

Eficacia del reparo de la procidencia genital completa en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas quirúrgicamente

FRANKLIN JOSÉ ESPITIA DE LA HOZ*, LILIAN OROZCO SANTIAGO**, HOOVER OROZCO GALLEGO***

Resumen

Objetivo: Evaluar la eficacia del reparo de la procidencia genital completa en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas quirúrgicamente.

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio clínico prospectivo y abierto. No se calculó tamaño de muestra ni tipo de muestreo, ya que se incluyeron todos los casos diagnosticados como procidencia genital completa. El estudio fue enmascarado para los profesionales que evaluaron la respuesta del procedimiento, así como los desenlaces. Se evaluó la actividad sexual antes y después de la cirugía con el cuestionario PISQ-12. La muestra fueron 27 mujeres que asistieron a la consulta externa, en la clínica La Sagrada Familia de Armenia. El estudio se hizo entre enero de 2013 y diciembre del 2016.

Resultados: La edad promedio fue de $71,4 \pm 5,4$ años. Según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PISQ-12, la prevalencia de trastornos sexuales en este grupo de mujeres, antes de la cirugía, fue del 92,59% y del 14,81%, después de esta, observándose una mejoría de la función sexual en un 77,78%. El tiempo promedio para lograr mayores puntuaciones en el PISQ-12 fue de 12 meses de seguimiento. Las posmenopáusicas tempranas mostraron mayor puntuación en el PISQ-12 luego de la cirugía.

Conclusiones: El reparo de la procidencia genital completa ayuda a la recuperación de la sexualidad en las mujeres operadas; a mejor satisfacción de la corrección, mayor retorno a la actividad sexual.

Palabras clave: Calidad de vida; cirugía; diafragma pélvico; prolapso uterino; sexualidad.

Abstract

Objective: To evaluate the efficacy of the repair of the complete genital procident in the recovery of the sexuality of the women surgically treated.

Materials and methods: A prospective and open clinical study was designed. No sample size or type of sampling was calculated since all cases diagnosed as complete genital procidence were included. The study

* Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista Sexología Clínica, Uroginecología, Máster en Sexología: Educación y asesoramiento sexual. Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia. Correo electrónico:espitiafranklin@hotmail.com

** Médico Residente de Medicina Interna, Universidad El Bosque/Fundación Santa Fe de Bogotá.

*** Licenciatura en Física y Matemáticas, Universidad Tecnológica de Pereira (UTP). Maestría en Física, Universidad Tecnológica de Pereira (UTP).

was masked for the professionals who evaluated the response of the procedure, as well as the outcomes. Sexual activity was assessed before and after surgery with the PISQ-12 questionnaire. The sample consisted of 27 women who attended the outpatient clinic at the La Sagrada Familia in Armenia. The study was conducted between January 2013 and December 2016.

Results: The average age was 71.4 ± 5.4 years. According to the scores obtained in the PISQ-12 questionnaire, the prevalence of sexual disorders, in this group of women, before surgery was 92.59% and 14.81% later, with an improvement of sexual function in 77.78%. The average time to achieve higher scores in ICSP-12 was achieved at 12 months of follow-up. The postmenopausal women showed higher scores in the ICSQ-12 after surgery.

Conclusions: The repair of the complete genital procidence helps the recovery of sexuality in the operated women; to better satisfaction of correction greater return to sexual activity.

Keywords: Quality of Life; Surgery; Pelvic Diaphragm; Uterine Prolapse Sexuality.

Introducción

La prevalencia del prolapso de órganos pélvicos sintomáticos es difícil de estimar, tanto por la falta de métodos estandarizados para evaluarlo, como por la falta de datos sobre la proporción de mujeres con prolapso genital que no buscan ayuda médica¹. En un estudio colombiano se ha estimado que la prevalencia del prolapso genital en mujeres es: 57,7% (grado I), 24,6% (grado II), 14,3% (grado III) y 3,3% (grado IV); donde el 57% fue sintomático y el 43% asintomático². El prolapso de órganos pélvicos es una condición dinámica, en la cual alrededor de dos tercios de las mujeres con la alteración tienen prolapso genital de más de un compartimento³.

La mayoría de las mujeres con prolapso de órganos pélvicos progresan a una forma más severa, que puede perjudicarles la calidad de vida. Por lo tanto, muchas necesitarán cirugía en el momento de buscar ayuda⁴, ya que el tratamiento quirúrgico sigue siendo la opción terapéutica de elección más utilizada. Este tratamiento pretende mejorar los síntomas, restaurar la anatomía del piso pélvico, permitir una actividad sexual normal y mejorar la calidad de vida de la paciente⁵.

