

Evaluación de la calidad de vida en mujeres climatéricas con prolapso genital luego del uso del pesario

FRANKLIN JOSÉ ESPITIA DE LA HOZ*, MD

Resumen

Objetivo. Evaluar la efectividad del pesario sobre la calidad de vida y la función sexual en mujeres climatéricas con prolapso genital grado II o mayor.

Material y método. Estudio analítico, observacional, de corte transversal. Se eligieron mujeres en climaterio que asistieron a consulta por prolapso genital, en la Clínica la Sagrada Familia, Armenia, Quindío, entre enero de 2009 y diciembre de 2016. Se les aplicó dos escalas para medir el grado de satisfacción con el uso del pesario: la escala *Menopause Rating Scale*, y el *Índice de Función Sexual Femenina*. Ambos cuestionarios fueron realizados antes de la inserción del pesario y luego de tres meses de uso.

Resultados. La muestra la constituyeron 57 mujeres con prolapso genital de 33.177 que consultaron en ginecología, para un 0,17% de mujeres tratadas con pesario. El 36,84% presentaron prolapso grado II; 47,36%, grado III, y 15,78%, grado IV.

La edad media fue $52,8 \pm 5,4$ años (rango entre 48 y 78 años); la edad media de la menopausia fue $48,3 \pm 4,2$ años (rango entre 45 y 51 años), destacándose la menopausia natural en la mayoría (89%). El mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario pertenece al grupo de edad de más de 65 años (84,21%).

La puntuación media global de la escala *Menopause Rating Scale*, antes de la inserción del pesario fue de $18,8 \pm 4,3$ puntos (rango entre $6,9 \pm 3,3$ y $19,5 \pm 9,6$), y $10,2 \pm 5,4$ puntos (rango entre $2,7 \pm 1,2$ y $7,5 \pm 4,2$) después de tres meses de uso. La puntuación media total del Índice de Función Sexual Femenina, antes de la inserción del pesario, fue $16,3 \pm 8,3$ puntos (rango entre 8,7 y 27,9); después de tres meses de uso del pesario la puntuación media total fue $21,7 \pm 8$ puntos (rango entre 9,9 y 29,7). Los trastornos sexuales más frecuentes fueron disminución del deseo (85,2%), anorgasmia (74,7%) y dolor (65,7%), con una prevalencia global de dificultades sexuales del 81,3%.

Conclusión. El uso de pesarios en mujeres con prolapso genital grado II o mayor es una terapia eficaz en la disminución de los síntomas vaginales con mejoría en la calidad de vida y la sexualidad.

Palabras clave: calidad de vida; climaterio; menopausia; orgasmo; pesarios; sexualidad.

* Ginecología y Obstetricia, Universidad Militar Nueva Granada. Uroginecología/FUCS-Hospital de San José/Unicamp, Brasil. Máster en Sexología: Educación y asesoramiento sexual. Universidad de Alcalá de Henares. Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica la Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia.

Abstract

Objective. To evaluate the effectiveness of the pessary on quality of life and sexual function in climacteric women with genital prolapse grade II or higher.

Material and methods. Analytical, observational, cross-sectional study. Women in climacteric who attended consultation for genital prolapse were elected at the Sagrada Familia Clinic, Armenia, Quindío, between January 2009 and December 2016. Two scales were applied to measure the degree of satisfaction with the use of the pessary: the «Menopause Rating Scale» Scale, and the Female Sexual Function Index. Both questionnaires were carried out, before the insertion of the pessary and after three months of use.

Results. The sample consisted of 57 women with genital prolapse of 33,177 who consulted in gynecology, for a 0.17% of women treated with pessary. 36.84% had prolapse grade II, 47.36% grade III and 15.78% grade IV.

The mean age was 52.8 ± 5.4 years (range between 48 and 78 years); The mean age of the menopause was 48.3 ± 4.2 years (range between 45 and 51 years), with natural menopause standing out in the majority (89%). The highest percentage of women using the pessary belongs to the age group over 65 years old (84.21%).

The overall average score of the «Menopause Rating Scale» before the insertion of the pessary was 18.8 ± 4.3 points (range between 6.9 ± 3.3 and 19.5 ± 9.6), and 10.2 ± 5.4 points (range between 2.7 ± 1.2 and 7.5 ± 4.2) after three months of use. The total mean score of the Feminine Sexual Function Index, before the insertion of the pessary was 16.3 ± 8.3 points (range between 8.7 and 27.9), after three months of use of the pessary the total average score it was 21.7 ± 8 points (range between 9.9 and 29.7). The most frequent sexual disorders were desire decrease (85.2%), anorgasmia (74.7%) and pain (65.7%), with an overall prevalence of sexual difficulties of 81.3%.

Conclusion. The use of pessaries in women with genital prolapse grade II or greater is an effective therapy in the reduction of vaginal symptoms with improvement in quality of life and sexuality.

Keywords: Quality of Life; Climacteric; Menopause; Orgasm; Pessaries; Sexuality.

Introducción

El prolapso de los órganos pélvicos es el descenso de uno o más órganos (útero, vagina, vejiga o intestinos) a través de la pared y orificio vaginal, debido al defecto de los tejidos de soporte^{1,2}; está asociado con incontinencia urinaria de esfuerzo entre el 23,19% y 38%^{2,3}. Se agrava al final del día y mejora cuando la mujer se acuesta, afectando de forma adversa la calidad de vida y la función sexual de las mujeres que lo padecen.

