Ginecol*. 1996;47:231-235.
18. Jha S, Toozs-Hobson P. Prolapse and sexual function. *J Assoc Charter Physiother Womens Health* 2009;104:20-26.
19. Nappi R, Salonia A, Traish AM, Van Lunsen RH, Vardi Y, Kodiglu A, et al. Clinical biologic pathophysiologies of women's sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2005;2:4-25.
20. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: A validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004. In press [E.pub: 21 October 2004].
21. Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2008;111:1045-52.
22. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P et al (1996) The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 175:10-17.
23. Espuña M, Puig M, González M, Zardain P, Rebollo 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 Urol Esp* 2008;32(2):211-9.
24. Botros S, Abramov Y, Miller J, Sand P, Gandhi S, Nickolov A, et al. Effect of parity on sexual function. An identical twin study. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):765-70.
25. Flores C, Araya A, Pizarro-Berdichevsky J, Díaz C, Quevedo E, González S. Descripción de la función sexual en mujeres con alteraciones de piso pélvico en un hospital público de Santiago. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012;77(5):331-7.
26. Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualis C. A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:164-8.
27. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P et al (1996) The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 175:10-17.
28. Diokno AC, Brock BM, Brown MB & Herzog AR 1986. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *Journal of Urology* 136(5):1022-5.
29. McGuire EJ, Fitzpatrick CC, Wan J, Bloom D, Sanvordenker J, Ritchey M, et al. Clinical assessment of urethral sphincter function. *J Urol*, 1993; 150:1452-4.

**Tabla 1.**

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
<b>Variables</b>		<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>
Edad, X±DE	57±5,4	2,40	1,29-3,84	0,005
Peso, X±DE	60.6±7.5	2,13	0,63-7,05	NS
Talla, X±DE	1.62±1.5	0,75	0,42-1,29	NS
IMC, X±DE	25.7±3.6	0,27	0,06-0,87	NS
Educación >11 años, X±DE	11.4±4.8	1,32	1,14-3,36	0,03
Paridad, X±DE	2.7±2.1	1,98	1,17-3,46	0,01
Estado civil casadas	38.41%	1,92	1,11-3,54	0,018
Estado civil unión libre	42.06%	1,77	1,02-3,09	0,046
Con pareja sexual estable	80.47%	0,69	0,39-1,26	0,18
Antecedente de histerectomía	26.16%	1,38	0,45-3,42	0,02
Episiotomía	72.55%	1.32	1.47-2.79	0.001
Ama de casa	45%	50,46	42,6-51,7	0,001
Profesionales	42.6%	42,36	34,8-50,7	0,005

**Tabla 2.**

<b>Resultados del Cuestionario PISQ-12</b>		
	<b>Medias</b>	<b>+/-DE</b>
Deseo	2,07	1,14
Clímax	3,06	1,17
Excitación	2,94	1,32
Satisfacción	3,24	1,26
Dolor	3,45	1,44
Incontinencia en el coito	3,66	1,09
Miedo a la incontinencia	3,72	1,02
Evitar las relaciones	3,57	1,05
Reacciones emociones negativas	3,78	0,99
Problemas en la erección	3,39	1,29
Problemas eyaculación precoz	3,51	1,14
Intensidad de los orgasmos	2,16	0,87
Total	38,52	6,89

**Tabla 3.**

<b>Frecuencia de las relaciones sexuales</b>		
	n	%
Diaria	36	0,13%
Por semana		
1	6087	23,48%
2	10521	40,59%
3	3105	11,97%
>3	2247	8,66%
Cada 15 días	1029	3,96%
Una vez al mes	1554	5,99%
Menos de una vez al mes	1341	5,17%

**Tabla 4.**

<b>Afectación de la sexualidad</b>			
Variable	Afectación leve	Afectación moderada	Afectación severa
Edad	24,6 (IC 95%: 20,4-25,8)	26,7 (IC 95%: 22,05-27,9)	27,3 (IC 95%: 20,7-29,4)
Número de embarazos	1,56 (IC 95%: 1,17-1,89)	1,98 (IC 95%: 1,38-2,52)	2,37 (IC 95%: 1,35-3,36)
Tipo de parto			
Parto espontáneo	<1 (58,59%)	1 - 3 (48,42%)	>3 (58,83%)
Parto instrumentado	<1 (6,75%)	1 - 3 (9,78%)	>3 (5,82%)
Cesárea	<1 (32,34%)	1 - 3 (41,94%)	>3 (41,28%)
Episiotomía	<1 (57,15%)	1 - 3 (68,97%)	>3 (88,86%)