El desarrollo más importante en la última década, en la cirugía de prolapso de los órganos pélvicos, es la determinación de que el apoyo apical es la clave para una reparación exitosa⁶; no en vano, son muchos los estudios que han demostrado como el ápex desciende, con el

compartimiento anterior, por lo que la corrección de la pared anterior sin abordar el ápex aumenta el riesgo de prolapso recurrente^{7,8}.

El propósito de este estudio ha sido evaluar la eficacia del reparo de la procidencia genital completa en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas.

Metodología

Se diseñó un estudio clínico prospectivo y abierto para evaluar la eficacia del reparo del prolapso genital severo (procidencia genital completa/estadio IV) en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas. No se calculó tamaño de muestra ni tipo de muestreo, ya que se incluyeron todos los casos diagnosticados como procidencia genital completa. El estudio fue enmascarado para los profesionales que evaluaron la respuesta del procedimiento, así como los desenlaces.

El estudio se hizo entre el 01 de enero de 2013 y el 31 de diciembre del 2016, en el Servicio de Uroginecología de la Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia, Suramérica. Se reclutaron mujeres con edades comprendidas entre 45 y 87 años, diagnosticadas con procidencia genital completa (prolapso genital estadio IV), de acuerdo con la clasificación y cuantificación del sistema POP-Q^{9,10}, a las que se les indicó manejo quirúrgico.

Las pacientes se fueron reclutando de forma consecutiva a medida que se diagnosticaban y

se les indicaba el manejo quirúrgico. Un total de 33 mujeres fueron tenidas en cuenta para la investigación.

Los criterios de inclusión comprendieron: mujeres que consultaron por prolapso genital severo, mujeres de más de 45 años, sexualmente activas o practicantes de la masturbación y ausencia de enfermedades psiquiátricas incapacitantes. Entre los criterios de exclusión estuvieron: mujeres con antecedentes quirúrgicos de cirugía antiincontinencia o de piso pélvico, mujeres con contraindicaciones para la cirugía o con sangrado vaginal no diagnosticado y las que no desearon participar en el estudio.

Procedimiento

En la consulta inicial, se les diligenció a todas las pacientes una historia clínica completa. Se les hacía una exploración física general y ginecológica dirigida a la evaluación y clasificación del prolapso; se les solicitaba una ecografía de abdomen total para evaluar hidronefrosis u otras alteraciones relacionadas con el prolapso; al final se les suministraba el cuestionario PISQ-12 –cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia, de la versión española del «*Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-12)»^{11,12}.

El PISQ-12 es un cuestionario autoadministrado, fiable, válido y específico para valorar la función sexual en mujeres con prolapso genital e incontinencia urinaria¹², el cual consta de 12 preguntas, divididas en tres dominios: a) respuesta sexual (ítems 1-4,12), b) limitaciones sexuales femeninas (ítems 5-9) y c) limitaciones sexuales masculinas (ítems 10-11). El cálculo de la puntuación del PISQ-12 se realiza a través de la sumatoria de la puntuación de cada ítem, valorado mediante una escala tipo Lickert: el cero (0) equivale a «Siempre» y el cuatro (4) a «Nunca»; invirtiéndose la puntuación para los ítems que valoran los comportamientos y emociones durante la repuesta sexual (ítems 1-4). El puntaje del cuestionario varía en un rango de 0 a 48 puntos; a su vez, se consideran para todos los ítems las alternativas 0 y 1 como falla en la respuesta sexual, es decir, es el reflejo de la presencia de algún tipo de trastorno sexual

femenino, donde a mayor puntaje mejor función sexual¹¹⁻¹³.

A las mujeres se les autorizaba iniciar la vida sexual con penetración pasadas seis semanas de la cirugía, la cual estaba precedida de asesoría en educación y orientación sexual, así como de recomendaciones para el reinicio coital. A todas se les prescribió un lubricante a base de agua, además de recibir terapia con medio gramo de estriol una vez a la semana, a partir de las dos semanas del posoperatorio.

Se evaluaron diferentes variables preoperatorias: sociodemográficas, como edad, raza, escolaridad, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, convivencia, condición espiritual y área de residencia (tabla 1); variables clínicas como índice de masa corporal (IMC), número de partos, vía del parto, edad de inicio de la actividad sexual, edad de la menopausia y años de evolución de esta, calidad de vida alterada por el prolapso e incontinencia urinaria concomitante, tabaquismo, ingesta de alcohol y uso de terapia hormonal de reemplazo; variables de salud sexual como edad de inicio de la vida sexual, recurrencia a la masturbación, coito (vaginal o anal), frecuencia promedio de relaciones sexuales mensuales, pareja con disfunción sexual; además, se indagó por la aparición de complicaciones.