Los prolapsos de los órganos pélvicos pueden ser de la pared anterior, posterior o apical, y se clasifican desde el grado I al IV. Generalmente los prolapsos sintomáticos son los que alcanzan o van más allá del himen (grado ? II),

observándose durante la maniobra de Valsalva². La prevalencia varía entre el 30 y el 40%^{4,5}. Los prolapsos más frecuentes ocurren en el grupo de histerectomizadas (68,38%) en relación con las no histerectomizadas (31,62%); predominan el prolapso grado I (51,82%) y el grado II (30,49%), seguidos del grado III (14,31%) y IV (3,36%); donde menos de la tercera parte de las mujeres presentan prolapso apical (histeroceles) grado IV y más de la mitad prolapso anterior (cistocelos) grado II solo y con prolapso posterior (rectocelos) concomitante, cuya frecuencia aumenta con la edad². Se asocia a tasas anuales de cirugía de 10 a 30 por 10.000 mujeres⁶, de las cuales un 13%³ al 29,2%⁴ requieren una segunda cirugía.

El diagnóstico de los prolapsos de los órganos pélvicos se basa en la combinación de

síntomas y hallazgos al examen físico. Los síntomas típicamente incluyen: ver o sentir un «bulto» vaginal, o la sensación de abultamiento o protrusión vaginal, presión pélvica o pesadez, anormalidad en la micción o defecación y disfunción sexual^{2,7-9}.

El abordaje terapéutico de los prolapsos genitales se constituye en un verdadero desafío, debido a que existen múltiples opciones terapéuticas, incluyendo el manejo expectante, las medidas conservadoras y la cirugía. La selección debe basarse en la magnitud de los síntomas y su impacto en la calidad de vida, las actividades cotidianas y las expectativas de la mujer^{2,7}. El tratamiento médico conservador incluye la expectación, la fisioterapia del piso pélvico y el uso de pesarios^{4,7,10}.

Es notorio el incremento de la longevidad femenina, observándose en la actualidad como una tendencia creciente, lo cual ha llevado a un aumento de los prolapsos de los órganos pélvicos; esto se relaciona con la afectación de la calidad de vida, los lazos familiares, la sexualidad y la autoestima de las mujeres^{2,7,10,11}, sin que la cirugía ofrezca siempre la mejor solución, ya que se ha descrito que las recurrencias, después de la cirugía, son del 22% en la pared anterior, 24% en la posterior y del 30% en la apical¹², cifra incrementada después de la primera cirugía; por lo tanto, es lógico pensar en opciones terapéuticas no quirúrgicas, constituyéndose los pesarios vaginales en la primera alternativa.

Los pesarios vaginales son dispositivos que proporcionan apoyo anatómico al piso pélvico, y pueden ser utilizados de forma temporal o permanente, proporcionando una adecuada solución en las mujeres que no tienen indicación quirúrgica, o si no tienen intención de operarse, en mujeres con problemas quirúrgicos, o en espera de la cirugía reconstructiva —evaluadas por médicos que prefieren los pesarios a la cirugía—, en las jóvenes con interés reproductivo y si existe necesidad para conseguir o continuar un embarazo^{7,13,14}.

El soporte que proporcionan los pesarios recoloca, ubica y fija en su sitio los órganos herniados, liberando de presión y permitiendo

la irrigación sanguínea y la oxigenación de los tejidos pélvicos y vaginales, lo cual favorece su efectividad e inocuidad. Entre las ventajas del uso de los pesarios, en pacientes con prolapso de órganos pélvicos, sobresalen: ayudan a evitar la progresión o empeoramiento del prolapso; disminuyen el impacto sobre el suelo pélvico durante el ejercicio, además de evitar la aparición de la incontinencia urinaria durante la actividad o el esfuerzo deportivo; facilitan la rehabilitación del suelo pélvico; retrasan e incluso evitan la necesidad de cirugía⁷.

Los pesarios están fabricados en plástico o silicona; existe infinidad de formas y tamaños, diseñados de manera específica para tratar los síntomas de los diferentes tipos y grados de prolapso o incontinencia urinaria⁷. Su tamaño es subjetivo; es probable que, en la mujer más joven, el pesario se necesite más grande, mientras que, en la mujer mayor, se necesite un pesario más pequeño; sin embargo, esto dependerá del grado de atrofia, del tamaño del prolapso y de la cavidad vaginal. No suele existir una adaptación adecuada del pesario en aquellas mujeres cuya longitud vaginal es inferior a 6 cm, o si el introito es más amplio al equivalente a 4 dedos u 8 cm^{7,15}.

El pesario debe permanecer inserto en su lugar las horas o días recomendados, y no tiene que interferir con las actividades diarias de la mujer como el baño, la micción o la defecación, e incluso la sexualidad; tampoco debe notarse al permanecer en su lugar. Es importante elegir el más grande que se pueda utilizar, de tal forma que la mujer se sienta cómoda; preferiblemente que le quede bien ajustado sin ser percibido^{7,16}.

