

Evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital, usuarias de pesarios

Evaluation of sexual function in women with genital prolapse, pessary users

Franklin J. Espitia-De la Hoz^{ID}

Departamento de Uroginecología y Cirugía reconstructiva del piso pélvico, Urogolyn Care-Eje Cafetero; Departamento de Sexología Clínica, Hathor, Clínica Sexológica. Armenia, Pereira, Colombia

Resumen

Objetivo: Evaluar la función sexual en mujeres con prolapso genital, antes y después del uso del pesario. **Método:** Estudio transversal. Se incluyeron 35 mujeres (entre 38 y 47 años) con prolapso genital sintomático atendidas en tres clínicas universitarias en el Eje Cafetero (Colombia) entre 2022 y 2024. Se evaluó la función sexual con el índice de función sexual femenina (IFSF), antes y 6 meses después del uso del pesario. Se realizó análisis descriptivo. **Resultados:** La edad promedio de las participantes fue $46,85 \pm 9,72$ años. El 54,28% presentó prolapso anterior, el 31,42% posterior y el 14,28% apical. El prolapso grado 2 fue el más frecuente (48,57%) y el menos frecuente el grado 4 (8,57%). El principal síntoma fue la sensación de bulto vaginal (88,57%), seguido de la urgencia miccional (71,42%). La prevalencia de disfunción sexual antes del uso del pesario fue del 82,85% y luego del uso del pesario de 25,71%. La puntuación del IFSF en la población total antes y después del uso del pesario fue de $21,15 \pm 7,64$ y $27,56 \pm 8,39$, respectivamente. Predominó el trastorno del deseo (82,85%), seguido del orgasmo (51,42%). **Conclusiones:** El uso del pesario ejerce un positivo efecto en la función sexual de las mujeres con prolapso genital, logrando una disminución de las 2/3 partes en la prevalencia de disfunciones sexuales. Se deberá considerar el uso de pesario como parte de la primera línea terapéutica en pacientes con prolapsos genital de grado igual o mayor a 2.

Palabras clave: Prolapso. Genitales. Mujeres. Pesarios. Salud sexual.

Abstract

Objective: To evaluate sexual function in women with genital prolapse, before and after the use of the pessary. **Method:** Cross-sectional study. Thirty-five women (38 and 47 years old) with symptomatic genital prolapse were included. They were diagnosed with the pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q), treated in three university clinics in the Coffee Region (Colombia), between 2022 and 2024. Sexual function was evaluated with the Index of Female Sexual Function (IFSF), before and 6 months after the use of the pessary. Consecutive sampling was done. Descriptive analysis was performed. **Results:** The average age of the participants was 46.85 ± 9.72 years. Fifty-four-point twenty-eight percent presented anterior prolapse, 31.42% posterior and 14.28% apical. Grade 2 prolapse was the most common (48.57%), and grade 4 was the least common (8.57%). The main symptom was the sensation of a vaginal lump (88.57%), followed by urination urgency (71.42%). The prevalence of sexual dysfunction before pessary use was 82.85% and after pessary use was 25.71%. The IFSF score in the total population before and after pessary use was 21.15 ± 7.64 and 27.56 ± 8.39 , respectively. Desire disorder

Correspondencia:

Franklin J. Espitia-de la Hoz

E-mail: espitiafranklin71@gmail.com

0120-789X / © 2024 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 26-10-2024

Fecha de aceptación: 11-03-2024

DOI: 10.24875/RUC.24000061

Disponible en internet: 27-06-2025

Urol. Colomb. 2025;34(2):97-105

www.urologiacolombiana.com

predominated (82.85%), followed by orgasm (51.42%). **Conclusions:** The use of the pessary has a positive effect on the sexual function of women with genital prolapse, achieving a decrease of 2/3 in the prevalence of sexual dysfunctions. The use of a pessary should be considered as part of the first line of therapy in patients with genital prolapse equal to or greater than grade 2.