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica incluyó el reparo del prolapso con la preservación del útero (utilizando malla de polipropileno, monofilamento y macroporo, con fijación al ligamento sacroespinoso vía vaginal), ya que se ha demostrado que abordando el prolapso útero-vaginal se pueden tener ventajas adicionales, como la disminución de la morbilidad operatoria y la estancia hospitalaria, en comparación con la realización de la histerectomía¹⁴. Además se observan menores tasas de erosión de la prótesis en los procedimientos que implican uso de malla sintética¹⁵. Las cirugías se realizaron con anestesia regional, y la profilaxis antibiótica se hizo con cefazolina, 2 gramos I. V. 30 minutos antes de la cirugía, excepto si eran alérgicas, en cuyo caso se les suministró ciprofloxacina 200 mg. El mismo especialista del servicio realizó

Tabla 1. Características sociodemográficas y otras variables.

Pacientes	n=27
Pacientes	n=27
Edad (años)	71,4±5,4
Paridad (hijos)	3,75±1,08
Partos vaginales (%)	78
Cesáreas (%)	22
Peso del recién nacido de mayor peso (gramos)	3,759±498
Edad de la menopausia (años)	46,5±5,7
Peso (kg)	68,7±5,4
Talla (m)	1,56±0,09
IMC	28,5±2,7
Estreñimiento (%)	24
Religión católica (%)	58,8
Casadas (%)	61,5
Estrato alto (%)	27,9
Analfabetismo (%)	7
Amas de casa (%)	72
Procedencia urbana (%)	82,5
Tabaquismo (%)	6,6
Alcoholismo (%)	29,6
Edad de la menarquia (años)	11,7±1,5
Inicio de la vida sexual (años)	16,8±1,5
Edad de la menopausia (años)	49,2±5,4
Terapia de reemplazo hormonal (años)	4,47±1,8

las intervenciones, el cual previamente se había entrenado en el procedimiento. A todas las pacientes se les intervino siendo asistidas por anestesia raquídea.

Una vez se les realizaba la cirugía, se revisó a todas las mujeres a la semana, para evaluar la presencia de eventuales complicaciones posoperatorias; se les hacía seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año. Las pacientes respondían nuevamente el cuestionario en el control del sexto mes.

A los 6 meses y al año de la cirugía, se les preguntaba directamente si estaban satisfechas con el resultado de la cirugía (*Si/No*). La identificación de recidivas del prolapso se evaluó a través de la exploración vaginal y se evaluaba simultáneamente la presencia de extrusión de la malla. Se consideró corrección no satisfactoria del prolapso genital (fracaso), al año, si se

observaba prolapso genital mayor al grado II, ante la presencia de extrusión de la malla o si la paciente no estaba satisfecha por la aparición de una recidiva sintomática del prolapso.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se describieron mediante de frecuencias y las variables cuantitativas a través de medias y desviaciones estándar o medianas. En el análisis de las variables categóricas se utilizó una comparación de frecuencias por medio de una prueba de χ^2 . Se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 17.

Resultados

En el periodo de estudio, 2.307 mujeres se diagnosticaron con prolapso genital; arrojando una prevalencia del 46,92% para el prolapso

anterior, 23,79% para el prolapso posterior, 15,08% para el prolapso conjugado anterior y posterior, y 14,17% para el prolapso apical; de estas, 72 mujeres (3,12% del total) presentaron prolapso severo (estadio grado IV) o procidencia genital completa, de las cuales 33 fueron tenidas en cuenta para la investigación; sin embargo, seis mujeres se negaron a participar en el estudio, quedando finalmente 27 pacientes incluidas.

En el periodo preoperatorio el 100% de las mujeres participantes de este estudio, se encontraban en etapa IV según el sistema POP-Q (POPQ: C +13,47±3,81, minino +9,72 y máximo +17,94) (tabla 3); siendo el punto de mayor prolapso el apical, seguido del anterior y posterior en 70,37% y 29,62%, respectivamente.

La edad promedio fue de 71,4±5,4 años (rango de 45 a 87 años). El 66,66% se encontraban en la posmenopausia tardía. Se observó una alta proporción de analfabetismo (11,11%), el 25,92% tenían nivel universitario, y el 33,33% vivían solas.

La paridad promedio fue de 3,75±1,08 partos (0-9), con un promedio de 1,17±0,54 partos distócicos, resueltos mediante fórceps o espátulas.