Entre las complicaciones del uso del pesario se destacan: aumento de la secreción vaginal, infección vaginal, erosión y úlceras vaginales, impactación en la vagina, fístulas (vésico-vaginal o recto-vaginal), peritonitis, complicaciones intestinales, hidronefrosis, atipias citológicas inflamatorias, atrapamiento del pesario, cáncer vaginal, entre otras^{7,14-17}.

El propósito de este estudio consiste en evaluar la mejoría en la calidad de vida y en la sexualidad de las mujeres con prolapso genital grado II o mayor, tratadas con pesarios.

Material y método

Diseño y población: Estudio analítico, observacional, de corte transversal. Se eligieron mujeres en etapa de climaterio que asistieron a consulta por prolapso genital, en la Clínica la Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia, Suramérica, entre el 01 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2016. La Clínica la Sagrada Familia es una clínica de atención de nivel III, de carácter universitario, que atiende a personas pertenecientes a los regímenes de aseguramiento contributivo y subsidiado por el Estado en el Sistema de Seguridad Social en Colombia.

Los criterios de inclusión fueron: mujer en etapa de climaterio con prolapso genital grado II o mayor, sin tratamiento hormonal, vida sexual activa en los últimos 3 meses. Criterios de exclusión: cáncer ginecológico, enfermedad neurológica invalidante o impedimento físico o psicológico que dificultara el uso del pesario, mujeres intervenidas quirúrgicamente en el lapso de seis semanas anteriores al estudio.

La recolección de la información estuvo a cargo de las enfermeras entrenadas en el proceso de captación de pacientes y diligenciamiento de formularios, quienes conforman nuestro equipo de investigación. A las mujeres que cumplían los criterios de selección y aceptaron participar en el estudio se les explicaba los objetivos de la investigación, y se les solicitó diligenciar el consentimiento informado, garantizándose la confidencialidad del manejo de la información.

Variables medidas: Edad, raza, ocupación, peso, talla, IMC, variables sociodemográficas y antecedentes de salud sexual y reproductiva (edad de inicio de la actividad sexual, edad del primer embarazo, paridad, número de embarazos, orientación sexual y actividad sexual coital mensual), tabaquismo, ingesta de alcohol, enfermedades crónicas y prevalencia de histerectomía. A todas las mujeres se les aplicaron dos escalas: la escala Menopause Rating Scale (MRS)¹⁸ y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), en inglés: The Female Sexual Function Index (FSFI)¹⁹.

La escala Menopause Rating Scale (MRS) consiste en un cuestionario estandarizado de autoevaluación conformado por 11 ítems; evalúa los síntomas somáticos, psicológicos y

urogenitales^{18,20}. Los síntomas somáticos incluyen: bochornos, sudoración excesiva, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (ítems 1-3 y 11, respectivamente); los síntomas psicológicos incluyen: estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (ítems 4-7, respectivamente); los síntomas urogenitales incluyen: problemas sexuales y de vejiga, y sequedad vaginal (ítems 8-10, respectivamente). A cada ítem se le otorga un grado de 0 a 4 (0=ausente; 1=leve; 2=moderado; 3=severo; 4=muy severo). La sumatoria de las medias de los ítems citados establece la puntuación de cada una de las dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establece el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida^{21,22}.

La escala Menopause Rating Scale (MRS) se considera un excelente instrumento de medición de la Calidad de Vida de la mujer en climaterio, debido a que consta de un breve cuestionario que es contestado directamente por la encuestada, sin la intervención del sesgo de los encuestadores^{21,23}. Se encuentra disponible en varios idiomas y ha sido validada en múltiples países, lo cual ha permitido establecer valores estándares para diferentes poblaciones^{24,25}. En Latinoamérica los promedios establecidos son a) $10,4 \pm 8,8$ DE para el puntaje total, b) $4,1 \pm 3,6$ DE para el dominio somático, c) $4,9 \pm 4,5$ DE para la esfera psicológica, y d) $1,4 \pm 2,2$ DE para los síntomas urogenitales²⁶.

El IFSF es el cuestionario más utilizado para evaluar las dificultades sexuales femeninas. Este incluye 19 preguntas que evalúan la actividad sexual de la mujer en las últimas cuatro semanas. Las preguntas se reúnen en seis dominios: deseo (ítems 1-2), excitación (ítems 3-6), lubricación (ítems 7-10), orgasmo (ítems 11-13), satisfacción (ítems 14-16) y dolor (ítems 17-19). El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor, y al final de la suma aritmética de los dominios, se obtiene el promedio definitivo; a mayor puntaje, mejor sexualidad. La puntuación total de IFSF por debajo de 26,55 significa riesgo de una función sexual deteriorada^{19,27}.

A las mujeres se les entregó la Menopause Rating Scale (MRS), y el Índice de Función

Sexual Femenina (IFSF), los que fueron autoadministrados y devueltos inmediatamente a las enfermeras que conforman el equipo de investigación. Ambos cuestionarios fueron realizados antes de la inserción del pesario y luego de tres meses de uso.

Análisis estadístico: En los programas estadísticos SPSS versión 17.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois) y STATA SE 10.1. La prevalencia se expresó en porcentaje. Las variables numéricas se expresaron como media con su desviación estándar; y las variables categóricas, como frecuencias absolutas y porcentajes.

Aspectos bioéticos: El estudio cumplió con las consideraciones éticas para la investigación en seres humanos, y tanto el protocolo de investigación como el consentimiento informado fueron avalados por los comités de ética de la clínica participante, y se garantizó la confidencialidad del manejo de la información.