Keywords: Prolapse. Genitalia. Women. Pessaries. Sexual health.

Introducción

El prolapso genital femenino describe la pérdida de apoyo de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal y/o recto). Se define como la protrusión (hernia) de estos en el canal vaginal o hacia fuera de este^{1,2}. La prevalencia del prolapso genital varía del 2,9 al 97,7% según el método utilizado para el estudio, pero se estima del 2,9 al 11,4% cuando se utiliza un cuestionario de síntomas^{3,4} y del 31,8 al 68,38% si se realiza el examen clínico con el Sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (POP-Q por su acrónimo inglés: *pelvic organ prolapse quantification*)⁵⁻⁷.

La etiología del prolapso genital es multifactorial⁷. En los factores de riesgo los estudios sugieren que el envejecimiento, trauma pélvico y cirugía evocan denervación y desvascularización de los tejidos, alteraciones anatómicas y una mayor degradación del colágeno; todo esto puede conducir a una disminución de la resistencia mecánica y predisposición a la aparición del prolapso genital. De hecho, se ha demostrado reducción en el contenido de proteínas y estrógenos en los ligamentos uterosacros, en la vagina y parametrios de las mujeres con prolapso⁸.

En las manifestaciones clínicas el prolapso genital causa varios problemas de índole urinario, digestivo, genital y/o sexual, los cuales obstaculizan la calidad de vida de las mujeres^{7,9}. El síntoma específico y más frecuente por el que consultan las mujeres afectadas es la sensación de bulto fuera de la vagina; aunque también puede acompañarse de síntomas funcionales de la vejiga, el intestino y/o sexuales en coexistencia o no⁹⁻¹¹.

El diagnóstico del prolapso genital se basa principalmente en el examen físico, ya que es estrictamente clínico, aunque se puede recurrir a ciertas ayudas diagnósticas como el ultrasonido transperineal, la cisto-defecografía y la resonancia magnética¹². No obstante, la evidencia no ha demostrado la clara asociación entre el diagnóstico y la magnitud del prolapso genital con estas herramientas¹³.

La medición o cuantificación del prolapso genital femenino debe hacerse mediante el sistema validado y aprobado internacionalmente conocido como POP-Q,

que puede medir el prolapso en los tres compartimentos y tres niveles de la vagina¹⁴.

Si bien el prolapso genital femenino suele ser crónico y progresivo, también es posible la regresión espontánea, especialmente para el prolapso de grado 1⁵; de tal manera que el tratamiento puede ser médico (conservador) o quirúrgico, en donde las opciones terapéuticas incluyen conducta expectante/observación, fisioterapia del piso pélvico, uso de pesarios y cirugía^{15,16}. En pacientes con prolapsos asintomáticos se recomienda la observación¹⁷. En aquellas que no desean o no son aptas médicamente para cirugía, los pesarios son una opción efectiva, ya que mejoran tanto los síntomas como la calidad de vida¹⁸. Si se indica la cirugía, esta se puede realizar mediante enfoque transvaginal, laparoscópico/robótico o abierto, utilizando o no tejido nativo o malla¹⁹.

El prolapso genital puede tener un impacto significativamente negativo en la calidad de vida y la función sexual de una mujer, como consecuencia de los síntomas de la presión pélvica, el bulto vaginal, la disfunción urinaria e intestinal o por la presencia de disfunciones sexuales^{3,9,19,20}; por tal razón, el objetivo de este estudio consistió en evaluar la función sexual en mujeres con prolapso genital, antes y después del uso del pesario, en el Eje Cafetero (Armenia, Pereira y Manizales), Colombia.