El 48,14% de las mujeres se quejaron de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la cual se confirmó mediante la evaluación clínica en el 85,92% de estas; mientras que la incontinencia fecal se hizo presente en el 14,81% (todas mujeres mayores de 72 años).

En conjunto, el 24,93% de las mujeres entre 70 y 87 años, curiosamente, presentaban procidencia genital e incontinencia urinaria en simultánea, muy por debajo del promedio para el grupo de estudio (48,14%). La prevalencia de la concomitancia de ambas patologías es más del doble en mujeres hispanicas respecto a las afrocolombianas ($p<0,0001$), y aumenta claramente con la edad.

En ninguna de las pacientes se realizó histerectomía, pero se asoció cirugía antiincontinencia urinaria en 7 casos (en aquellas mujeres con un test de esfuerzo positivo en la exploración física preoperatoria); y aunque a pesar de que el 48,14% se quejó de incontinencia urina-

ria de esfuerzo, esta no se demostró en la exploración física preoperatoria.

En el tiempo de seguimiento no se detectó ningún caso de extrusión, fistulas ni recidiva sintomática del prolapso más allá del grado II, siendo más frecuente la aparición de recidivas del prolapso en el compartimento anterior (18,51%), después de 15 meses de seguimiento.

La procidencia genital completa fue notablemente más común en las mujeres hispanicas que en las afrocolombianas. La prevalencia aumentó con la edad, alcanzando el mayor valor en el grupo de 60 a 74 años.

La prevalencia de prolapso anterior y apical fue superior en las mujeres posmenopáusicas tardías frente a las posmenopáusicas tempranas ($p=0,01$ y $p=0,003$, respectivamente).

La prevalencia de desgarró perineal fue del 32,7%, más frecuente en las mujeres con más de 3 partos vaginales y antecedente de parto atendido en el domicilio.

Se observó una prevalencia de hidronefrosis del 18,51% —en el estudio ecográfico de abdomen total solicitado en el prequirúrgico—, sin ningún grado de severidad.

En relación con el PISQ-12, la «respuesta sexual» se evaluó a través de los ítems: deseo (ítem 1), clímax (ítem 2), excitación (ítem 3), satisfacción (ítem 4) e intensidad del orgasmo (ítem 12) (tabla 2). En la valoración inicial, la puntuación total del dominio (6,09±3,75) mostró un valor bajo en comparación con el máximo²⁰; a su vez, cada ítem mostró una puntuación baja (inferior a 2), reflejando una clara afectación de la función sexual de estas mujeres.

Las «limitaciones sexuales femeninas» se evaluaron mediante los ítems: dispareunia (ítem 5), incontinencia urinaria (ítem 6), incontinencia anal (ítem 7), prolapso genital (ítem 8) y emociones negativas (ítem 9). La valoración inicial arrojó una baja puntuación total (4,23±3,26) del dominio, en comparación con el máximo²⁰; a su vez, cada ítem mostró una puntuación baja (inferior a 2), reflejando la afectación de la función sexual de las pacientes (tabla 2).

Las «limitaciones sexuales masculinas» se evaluaron mediante los ítems: disfunción erétil

Tabla 2. Puntuación del PISQ-12 antes y después de la cirugía.

PISQ-12	Pre quirúrgicas	Postquirúrgicas	p
Respuesta sexual			
Deseo	1,17±0,66	3,05±0,84	0,0001
Clímax	1,38±0,75	3,18±0,78	0,0001
Excitación	1,44±0,72	3,27±0,90	0,0001
Satisfacción	1,08±0,78	3,36±0,93	0,0001
Intensidad del orgasmo	1,02±0,84	2,64±0,72	0,0001
Total dominio	6,09±3,75	15,5±4,17	0,0001
Limitaciones sexuales femeninas			
Dispareunia	0,84±0,57	2,91±0,78	0,0001
Incontinencia urinaria	0,72±0,60	3,78±0,51	0,0001
Incontinencia anal	0,66±0,51	3,96±0,42	0,0001
Prolapso genital	0,96±0,78	3,87±0,36	0,0001
Emociones negativas	1,05±0,80	3,18±0,84	0,0001
Total dominio	4,23±3,26	17,7±2,91	0,0001
Limitaciones sexuales masculinas			
Disfunción eréctil	1,14±1,05	1,77±1,26	0,0001
Eyacuación precoz	1,89±1,26	2,37±1,56	0,0001
Total dominio	3,03±2,31	4,14±2,82	0,0001
Total global	13,35±9,32	37,34±9,9	0,0001

Tabla 3. Promedios del POP-Q en mujeres sometidas a reparo del prolapso.