Resultados

La muestra fue constituida por 57 mujeres de 33.177 que consultaron, para un 0,17% de casos tratados con pesario. El 36,84% (n=21) presentaron prolapso grado II, 47,36% (n=27) prolapso grado III y 15,78% (n=9) prolapso grado IV. La edad media de las participantes fue $52,8 \pm 5,4$ años (rango entre 48 y 78 años), y la edad media de la menopausia fue $48,3 \pm 4,2$ años (rango entre 45 y 51 años), destacándose la menopausia natural en la mayoría de las mujeres (89%). El mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario pertenece al grupo de edad de más de 65 años (84,21%, n=48). En el grupo predominó el origen urbano, estrato social medio, la escolaridad secundaria y las labores del hogar como ocupación (tabla 1). Los antecedentes médicos más frecuentes fueron: endocrino (47,36%), genitourinario (31,57%), cardiovascular (21,05%) y musculoesquelético (15,78%). La prevalencia de histerectomía fue de 47,99% y la orientación sexual predominante fue heterosexual (87,71%).

Los antecedentes de salud sexual y reproductiva mostraron una mediana de 4 hijos en la paridad (rango entre 0 y 12 hijos); en relación con el número de embarazos se encontró una mediana de 6 gestaciones (rango entre 0 y 15

Tabla 1. Características sociodemográficas en mujeres que usan pesario

Características morfológicas	
Edad, X $\pm$ DE	52,8 $\pm$ 5,4
Edad de la pareja, X $\pm$ DE	54,6 $\pm$ 5,7
Peso, X $\pm$ DE	72,3 $\pm$ 11,4
Talla, X $\pm$ DE	1,62 $\pm$ 0,42
IMC, X $\pm$ DE	29,7 $\pm$ 4,5
Raza	
Blanca, n (%)	57,89
Afrocolombiana, n (%)	42,1
Paridad X (mediana)	4
Escolaridad	
Primaria, n (%)	10,52
Secundaria, n (%)	57,89
Técnica, n (%)	26,31
Universitarios, n (%)	5,26
Estado civil	
Unión libre, n (%)	63,15
Casadas, n (%)	36,84
Estrato socioeconómico	
Alto, n (%)	15,78
Medio, n (%)	52,63
Bajo, n (%)	31,57
Adicciones	
Fumadoras, n (%)	10,52
Ingesta de alcohol n (%)	73,68
Ocupación	
Amas de casa, n (%)	47,36
Trabajador independiente, n (%)	26,31
Empleadas, n (%)	15,78
Pensionadas, n (%)	10,52
Origen	
Urbana, n (%)	63,15
Rural, n (%)	36,84

embarazos). Respecto a la vía del parto, la cesárea reportó una mediana de 1, con un rango entre 1 y 6. Respecto a la edad del inicio de la actividad sexual, el promedio fue de $15,9 \pm 2,1$ DE años. En relación con el primer parto, la edad promedio fue de $15,6 \pm 2,4$ DE años.

En la evaluación y seguimiento de las mujeres, después de tres meses de uso del pesario, las participantes informaron una mejoría tanto en

los síntomas vaginales como en la calidad de vida y en su sexualidad, principalmente en relación con el dolor pélvico, y la sensación y visualización del «bulto» vaginal.

La puntuación media global de la escala Menopause Rating Scale (MRS), antes de la inserción del pesario, fue de $18,8 \pm 4,3$ puntos (rango entre $6,9 \pm 3,3$ y $19,5 \pm 9,6$; somático: $5,7 \pm 3,5$ puntos, psicológico: $7,8 \pm 4,3$ puntos y urogenital: $5,1 \pm 2,9$ puntos). Los síntomas que muestran mayor severidad son los del dominio psicológico, con una media de $1,7 \pm 1,3$ puntos para cada pregunta de este grupo de síntomas. Le sigue el dominio somático con un promedio por pregunta de $1,6 \pm 1,1$. El dominio con menos impacto sintomático es el urogenital con un promedio de $1,8 \pm 1,2$ por pregunta (tabla 2). A los tres meses del seguimiento el puntaje total reportó $10,2 \pm 5,4$ puntos (rango entre $2,7 \pm 1,2$ y $7,5 \pm 4,2$), y los síntomas que muestran mayor severidad son los del dominio somático con $5,2 \pm 1,4$ puntos, con un promedio por pregunta de $1,5 \pm 1,2$, y el psicológico con $4,7 \pm 2,5$ puntos, con un promedio por pregunta de $1,1 \pm 1,3$. El dominio con menos impacto sintomático es

el urogenital con un promedio de $1,2 \pm 1,2$ por pregunta (tabla 2).

Al evaluar a las mujeres con útero y sin útero, que presentan prolapso, respecto de los puntajes obtenidos con la escala MRS, se observa que los dominios psicológico y urogenital, y en el IFSF dolor, el puntaje total de las mujeres sexualmente activas (1-2 coitos por semana) presenta medianas significativamente inferiores ($p < 0,05$).