Método

Diseño y población

Estudio de corte transversal en el que se incluyeron mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de prolapso genital sintomático, sexualmente activas y con pareja estable, que asistieron a la consulta externa de ginecología en tres clínicas del Eje Cafetero, Colombia, entre el 1 de mayo de 2022 y el 30 de abril del 2024. Estas dieron su consentimiento informado de forma escrita. Las instituciones participantes son clínicas universitarias de alto nivel de complejidad, en donde se atienden personas adscritas al sistema de aseguramiento subsidiado y contributivo, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Se excluyeron

mujeres gestantes, en menopausia, con antecedente de histerectomía, ooforectomía, incontinencia urinaria o fecal, cirugía pélvica, con datos incompletos en la historia clínica y las que no aceptaron participar. Se realizó un muestreo consecutivo por conveniencia, a partir del universo de mujeres atendidas en las tres instituciones participantes durante el periodo de la investigación.

Procedimiento

En la consulta externa de ginecología de cada una de las clínicas del estudio se identificó a las mujeres con prolapso genital sintomático (anterior/cistocele, posterior/rectocele, apical/histerocele). Al finalizar la consulta, a las pacientes a las cuales se las iba a tratar con pesario, un médico general les explicaba el propósito del estudio y el proceso de consentimiento informado en la sala de espera. Las candidatas expresaron libremente su deseo de participar o no en la investigación. Posteriormente, se accedió a la base de datos para obtener la información de las características socioculturales y clínicas. Los datos fueron recopilados y almacenados en una hoja de cálculo en Excel, por una auxiliar de enfermería, en cada una de las clínicas participantes; en la construcción de la base de datos se obtuvo información de las variables incluidas. Se llevó a cabo un control de calidad y se identificaron los datos faltantes por medio de la revisión de cada una de las historias clínicas; aquellos datos que no pudieron recuperarse se consideraron perdidos o incompletos. Una vez firmado el consentimiento informado, una enfermera profesional, encargada de la recolección del instrumento, le daba instrucciones para el autodiligenciamiento del cuestionario Índice de función sexual femenina (IFSF) a cada una de las mujeres participantes, de manera individual y en un ambiente privado. Este mismo se repetía a los 6 meses de seguimiento.

Instrumento

El IFSF es un cuestionario integrado por 19 preguntas, con el cual se indagan seis dominios: deseo (ítems 1 y 2), excitación (ítems 3 a 6), lubricación (ítems 7 a 10), orgasmo (ítems 11 a 13), satisfacción (ítems 14 a 16) y dolor (ítems 17 a 19). La respuesta se mide según el puntaje: 0, sin actividad sexual; 1, casi nunca; 2, menos de la mitad de las veces; 3, la mitad de las veces; 4, más de la mitad de las veces, y 5, casi siempre. La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor que oscila entre 0,3 y 0,6, de acuerdo con el

dominio evaluado; finalmente el resultado es la suma aritmética de los dominios. Cuanto mayor sea el puntaje, mejor se considera la función sexual. El rango total de la puntuación del IFSF va desde 2 hasta 36; un puntaje $\leq 26,55$, o cuando la puntuación de algún dominio es menor a 3,6, se considera como criterio de riesgo de disfunción sexual²¹⁻²³.

Intervención

Se utilizaron pesarios de silicona médica flexible sin membrana ni soporte; el más usado fue el de 65 mm. A cada mujer se le enseñó el autocuidado del pesario, y se recomendó retirarlo, limpiarlo, lavarlo y secarlo cada tercera noche, para su posterior inserción en la mañana (esto durante el primer mes); luego una vez por semana (los siguientes 3 meses) y finalmente una vez al mes hasta completar los 6 meses de seguimiento. Si no había dificultades para la actividad sexual se sugirió dejarlo, o en su defecto quitarlo para las relaciones sexuales.