	Preoperatorio	Postoperatorio	p
Aa	+3,15±1,29	-2,73±1,56	<0,001
Ba	+8,52±1,53	-2,49±2,13	<0,001
C	+13,47±3,81	-6,27±2,79	<0,001
gh	4,83±1,86	3,63±2,16	<0,001
pb	1,89±0,96	3,18±1,53	<0,001
lvt	8,73±2,13	7,23±1,86	<0,002
Ap	+3,12±1,89	-2,46±1,29	<0,001
Bp	+7,53±2,76	-4,23±1,56	<0,001
D	+3,93±1,56	-5,19±2,73	<0,001

(ítem10) y eyacuación precoz (ítem 11). La valoración inicial mostró una baja puntuación total (3,03±2,31) del dominio, en comparación con el máximo⁸; a su vez, cada ítem mostró una puntuación baja (inferior a 2), reflejando trastornos sexuales en las parejas de estas mujeres (tabla 2).

Las dispareunia aumentó su prevalencia entre mujeres con partos eutócicos (32,75) respecto a las que tuvieron parto instrumentado (57,9%) ($p<0,001$).

El 84,9% de las mujeres no tenían ningún tipo de actividad sexual más de una vez al mes, antes de la intervención. El 57,9% de las menores

de 50 años mantenían actividad sexual coital 2 a 3 veces al mes, frente a un 34,8% de las mayores de 50 años ($p<0,0001$); además se observó que las posmenopáusicas tempranas, usuarias de lubricante, presentaron mayor actividad sexual coital, 2-4 veces al mes vs. 1-2 veces al mes ($p=0,01$). La edad de las pacientes mostró correlación de forma directa con el número de encuentros coitales, de manera que estos tendían a ser más frecuentes en las mujeres más jóvenes ($p<0,0001$).

El 71,4% de las pacientes menores de 70 años, que usaban estrógenos locales vaginales, mantenían mayor disposición para la actividad sexual coital frente a un 40,5% de las que no usaban estrógenos locales vaginales ($p<0,0001$).

El grupo de edad que mayor número de encuentros sexuales coitales informó fue el de 45-49 años, con $2,4\pm 1,2$ encuentros al mes; disminuyendo de forma progresiva hasta $1,5\pm 0,9$ en mayores de 65 años ($p<0,0001$). A su vez, los encuentros sexuales coitales fueron significativamente mayores en las mujeres con prolapso sin incontinencia urinaria concomitante, respecto a las que presentaban prolapso con incontinencia urinaria ($p=0,003$).

El porcentaje de mujeres con actividad sexual conservada fue mayor en las casadas o en las que convivían en unión libre (60,3%), seguidas de las divorciadas (51,9%) y al final por las viudas (26,4%) ($p=0,018$) practicantes de la masturbación.

Se observó una significativa asociación entre la procidencia genital y los trastornos sexuales, los cuales eran mayores cuando la incontinencia urinaria estaba presente; además, la episiotomía mostró una estrecha relación con la aparición de la dispareunia. Se hizo notoria la significativa asociación entre dos o más cesáreas y la presencia de dispareunia, lo cual estaba ligado a la presencia de emociones sexuales negativas.

Se encontró asociación entre las limitaciones sexuales masculinas y el bajo deseo sexual de las mujeres, así como mayor alteración con el orgasmo.

Según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PISQ-12, la prevalencia de trastornos

sexuales, en este grupo de mujeres, fue del 92,59%. No tenían actividad sexual coital el 85,2% de las mujeres, cuyas parejas presentaban limitaciones sexuales severas, el 64,8% con limitaciones moderadas y el 53,7% de los que padecían limitaciones leves ($p=0,0042$).

Se observó una mayor frecuencia coital y satisfacción en los encuentros íntimos seis meses después de la cirugía, con diferencias estadísticamente significativas entre el antes y el después de la intervención ($p>0,003$); a pesar de no tener actividad sexual con una nueva pareja.

El PISQ-12 en mujeres con antecedente de dispareunia, asociada a prolapso genital severo, tuvo una puntuación menor que en las no expuestas ($p=0,0012$), con una frecuencia coital significativamente más reducida ($p<0,0001$).

En relación con las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PISQ-12, se observó una mejoría de la función sexual de estas mujeres en un 77,78%.

El tiempo promedio para lograr mayores puntuaciones en el PISQ-12 se logró a los 12 meses de seguimiento, con diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones antes de la cirugía y después de la intervención quirúrgica, en los diferentes dominios que lo conforman ($p<0,005$); siendo mayor en las menores de 55 años respecto de las mayores ($p<0,001$).