En el grupo de mujeres de 56 a 65 años, antes de la inserción del pesario, se observó una mayor puntuación global ($22,1 \pm 10,6$ puntos) en la escala MRS; con mayor grado de afectación en el dominio urogenital ($8,3 \pm 2,5$ puntos), pero a los tres meses del seguimiento la puntuación del MRS fue de $11,7 \pm 5,1$ puntos.

La puntuación media total del IFSF antes de la inserción del pesario fue de $16,3 \pm 8,3$ puntos (rango entre 8,7 y 27,9). Respecto a cada dominio del IFSF antes de la inserción del pesario, la puntuación fue deseo $2,1 \pm 0,6$, excitación $2,7 \pm 0,6$, lubricación $2,5 \pm 1,4$, orgasmo $2,3 \pm 1,9$ y dolor $3,9 \pm 1,5$. A los tres meses del seguimiento el puntaje total del IFSF reportó una media de

Tabla 2. Puntuación Menopause Rating Scale (MRS), antes del uso del pesario

Dominio	Síntomas	Puntaje de los síntomas (antes de la inserción del pesario)	Puntaje de dominios	Puntaje de los síntomas (después de la inserción del pesario)	Puntaje de dominios
Somático	Bochornos	$1,4 \pm 1,3$	$5,7 \pm 3,5$	$1,1 \pm 1,0$	$5,2 \pm 1,4$
	Palpitaciones	$0,9 \pm 1,2$		$0,8 \pm 1,3$	
	Trastornos del sueño	$1,5 \pm 1,2$	$7,8 \pm 4,3$	$1,2 \pm 1,2$	
	Molestias osteomusculares	$2,0 \pm 1,6$		$1,0 \pm 1,1$	
	Depresión	$2,0 \pm 1,3$		$1,4 \pm 1,3$	
Psicológico	Irritabilidad	$1,9 \pm 1,5$		$1,3 \pm 1,1$	$4,7 \pm 2,5$
	Ansiedad	$2,0 \pm 1,3$		$1,6 \pm 1,1$	
	Cansancio	$2,0 \pm 1,3$		$1,1 \pm 1,3$	
Urogenital	Problemas sexuales	$1,7 \pm 1,6$	$5,1 \pm 2,9$	$1,6 \pm 1,4$	$2,8 \pm 2,3$
	Problemas de vejiga	$1,4 \pm 1,3$		$1,2 \pm 1,2$	
	Sequedad vaginal	$1,8 \pm 1,2$		$1,5 \pm 1,2$	
	Total		$18,8 \pm 4,3$	Total	$10,2 \pm 5,4$

21,7 $\pm$ 8 puntos (rango entre 9,9 y 29,7). La puntuación media para cada dominio después de tres meses de uso del pesario fue deseo 3,2 $\pm$ 0,7, excitación 3,4 $\pm$ 1,4, lubricación 3,7 $\pm$ 1,1, orgasmo 3,9 $\pm$ 1,5 y dolor 3,2 $\pm$ 1,6, siendo la puntuación media total de 21,7 $\pm$ 8 (**tabla 3**). En cuanto a los puntajes totales del IFSF según el grado de prolapso, se observó inferior a 26,55 en los grados III y IV, mostrando una media de 25,7 y 24,9 puntos, respectivamente, con independencia de la edad de la mujer.

En relación con los aspectos de la vida sexual, 81% afirmaron que el pesario había hecho su vida sexual más frecuente y satisfactoria en comparación con el período anterior a su inserción ($p<0,05$).

En la puntuación final del IFSF no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que presentaban útero y las que no ($p>0,05$). Se observaron diferencias significativas entre el grado de prolapso III y IV en las mujeres con útero en los dominios «dolor» y «orgasmo», siendo mayor la puntuación en el dominio dolor e inferior en el dominio orgasmo en el grado IV, y entre el prolapso III y IV en las mujeres sin útero en los dominios de «dolor», «orgasmo» y «excitación», cuya puntuación total en el IFSF fue inferior en el grado IV ($p<0,05$).

El deseo sexual en las mujeres de menos de 55 años fue significativamente mayor, así como la excitación, la lubricación y la satisfacción, con menos dolor, reflejando una puntuación mayor que en las mujeres de más 55 años, de manera que la puntuación total del IFSF significativamente más baja se advirtió en las de más de 75 años.

Se observó una satisfacción del 95,99% con el uso del pesario durante el primer año, 86,99% a los dos años, 77,99% a los 3 años y más del 72% luego de cuatro años de uso; satisfacción que se incrementó con la aplicación de la estrogenoterapia tópica o con la utilización permanente de un lubricante a base de agua. Así, se demostró mejoría en la calidad de vida global en todas las mujeres, con una mayor satisfacción en su sexualidad.

En las mujeres en las que se involucró la pareja en el manejo del pesario, disminuyó mucho más la puntuación global en la escala MRS (4,86 puntos [IC del 95%, 3,18-6,54]) en relación con las que no se involucró la pareja (2,25 puntos [IC del 95%, 1,95-3,48]) ($p<0,001$).

La puntuación global de la calidad de vida fue significativamente mejor en las mujeres que usaban el pesario y tenían actividad sexual frecuente (una a dos veces por semana), en comparación a las que usaban el pesario pero que no tenían actividad sexual más de cuatro veces al mes ($p<0,036$).

Las complicaciones presentes en esta cohorte de mujeres destacan aumento de la secreción vaginal (47,36%), infección urinaria (10,52%), erosión y/o úlceras vaginales (5,26%) y atrapamiento del pesario (1,75%).