Los pesarios vaginales son dispositivos mecánicos pasivos, usados internamente y diseñados para sostener las paredes y el ápice vaginal²⁴. Estos pueden ser de policloruro de vinilo, látex o silicona, cuya forma permite la inserción y permanencia dentro de la cavidad vaginal²⁵. Existen dos grupos principales: a) pesarios de soporte (pesario de anillo o pesario de anillo con soporte), y b) pesarios llenadores de espacio (Gellhorn o cubo)²⁶. Los de soporte se insertan en la vagina y se colocan entre el hueso púbico y el fórnix vaginal posterior, y brindan soporte a los órganos descendidos; ellos no imposibilitan el coito vaginal y son más fáciles de quitar o reemplazar²⁵. Los llenadores de espacio brindan apoyo al ocupar el espacio vaginal y evitando el descenso del prolapso, creando un efecto de succión alrededor del pesario; por lo tanto, aumentan la probabilidad de retención de los órganos descendidos, pero no son compatibles con las relaciones sexuales vaginales y son más difíciles de quitar o reemplazar²⁶.

En las indicaciones del uso de pesarios se destacan: prolapso genital (vesical, uterino y/o rectal), la incontinencia urinaria de esfuerzo, cirugía no deseada o no recomendada para el prolapso genital, mujeres con condiciones médicas adversas, en espera de cirugía, jóvenes que no han completado interés reproductivo, complicaciones del embarazo (útero en retro forzado, incompetencia cervical, prolapso previo al embarazo), sensación de aire/gas vaginal, herramienta diagnóstica para la detección de la incontinencia urinaria oculta y en disfunción de la evacuación intestinal^{25,26}.

En las contraindicaciones se destacan: demencia de la paciente, enfermedad inflamatoria pélvica activa, alergia al látex, erosión o ulceración vaginal persistente, infección vaginal activa, atrofia vaginal grave, falta de compromiso de la paciente para seguir los controles y cuidados adecuados^{27,28}. Por otra parte, existen algunos factores que pueden limitar o afectar el uso del pesario como son: vagina corta (< 6 cm de longitud), introito vaginal ancho (> 3 dedos de amplitud), cuerpo perineal corto (< 4 cm), prolapso posterior (recto/enterocele) e independencia de la paciente para insertar o remover el pesario^{25,26,29}.

La comodidad del uso del pesario es tal que aproximadamente el 76% de las mujeres que los prueban continúan utilizándolos durante al menos cuatro semanas, y el 86% de estas mujeres permanecen usándolos durante más de cinco años³⁰. Otros autores describen que la satisfacción es del 70% a un año (77% a 6 meses, 64% a 2 años); de tal manera que el coste-eficacia alcanzaría una satisfacción del 90%, al ser la primera opción terapéutica, antes de la cirugía o en mujeres jóvenes^{31,32}.

En las complicaciones del uso de pesarios sobresalen: aumento de la secreción vaginal, riesgo de vaginitis/vaginosis bacteriana, dificultad para la micción o la defecación, erosión y/o ulceración vaginal, infección urinaria, sangrado vaginal, hidronefrosis, dolor o molestia vaginal, impactación en la vagina, erosiones intestinales o vesicales, fístulas (vesico-vaginal, recto-vaginal), peritonitis, incarceration del pesario, atipias citológicas inflamatorias e incluso cáncer vaginal³³⁻³⁶.

Variables medidas

Sociodemográficas (edad, raza, escolaridad, estado civil, ocupación, estrato socioeconómico, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, religión y área de residencia); talla, peso, IMC (índice de masa corporal); variables de salud sexual y reproductiva (paridad, edad del primer parto, método de anticoncepción); hábitos (tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, ingesta de alcohol, actividad física); variables de comportamiento sexual (orientación sexual, edad de la primera relación sexual, masturbación, coito –vaginal o anal–, frecuencia promedio de relaciones sexuales semanales, número de parejas sexuales, tiempo de convivencia en pareja, antecedente de abuso sexual o violencia sexual en el matrimonio, pareja con disfunción sexual). Frecuencia del tipo y grado de prolapso, sintomatología de las pacientes y factores de riesgo de disfunción sexual. Se indagaron además las preguntas de los dominios de la encuesta IFSF.