Si se comparan las posmenopáusicas tempranas con las tardías, se observa que mostraron mayor puntuación en el PISQ-12 después de la cirugía; además presentaron reducción de la dispareunia 24,9 vs. 26,4 ($p=0,01$) y una probabilidad inferior al 45% de presentar recidiva del prolapso e incontinencia urinaria. Al observar de forma aislada el incremento en la actividad coital, se presentan diferencias significativas ($p<0,045$).

Después de la intervención quirúrgica el porcentaje de mujeres que decidieron no volver a tener ningún tipo de actividad sexual fue del 14,81%.

En relación con los aspectos técnicos de la cirugía reconstructiva del piso pélvico, se destaca que se produjo una lesión vesical

intraoperatoria, la cual fue reparada en el mismo momento, sin ninguna repercusión en la intervención quirúrgica, por lo cual no se excluyó del estudio, y a la que se le dejó la sonda permanente durante dos semanas. No ocurrió ninguna lesión uretral, rectal o ureteral ni de vasos sanguíneos importantes.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 87 ± 21 minutos. La estancia promedio posoperatoria fue de $1,5 \pm 0,9$ días. La sonda vesical fue retirada a las 12 horas de la cirugía. La reparación de los tres compartimentos se realizó en el 100% de las pacientes.

En las complicaciones se destacan 3 casos de retención urinaria que requirieron sondaje vesical a domicilio durante 6 días, para su resolución, y 4 hematomas en la zona de fijación de la malla (uno derecho y 3 izquierdos, todos manejados de forma conservadora), lo cual no afectó el desempeño coital de estas mujeres, pues se comportaron de manera similar al resto.

La urgencia miccional de novo se detectó en 3 de las 7 mujeres que fueron operadas por incontinencia, las cuales a su vez presentaban mayor atrofia vaginal; ellas fueron tratadas satisfactoriamente con anticolinérgicos orales durante 6 meses en promedio.

A la fecha de finalización de la investigación, no se encontró ninguna mujer con dolor severo en los puntos de inserción de la malla, que obligara a la reintervención por el mismo.

La satisfacción general con el resultado de la cirugía fue alta, a los doce meses, logrando el 81,48% ($n=22$) y el 74,07% ($n=20$) a los 24 meses. En el 7,4% ($n=2$) se produjo, después de doce meses, recidiva sintomática del prolapso, y en el 14,81% ($n=4$), después de seis meses, se presentó extrusión de la malla que se manejó con estrógenos locales de baja potencia, sin necesidad de ser excluida del estudio debido a la adecuada resolución. En una paciente la corrección del prolapso no fue satisfactoria, definiéndose como fracaso.

Discusión

El prolapso de órganos pélvicos es un problema frecuente en las mujeres, cuya prevalencia oscila entre el 5 y el 10%^{4,16}, cifras que

fueron superadas en esta investigación (14,17% población global); siendo más común en mujeres hispanicas e indígenas, y menos común en mujeres afroamericanas.

En este estudio la prevalencia de hidronefrosis prequirúrgica fue del 18,51%, porcentaje superior a lo descrito por la literatura revisada^{2,17}.

Se observó que el 62,7 % de las mujeres se ubicaban en rango de sobrepeso, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar prolapso genital, tal como lo describen otros autores¹⁸, relacionándose con baja actividad sexual en este estudio, debido a que mostraron mayor severidad del prolapso genital.

El 91,4% de las mujeres, con respecto al POPQ prequirúrgico, presentaron acortamiento vaginal mayor a 1 cm con un rango entre 1 y 3 cm, lo que muestra concordancia con lo reportado por otros autores¹⁹, sin ninguna repercusión para la práctica sexual coital en esta población de mujeres.

La incontinencia urinaria de esfuerzo de novo se presentó en una sola mujer (3,7%), lo cual es inferior a lo reportado²⁰, pero con repercusión francamente negativa para la disposición al coito.

Se observó que la presencia de prolapso genital asociado a incontinencia urinaria, en las pacientes mayores de 70 años, era más alta que en las de menos de 70 años, mostrando mayor afectación del desempeño y disponibilidad sexual.

El 84,9% de las pacientes presentaban algún tipo de alteración o trastorno con la actividad sexual antes de la intervención, porcentaje significativamente alto con respecto a otras publicaciones^{2,4}, siendo de 14.81% después de la cirugía en este estudio.