Discusión

A pesar de que la escala Menopause Rating Scale (MRS), desde un comienzo, ha sido aplicada en mujeres de 40 a 70 años^{20,21}, el tipo de mujeres encuestadas en esta investigación per-

Tabla 3. Afectación de los dominios del IFSF en mujeres que usan pesario

Dominio	Antes de la inserción del pesario	Después de tres meses de uso
Deseo	2,1 $\pm$ 0,6	3,2 $\pm$ 0,7
Excitación	2,7 $\pm$ 0,6	3,4 $\pm$ 1,4
Lubricación	2,5 $\pm$ 1,4	3,7 $\pm$ 1,1
Orgasmo	2,3 $\pm$ 1,9	3,9 $\pm$ 1,5
Satisfacción	2,8 $\pm$ 2,3	4,3 $\pm$ 1,7
Dolor	3,9 $\pm$ 1,5	3,2 $\pm$ 1,6
Puntaje total	16,3 $\pm$ 8,3	21,7$\pm$ 8

mite la inclusión de mujeres de más edad (mayores de 70 años), debido al propósito de evaluar la calidad de vida en el climaterio y en la senectud. Esto lo vemos como una fortaleza de la investigación, al permitir la ampliación del rango de edad de mujeres en la senectud, facilitando la inclusión de los procesos clínicos que afectan este grupo de mujeres en envejecimiento.

Estando el mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario comprendido en la edad de más de 65 años (84,21%, n=48), se entiende que la sintomatología del prolapso se hace más significativa en dichas mujeres, pudiéndose explicar una alta necesidad de buscar ayuda, tal como ha sido descrito por otros autores².

Es importante resaltar que las usuarias de los pesarios los utilizan por largo tiempo, debido a que son eficaces para reducir los síntomas del prolapso, así como lo afirman otros investigadores²⁸; esto se puede explicar por el efecto favorable y positivo de los mismos en la mejoría de la sintomatología, y a la vez, por la comodidad generada, e incluso para el ejercicio de la actividad sexual coital.

En este estudio el costo-efectividad relacionada con el grado de satisfacción con el uso del pesario fue del 99% en los seis primeros meses, cifra superior a la reportada por Thys *et al.* en Ámsterdam²⁹. La satisfacción con el uso del pesario se notó desde el inicio del estudio, partiendo de un 95,99% durante el primer año hasta más del 72% después de cuatro años de uso, con abandono del 8,77% a los siete años de seguimiento; lo cual muestra un porcentaje inferior de abandono a lo reportado durante el primer año por Broens-Oostveen M. C. *et al.* en Alemania³⁰, donde el 56% de los pesarios fueron removidos después de un período de tiempo, y Sarma S. *et al.* en Australia³¹, donde el 44% eligió tratamiento conservador.

La puntuación media global de la escala MRS, después del uso del pesario, muestra una gran mejora en la calidad de vida de estas mujeres, siendo estadísticamente significativa después de tres meses de uso ($p < 0,001$), lo cual es concordante con lo reportado por Abdool Z. *et al.* en Londres¹⁷ y Broens-Oostveen M. C. *et al.* en Alemania³⁰, los cuales compararon el tratamiento con pesario contra la cirugía, y

ambos grupos reportaron mejoras similares en los síntomas urinarios e intestinales, la función sexual y la calidad de vida.

El grupo que presentó una mayor puntuación global en la escala MRS, antes de la inserción del pesario, y, por ende, una peor calidad de vida, fue el de 56 a 65 años, con una puntuación de $22,1 \pm 10,6$ puntos, mostrando el mayor grado de afectación en el dominio urogenital con $8,3 \pm 2,5$ puntos; pero también fue el grupo que mostró la mayor mejoría después de tres meses de uso del pesario. Esto se explica por el positivo efecto sobre el trofismo vaginal de la estrogenoterapia local, además por la ausencia en la sensación de cuerpo extraño en la región vulvar.

El uso del pesario en esta cohorte de mujeres mostró que los dominios que presentaron el mayor cambio en la puntuación en la escala MRS y en el IFSF fueron el psicológico y el urogenital, así como el dolor, respectivamente. Esto ocurrió en las mujeres sexualmente activas (actividad coital de una a dos veces por semana), las cuales presentaron medianas inferiores significativamente ($p < 0,05$), demostrándose tanto disminución en los síntomas vaginales como mejora en la calidad de vida, lo cual concuerda con lo referido por otros estudios²⁹⁻³¹.

Se encontró mejoría en todos los dominios del IFSF después de tres meses del uso del pesario, logrando una puntuación media total de $21,7 \pm 8$ puntos. La mayor la puntuación se dio en los dominios deseo, lubricación y satisfacción sexual; datos similares a lo reportado por Kuhn A. *et al.* en Suiza³², en una población de iguales características.