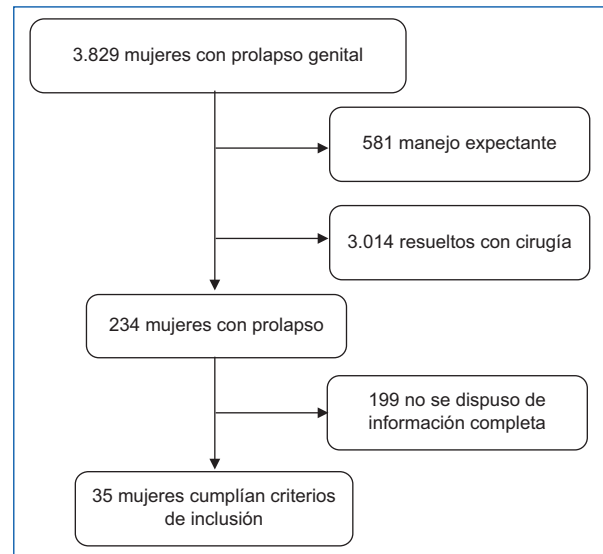


Figura 1. Flujograma de participantes.

Análisis estadístico

Se presentan los resultados de las variables continuas con medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango) según normalidad, y las variables categóricas como proporciones. Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25. Se hace comparación entre grupos mediante la prueba χ^2 de Pearson. Se evaluaron los factores que mostraron ser diferentes en la comparación de grupos con la ayuda del *odds ratio* (OR). Se utilizó una significancia de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Se obtuvo el aval del Comité de Ética de Investigaciones de acuerdo con las normas de Helsinki y sus sucesivas modificaciones. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información.

Resultados

En el periodo de estudio se atendieron 14.379 mujeres en el servicio de ginecología y obstetricia de las tres clínicas, 3.829 (26,62%) presentaron prolapso genital, de estos, 581 (17,17%) se manejaron de forma expectante, 3.014 (78,71%) se resolvieron con cirugía y 35 (0,91%) con inserción de pesarios. En 199 (5,19%) no se dispuso de información completa (Fig. 1).

La edad promedio de las participantes fue $46,85 \pm 9,72$ años (inferior 38 y superior 47). En la tabla 1 se expone

Tabla 1. Distribución etaria, tipo y grado de prolapso en las mujeres con prolapso genital, Eje Cafetero, Colombia, 2022-2024

Variables	n (%)
Edad (años)	
38-39	2 (5,71%)
40-44	15 (42,85%)
45-49	18 (51,42%)
Frecuencia del tipo de prolapso	
Anterior	19 (54,28%)
Posterior	11 (31,42%)
Apical	5 (14,28%)
Grado de prolapso	
2	17 (48,57%)
3	15 (42,85%)
4	3 (8,57%)

la distribución etaria, frecuencia del tipo y grado del prolapso de la población de mujeres participantes.

La mayoría (85,71%) eran de origen rural, católicas (91,42%) y pertenecientes al régimen subsidiado (82,85%). En la [tabla 2](#) se describen las características sociodemográficas de las mujeres participantes.

Los antecedentes de salud sexual y reproductiva, en la paridad, mostraron una mediana de 3 hijos (rango entre 0 y 9). La mediana en las gestaciones arrojó 4 (rango entre 0 y 13). El 77,17% reportaron embarazos no planeados. La edad del primer parto evidenció 19 años (rango entre 15 y 21). El método de anticoncepción más utilizado fue el implante subdérmico (45,71%), seguido por los anticonceptivos hormonales orales (28,57%). El menos utilizado fue el DIU (11,42%).

En los hábitos, el 34,28% eran fumadoras con una mediana de 7 (rango entre 0 y > 15). El 85,71% ingerían alcohol. El consumo de sustancia psicoactivas fue reportado por el 8,57%. Con respecto a la actividad física el 25,71% se declararon como sedentarias.