El riesgo de las pacientes, cuyas parejas tenían limitaciones sexuales con un dominio donde la puntuación fue inferior a 3 en el PISQ-12, presentaron más trastornos sexuales que en las pacientes cuyas parejas tenían una puntuación mayor a 3 ($p=0,0012$).

El diagnóstico de incontinencia fecal se asoció de forma significativa con el desarrollo de más trastornos sexuales ($p=0,003$), presentando mayores repercusiones negativas en la práctica del coito y de la receptividad sexual.

El antecedente de parto instrumentado evidenció un incremento en la frecuencia en aquellas mujeres que desarrollaron dispareunia (42% vs. 15%, $p=0,0018$).

La presencia de emociones negativas fue más frecuente en las pacientes con prolapso genital e incontinencia urinaria concomitante, en relación con las que solo presentaban prolapso (54% vs. 24% y 27% vs. 12% respectivamente), y mucho más frecuente en las que asociaron incontinencia fecal; estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

Se observó que la presencia de prolapso apical del tipo estadio IV, cuando se acompaña de incontinencia urinaria, se asocia con puntuaciones más bajas en el PISQ-12.

Las pacientes con mayor puntuación del PISQ-12 antes de la cirugía tuvieron mejor puntaje después de la intervención ($p<0,0001$), lo cual sugiere la asociación de los trastornos sexuales con otros factores diferentes al prolapso genital.

El puntaje del PISQ-12 prequirúrgico fue significativamente menor que el obtenido a los 3 meses, a los 6 meses y a los doce meses ($p<0,001$) de la cirugía, en todos los casos.

A los seis meses de la cirugía, la diferencia de la respuesta sexual entre las mujeres durante el preoperatorio y durante el posoperatorio resultó significativa, tanto en el deseo ($p<0,005$), como en el orgasmo ($p<0,005$) y la excitación ($p<0,001$), manteniéndose en el tiempo.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las limitaciones sexuales femeninas, en el preoperatorio y el posoperatorio, un año después de la intervención, con una disminución global de todos los ítems de dicho dominio ($p<0,001$).

Las mujeres residentes en área urbana mantenían actividad sexual coital con mayor frecuencia que las residentes en áreas rurales, independientemente del grado del prolapso.

La práctica sexual menos realizada después de la cirugía fue el coito anal, y la de mayor frecuencia fue el coito vaginal seguida del sexo oral, considerándose a la masturbación como una práctica poco motivacional. La frecuencia

coital se situó entre 1 y 3 veces por semana, en el grupo de mujeres de 45 a 49 años.

El porcentaje de mujeres que incrementó su actividad sexual coital de 1 a 3 veces al mes, a 3 a 6 veces, aumentó en un 49,2% en las menores de 50 años, mientras que en las de más de 50 años el porcentaje se incrementó a un 17,4% ($p<0,05$), luego de pasados seis meses de la intervención.

La estabilidad y el nivel de acompañamiento con la pareja, el interés por la sexualidad, el equilibrio emocional y el sentirse útil son factores fundamentales en el mantenimiento de una actividad sexual coital frecuente en mujeres con prolapso genital, tal como se observó en esta investigación.

El 75,9% de las mujeres con prolapso genital asociado a IUE no mantenían ningún tipo de actividad sexual coital con respecto al 48,6% de las que no presentaban IUE, lo cual demuestra el efecto negativo de la IUE en la actividad sexual. Esto es concordante con lo publicado por otros autores²¹.

En este estudio se ha podido demostrar que el uso de materiales sintéticos, del tipo mallas de polipropileno, proporciona un adecuado soporte, minimizando las tasas de falla y reintervenciones²², sin mostrar ninguna influencia negativa en la sexualidad de estas mujeres; pero sería conveniente involucrar el estudio en los compañeros sexuales para evaluar dicha influencia en ellos.

La dispareunia de novo se encontró en el 7,4% de las mujeres, posterior a la cirugía. Este porcentaje es inferior a lo reportado por otros autores²³; arroja bajas puntuaciones en el seguimiento del PISQ-12.

En resumen, de acuerdo con los resultados de esta investigación, la sexualidad de las mujeres con procidencia genital completa muestra mejoría luego del reparo quirúrgico, pues se observa una mayor puntuación global en el PISQ-12 (37,3; IC 95%: 35,7-38,4), que coincide con la mejor autopercepción de la respuesta sexual.

Conclusión

La población de mujeres intervenidas quirúrgicamente por procidencia genital o pro-

lapso estadio IV muestra mejoría en la sexualidad después de la intervención. Se requieren estudios de muestras más representativas con prolapsos de diversos estadios para establecer el porcentaje global de alteración de la sexualidad en la población femenina secundario a esta común afección.