La puntuación media para el dominio dolor del IFSF, después de tres meses del uso del pesario, disminuyó significativamente, mejorando la puntuación total del IFSF ($p = 0,006$). Esto se explica por la influencia positiva del tratamiento local con estrógenos y de la utilización frecuente del lubricante a base de agua.³³

El nivel de ingresos no tuvo efecto significativo en la calidad de vida ni en la función sexual ($p > 0,05$); sin embargo, al comparar la puntuación global en la escala MRS, y del IFSF, antes y después de la inserción del pesario, la puntuación en las mujeres amas de casa y las profesio-

nales mostró una diferencia significativa en términos de lubricación ($p=0,015$), y la puntuación total de ambas escalas ($p=0,024$), siendo concordante con los hallazgos del estudio de Kuhn A. *et al.*³², donde se asegura que el pesario no interfiere con la actividad sexual, pudiendo mejorar la función sexual.³⁴⁻³⁵

Se observó que el porcentaje de mujeres que eligieron el pesario para el tratamiento inicial del prolapso genital es del 0,17%; porcentaje inferior a lo descrito por Kapoor D. S. *et al.* en Reino Unido³⁶. Y aunque el uso del pesario podría revertir el prolapso al quitarlo después de varios años de uso, de acuerdo con lo descrito por Matsubara S. *et al.* en Japón³⁷, el cual afirma que después de 73 meses, al retirar el pesario, el prolapso desapareció y no se repitió; en este estudio no se pudo demostrar la desaparición del prolapso, a pesar de más de 8 años de seguimiento.

Las principales complicaciones encontradas en esta investigación fueron el aumento en las secreciones vaginales, las hemorragias y el mal olor, tal como lo reporta Hanson L. A. *et al.* en Canadá³⁸, el cual afirma en su estudio que el 88,5% de las 1.216 mujeres no desarrollaron complicaciones; datos que contrastan con el estudio de Bai *et al.* en Korea³⁹, en el que el 73% de las mujeres presentó complicaciones. A su vez, nuestros resultados muestran una tasa de discontinuación del uso del pesario del 8,77%; porcentaje inferior a lo reportado por otros estudios^{31,40}: 10,52% y 26,31%, respectivamente.

Se encontró que a medida que aumentaba el grado de prolapso, la puntuación total del IFSF disminuía ($p=0,048$); es decir, a mayor grado de prolapso mayor alteración de la sexualidad, con baja puntuación en el IFSF, tal como lo reporta Espitia⁴¹ en una población de mujeres de similares características.

En este estudio, los trastornos sexuales más frecuentes fueron disminución del deseo (85,2%), anorgasmia (74,7%) y dolor (65,7%), con una prevalencia global de dificultades sexuales del 81,3%, porcentaje inferior al descrito por otros autores⁴¹. En esta forma, se demuestra que los prolapsos de los órganos pélvicos afectan adversamente la salud sexual de las mujeres⁴¹⁻⁴³.

La edad de aparición de la menopausia se mantiene constante; sin embargo, la esperanza

de vida de la mujer se ha modificado, por lo que se espera en el futuro un mayor número de mujeres en climaterio padeciendo algún grado de prolapso del piso pélvico^{2,7,10}). Por lo tanto, es relevante contar con la disponibilidad, en el arsenal terapéutico, del uso de pesarios como una opción efectiva; no solo por su bajo costo, sino por sus excelentes resultados, con franca mejoría en la calidad de vida de las usuarias además de la mejoría en su sexualidad.

En este estudio se advierte una principal debilidad a la hora de interpretar o generalizar los resultados, como es la de ser un muestreo no probabilístico, lo cual no permite la generalización de la investigación. La principal fortaleza es que se trata del primer trabajo de sus características, realizado en Colombia, lo cual es una ventajosa razón para continuar investigando la utilidad de los pesarios como medida terapéutica en los prolapsos genitales, en mujeres sexualmente activas, que no desean cirugía o que la tienen contraindicada.

Conclusiones

El uso de pesarios en el prolapso genital grado II o mayor ha demostrado ser eficaz en la disminución de los síntomas vaginales, mejorando la calidad de vida y la sexualidad de las mujeres en climaterio, con baja tasa de complicaciones y significativos porcentajes de satisfacción.

Agradecimientos

Agradezco a mi grande maestro, el doctor Carlos Díaz Támara; no solo por sus enseñanzas en uroginecología y piso pélvico, sino por la majestuosidad de su erudición, sin cuyos aportes no hubiese sido posible lograr este estudio.

Financiamiento

Los autores no recibieron ningún patrocinio o estímulo económico para la realización de esta investigación.