En relación con el comportamiento sexual, el 94,28% afirmaron ser heterosexuales. La edad de la primera relación sexual dejó una mediana de 16 años (rango entre 13 y 19). El número de parejas sexuales reportó una mediana de 6 (rango entre 1 y > 13). El 31,42% afirmó más de 10 años de tiempo de convivencia en pareja. El 57,14% manifestó que la pareja presentaba alguna disfunción sexual. La práctica sexual más habitual es el coito vaginal (100%) y la menos ordinaria el coito anal (22,85%); la masturbación se considera una práctica poco común para el 77,14% de las participantes. El 91,42% afirmó evitar el sexo oral, con todo tipo de excusas, por temor a exponer el prolapso.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres participantes, Eje Cafetero, Colombia, 2022-2024

Variables	n (%)
Edad (años), media $\pm$ DE	46,85 $\pm$ 9,72
Edad de la pareja, $\bar{x}$ $\pm$ DE	52,74 $\pm$ 8,61
Talla (cm)	1,62 $\pm$ 3,57
Peso (kg)	64,82 $\pm$ 7,61
IMC	24,83 $\pm$ 9,57
Raza, n (%)	
Hispánicas	14 (40%)
Indígenas	9 (25,71%)
Afrocolombianas	12 (34,28%)
Estado civil, n (%)	
Casada	11 (31,42%)
Unión libre	13 (37,14%)
Soltera	5 (14,28%)
Separada/divorciada	4 (11,42%)
Viuda	2 (5,71%)
Nivel de escolaridad, n (%)	
Básica	15 (42,85%)
Media	12 (34,28%)
Superior	8 (22,85%)
Estrato socioeconómico, n (%)	
1	5 (14,28%)
2	12 (34,28%)
3	11 (31,42%)
4	7 (20%)
Ocupación, n (%)	
Ama de casa	18 (51,42%)
Empleada	11 (31,42%)
Desempleada	6 (17,14%)

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; $\bar{x}$: media.

A la pregunta ¿cuántas veces tuvo relaciones sexuales la semana pasada? (tiempo definido como el lapso de los siete días anteriores), el 85,71% del total de las mujeres aseguró tener una relación sexual por semana (rango entre 0 y 3).

El 8,57% de las mujeres afirmó haber sufrido alguna forma de violencia sexual a lo largo de la vida, en tanto que el 11,42% reportó abuso sexual por parte de la pareja.

Las manifestaciones clínicas que motivaron la asistencia médica fueron sensación de bulto vaginal (88,57%; n = 31/35), urgencia miccional (71,42%; n = 25/35), sangrado vaginal (60%; n = 21/35), leucorrea (54,28%; n = 19/35), pesadez pélvica (48,57%; n = 17/35), disquécia (42,85; n = 15/35), dificultad para el coito (40%; n = 14/35), dispareunia (37,14%; n = 13/35), estreñimiento (31,42%; n = 11/35), lumbalgia (25,71%; n = 9/35) y dolor pélvico (20%; n = 7/35).

Tabla 3. Medición del grado de prolapso según el POP-Q

Variable	Medición ($\bar{x} \pm DE$) cm
Aa	+ 2,4 $\pm$ 1,5
Ba	+ 2,1 $\pm$ 1,8
C	+ 1,5 $\pm$ 1,2
Ap	+ 1,8 $\pm$ 1,5
Bp	+ 1,5 $\pm$ 0,9
D	-4,2 $\pm$ 1,5
gh	4,8 $\pm$ 2,4
pb	1,5 $\pm$ 0,6
lvt	5,7 $\pm$ 2,4

DE: desviación estándar; POP-Q: *pelvic organ prolapse quantification*.

En la [tabla 3](#) se describen los hallazgos clínicos de la población total, de acuerdo con la evaluación con el sistema POP-Q.

El éxito del uso del pesario alcanzó el 88,57% ($n = 31/35$) de satisfacción a los 6 meses. Se observaron efectos adversos leves (aumento de la secreción vaginal [97,14%], irritación de la mucosa vaginal [80%], erosiones vaginales [74,28%], sangrado vaginal [34,28%], vaginosis bacteriana [22,85%], molestia vaginal [14,28%] e infección urinaria [8,57%]), en ningún caso fue necesario la retirada del dispositivo.