Limitaciones

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentra que se trata de un estudio prospectivo y abierto; por lo tanto, no podemos disponer de una muestra representativa de la patología relacionada con las dificultades sexuales, ya que muchas mujeres no consultan por vergüenza.

Agradecimientos

A las mujeres que accedieron participar en este estudio, y a los maestros en epidemiología, por su colaboración en el análisis y diseño final de este trabajo. A mi hija Claudia, por estar siempre motivando y apoyando mis proyectos.

Financiamiento

Estudio financiado a través de los recursos propios del autor.

Bibliografía

- Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013; 24:1783-90. doi: 10.1007/s00192-013-2169-9.
- Espitia-De La Hoz FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Urol Colomb*. 2015; 24:12-8. doi: 10.1016/j.uroco.2015.03.003
- Summers A, Winkel LA, Hussain HK, DeLancey JO. The relationship between anterior and apical compartment support. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194:1438-43. doi: 10.1016/j.ajog.2006.01.057
- Espitia De La Hoz, FJ. Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. *Revista de Sexología*. 2015; 4(2):11-8.
- Kleeman S, Karram M. Prolapso de la cúpula vaginal. En: Rock JA, Jones III HW (eds.). *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. 10ª ed. Argentina: Editorial Panamericana, 2010; 911-35.
- Jeffery ST, Brouard K. High risk of complications with a single incision pelvic floor repair kit: results of a retrospective case series. *Int Urogynecol J*. 2014; 25:109-6. doi: 10.1007/s00192-013-2156-1.
- Rooney K, Kenton K, Mueller ER, FitzGerald MP, Brubaker L. Advanced anterior vaginal wall prolapse is highly correlated with apical prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195:1837-40. doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.065
- Chen L, Ashton-Miller JA, Hsu Y, DeLancey JO. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol* 2006; 108:324-32. doi: 10.1097/01.AOG.0000227786.69257.a8
- Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 175:10-7.
- Espitia FJ. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. *MÉD UIS*. 2015; 28(3):309-15. doi: 10.18273/revmed.v28n3-2015005
- Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003; 14(3):164-8.
- Espuña Pons M, Clota PM, Aguilón GM, Zardain PC, Alvarez RP. 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; 32:211-9.
- 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.
- Constantini E, Mearini L, Bini V, Zucchi A, Mearini E, Porena M. Uterus preservation in surgical correction of uterovaginal prolapse. *Eur Urol*. 2005; 48:642-9.

15. Collinet P, Belot F, Debodinance P, Ha Duc E, Lucot JP, Cosson M. Transvaginal mesh technique for pelvic organ prolapse repair: mesh exposure management and risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17:315-20.
16. McDougal WS, Wein AJ, Kavoussi LF, et al. *Campbell-Walsh Urology 10th edition Review.* Elsevier Health Sciences; 2011.12.
17. Chitale S, Burgess N, Warren R. Renal failure secondary to uterine prolapsed. *British Journal of General Practice.* 2002; 52:661-2.
18. Hui SY, Chan SC, Lam SY, Lau TK, Chung KH. A prospective study on the prevalence of hydronephrosis in women with pelvic organ prolapse and their outcomes after treatment. *Int Urogynecol J.* 2011 Dec; 22(12):1529-34. doi: 10.1007/s00192-011-1504-2.
19. Svabík K, Martan A, Masata J, El-Haddad R, Hubka P, Pavlikova M. Ultrasound appearances after mesh implantation-evidence of mesh contraction or folding? *Int Urogynecol J.* 2011;22(5):529-33. doi: 10.1007/s00192-010-1308-9.
20. Withagen M, Milani A, de Leeuw J, Vierhout M. Development of de novo prolapse in untreated vaginal compartments after prolapse repair with and without mesh: A secondary analysis of a randomised controlled trial. *BJOG.* 2012;119(3):354-60. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03231.
21. Espitia De La Hoz FJ, Orozco Gallego H. Evaluación de la mejoría de la sexualidad en mujeres intervenidas por incontinencia urinaria. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017;63(4):537-46.
22. Deprest J, de Ridder D, Roovers JP, et al. Medium term outcome of laparoscopic sacrocolpopexy with xenografts compared to synthetic grafts. *J Urol.* 2009; 182:2362-8.14. doi: 10.1016/j.juro.2009.07.043
23. Baessler K, Maher C. Mesh augmentation during pelvic floor reconstructive surgery: Risks and benefits. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2006;18(5):560-6. doi: 10.1097/01.gco.0000242961.48114.b0

Los autores refieren no tener conflictos de interés.