Bibliografía

1. Beck RP, McCormick S, Nordstrom L. A 25-year experience with 519 anterior

- colporrhaphy procedures. *Obstet Gynecol.* 1991;78(6):1011-8.
2. Espitia FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Urol Colomb.* 2015;24(1):12-18. doi: 10.1016/j.uroco.2015.03.003
3. 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):501-6. doi: 10.1016/S0029-7844(97)00058-6
4. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(2 Pt 1):299-305.
5. 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):1160-6.
6. Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Visco A, Weber AM, Cundiff GW, et al. Two-year outcomes after sacrocolpopexy with and without burch to prevent stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2008;112(1):49-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181778d2a.
7. Espitia-De La Hoz FJ. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. *MED UIS* 2015;28(3):309-15. doi: 10.18273/revmed.v28n3-2015005
8. Bradley CS, Zimmerman MB, Wang Q, Nygaard IE; Women's Health Initiative. Vaginal descent and pelvic floor symptoms in postmenopausal women: a longitudinal study. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1148-53. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816a3b96
9. Kahn MA, Breitkopf CR, Valley MT, Woodman PJ, O'Boyle AL, Bland DI, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST) and bowel symptoms: straining at stool is associated with perineal and anterior vaginal descent in a general gynecologic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1516-22. doi: 10.1016/j.ajog.2004.11.040
10. Espitia-De La Hoz FJ, de Andrade A, Orozco H. Utilidad del biofeedback perineal en las disfunciones del piso pélvico. *Investigaciones Andina.* 2015; 17(31):1301-1312.
11. Ginter E, Simko V. Women live longer than men. *Bratisl. Bratisl Lek Listy.* 2013;114(2):45-9.
12. Elneil S. Complex pelvic floor failure and associated problems. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2009;23(4):555-73. doi: 10.1016/j.bpg.2009.04.011
13. Abdulaziz M, Stothers L, Lazare D, Macnab A. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. *Can Urol Assoc J.* 2015;9(5-6):E400-6. doi: 10.5489/cuaj.2783
14. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;156(2):125-30. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.12.039
15. Anne-Lotte W.M. Coolen, Stephanie Troost, Ben Willem J. Mol, Jan- Paul W. R. Roovers, Marlies Y. Bongers. Primary treatment of pelvic organ prolapse: pessary use versus prolapse surgery. *Int Urogynecol J.* 2018;29(1): 99-107. doi: 10.1007/s00192-017-3372-x
16. Lamers BH, Broekman BM, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int Urogynecol J.* 2011; 22:637-64. doi: 10.1007/s00192-011-1390-7
17. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2011;22:273-8. doi: 10.1007/s00192-010-1340-9
18. Potthoff P, Heinemann LA, Schneider HP, Rosemeier HP, Hauser GA. [The Menopause Rating Scale (MRS II): methodological standardization in the German population]. *Zentralbl Gynakol.* 2000;122(5):280-6.
19. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):191-208. doi: 10.1080/009262300278597
20. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric.* 2000;3(1): 59-64.

21. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric*. 2000;3(1):50-8.
22. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas*. 2007;20;57(3):306-14. doi: 10.1016/j.maturitas.2007.02.026
23. Schneider HP. The quality of life in the post-menopausal woman. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002;16(3):395-409.
24. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2;2:45. doi: 10.1186/1477-7525-2-45
25. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;22;2:67. doi: 10.1186/1477-7525-2-67
26. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003;30;1:28. doi: 10.1186/1477-7525-1-28
27. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018; 69:9-21. doi: 10.18597/rcog.3035
28. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2006;108(1):93-9. doi: 10.1097/01.AOG.0000222903.38684.cc
29. Thys SD, Roovers JP, Geomini PM, Bongers MY. Do patients prefer a pessary or surgery as primary treatment for pelvic organ prolapse. *Gynecol Obstet Invest*. 2012;74:6-12. doi: 10.1159/000336634
30. Broens-Oostveen MC, Mom RM, Lagro-Janssen AL. Genital prolapse; treatment and course in four general practices. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2004;17;148(29):1444-8.
31. Sarma S, Ying T, Moore KH. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *BJOG*. 2009;116(13):1715-21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02380.x
32. Kuhn A, Bapst D, Stadlmayr W, Vits K, Mueller MD. Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: are pessaries helpful? *Fertil Steril*. 2009;91(5):1914-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.02.142
33. Tenfelde S, Tell D, Thomas TN, Kenton K. Quality of life in women who use pessaries for longer than 12 months. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*. 2015;21(3):146-9. doi:10.1097/SPV.0000000000000154
34. Lone F, Thakar R, Sultan AH. One-year prospective comparison of vaginal pessaries and surgery for pelvic organ prolapse using the validated ICIQ-VS and ICIQ-UI (SF) questionnaires. *Int Urogynecol J*. 2015;26:1305-12. doi: 10.1007/s00192-015-2686-9
35. Patel M, Mellen C, O'Sullivan DM, LaSala CA. Impact of pessary use on prolapse symptoms, quality of life, and body image. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202(5):499.e1-4. doi: 10.1016/j.ajog.2010.01.019
36. Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH, Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009; 20(10):1157-61. doi: 10.1007/s00192-009-0930-x
37. Matsubara S, Ohki Y. Can a ring pessary have a lasting effect to reverse uterine prolapse even after its removal? *J Obstet Gynaecol Res*. 2010;36(2):459-61. doi: 10.1111/j.1447-0756.2009.01162.x
38. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17(2):155-9. doi: 10.1007/s00192-005-1362-x
39. Bai SW, Yoon BS, Kwon JY, Shin JS, Kim SK, Park KH. Survey of the characteristics and satisfaction degree of the patients using a pessary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(3):182-6; discussion 186. doi: 10.1007/s00192-004-1226-9

40. López J. Lesiones vaginales por pesario. Estudio de casos y revisión de la literatura. *Clin Invest Gin Obst.* 2013;40(4):146-53. doi: 10.1016/j.gine.2012.04.001
41. Espitia-De La Hoz FJ. Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. *Revista de sexología.* 2015;4(2):11-18.
42. Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1045-52. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816bbe85
43. Espitia-De La Hoz FJ, Orozco Santiago L, Orozco Gallego H. Eficacia del reparo de la procidencia genital completa en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas quirúrgicamente. *Rev. Col. de menopausia.* 2018;24(1):21-31.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.