La prevalencia de disfunciones sexuales antes del uso del pesario fue del 82,85% ($n = 29/35$), de ellas el 51,72% ($n = 15/29$) presentaron prolapso grado 3, el 37,93% ($n = 11/29$) prolapso grado 2 y el 10,34% ($n = 3/29$) prolapso grado 4. El 20,68% ($n = 6/29$) presentó una sola disfunción sexual, el 65,51% ($n = 19/29$) dos disfunciones sexuales y el 13,79% ($n = 4/29$) tres o más disfunciones sexuales, con una mediana de 2 (rango entre 1 y 4) disfunciones sexuales por mujer. La disfunción sexual concurrente con más frecuencia en la población total fue el trastorno del deseo (82,85%; $n = 29/35$), seguido por la alteración del orgasmo (51,42%; $n = 18/35$) y, en tercer lugar, la alteración de la excitación (34,28%; $n = 12/29$); el dolor se observó en el 25,71% ($n = 9/35$) y la alteración en la lubricación en el 17,14% ($n = 6/35$). La satisfacción sexual fue reportada apenas por el 11,42% ($n = 4/35$).

En la población total de mujeres participantes, la puntuación global del IFSF, antes del uso del pesario, fue de $21,15 \pm 7,64$ puntos (inferior $12,58 \pm 7,57$ y superior $25,88 \pm 8,56$). Después del uso del pesario, pasados 6 meses, la puntuación alcanzó $27,56 \pm 8,39$

(inferior $18,19 \pm 7,49$ y superior $29,05 \pm 9,21$) ([Tabla 4](#)). La prevalencia de disfunciones sexuales disminuyó al 25,71% ($n = 9/35$).

Con respecto al grado del prolapso y edad de las mujeres, pasados los 6 meses de uso del pesario se observó un incremento significativo en todos los dominios del IFSF en presencia de prolapso menor al grado 3 y en las mujeres menores de 45 años. La puntuación total observada en el prolapso menor al grado 3 fue de $30,82 \pm 4,91$ y $25,73 \pm 4,86$ ($p < 0,001$) en el igual o mayor al grado 3. En las mujeres menores de 45 años la puntuación fue de $31,74 \pm 5,82$ y $26,94 \pm 6,72$ ($p < 0,001$) en las mayores. En este grupo, las diferencias más notorias, a favor del pesario, se detectaron en el dominio deseo ($4,71 \pm 1,23$ vs. $4,23 \pm 1,35$; $p < 0,001$), orgasmo ($4,98 \pm 1,32$ vs. $4,11 \pm 1,41$; $p < 0,001$) y satisfacción ($5,13 \pm 1,32$ vs. $4,14 \pm 1,35$; $p < 0,001$).

Las mujeres que lograron puntuaciones en el IFSF $> 26,55$ expresaron sentirse cómodas con el pesario inserto durante la actividad sexual, no habiendo necesidad de su retiro para el coito; en consecuencia, se mostraron contentas y deseando continuar con esta forma de manejo de su prolapso genital a largo plazo. Las que experimentaron un mayor incremento en el deseo sexual se mostraron más satisfechas con la frecuencia de la actividad sexual (mediana de 3; rango entre 2 y 5, semanal). En las que se involucró a la pareja en el manejo del pesario, la puntuación en el IFSF logró una media de $32,71 \pm 5,64$ puntos frente a $28,93 \pm 4,56$ puntos en las que no se involucró a la pareja ($p < 0,001$).

Se identificaron como factores protectores de disfunción sexual el nivel superior de educación (OR: 0,21; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,15-0,69), IMC < 25 (OR: 0,24; IC 95%: 0,18-0,84) y estar casada/unión libre (OR: 0,48; IC 95%: 0,36-0,93). En los factores de riesgo se observó prolapso ≥ 3 (OR: 5,82; IC 95%: 1,14 - 9,15), edad mayor a 45 años (OR: 4,71; IC 95%: 1,17-8,31), paridad ≥ 3 hijos (OR: 3,78; IC 95%: 1,02-5,94), tabaquismo (OR: 2,64; IC 95%: 1,08-6,54) y pareja con disfunción sexual (OR: 1,98; IC 95%: 1,23-4,92).

Discusión

En la presente investigación se encontró una prevalencia del 82,85% de disfunciones sexuales antes del uso del pesario, con disminución al 25,71% a los 6 meses de uso del pesario. La disfunción sexual más frecuente fue el trastorno del deseo (82,85%), seguido por la alteración del orgasmo (51,42%) y, en tercer

Tabla 4. Puntuación del índice de función sexual femenina en mujeres con prolapso genital, Eje Cafetero, Colombia, 2022-2024

Dominio	Estadística	Antes del uso del pesario	6 meses después del uso del pesario	p
Deseo	Media ± DE	3,05 ± 1,17	3,99 ± 1,26	0,001
	Inferior	1,34 ± 1,06	1,95 ± 1,08	
	Superior	4,25 ± 1,38	4,62 ± 1,57	
Excitación	Media ± DE	3,29 ± 1,04	4,47 ± 1,36	0,001
	Inferior	1,26 ± 1,03	1,75 ± 1,42	
	Superior	4,07 ± 1,25	4,59 ± 1,63	
Lubricación	Media ± DE	3,74 ± 1,23	4,52 ± 1,52	0,001
	Inferior	3,01 ± 1,46	3,59 ± 1,28	
	Superior	4,35 ± 1,29	4,85 ± 1,43	
Orgasmo	Media ± DE	3,15 ± 1,38	4,78 ± 1,24	0,001
	Inferior	3,08 ± 1,16	3,47 ± 1,16	
	Superior	3,94 ± 1,26	4,59 ± 1,32	
Satisfacción	Media ± DE	3,64 ± 1,09	4,85 ± 1,59	0,001
	Inferior	3,05 ± 1,18	3,61 ± 1,27	
	Superior	4,29 ± 1,53	4,98 ± 1,62	
Dolor	Media ± DE	4,28 ± 1,73	4,95 ± 1,42	0,001
	Inferior	3,54 ± 1,68	3,82 ± 1,28	
	Superior	4,98 ± 1,85	5,42 ± 1,64	
Puntuación total	Media ± DE	21,15 ± 7,64	27,56 ± 8,39	0,001
	Inferior	12,58 ± 7,57	18,19 ± 7,49	
	Superior	25,88 ± 8,56	29,05 ± 9,21	

DE: desviación estándar.

lugar, de la excitación (34,28%). La prevalencia fue mayor en las mujeres con prolapso grado ≥ 3 y en las mayores de 45 años.

Respecto al impacto de los pesarios vaginales en la función sexual al ser utilizados como tratamiento del prolapso genital, Wharton et al.³⁷, en los resultados de una revisión sistemática en la cual se incluyeron 14 estudios en el análisis narrativo y siete en el metaanálisis, sugieren que no hay evidencia de deterioro de la función sexual y sí mejoría. En EE.UU., Lowenstein et al.³⁸, en 235 mujeres durante la visita de seguimiento a los 6 meses, informaron una mejoría significativa en la función sexual desde el inicio ($33 \pm 0,6$ vs. a $43 \pm 0,8$, respectivamente; $p < 0,0001$). Ellos concluyen que la resolución de los síntomas del prolapso genital, después del tratamiento con el pesario, mejora la autopercepción de la imagen corporal y la función sexual de las mujeres. Estos resultados se alinean con los de Meriwether et al.³⁹, los cuales documentan que el uso del pesario puede mejorar la autoconciencia, asociándose con mejoras en la función sexual. La evidencia sugiere que, en el caso de las mujeres sexualmente activas y satisfechas con sus pesarios, ellas continúan con esta forma de manejo a largo plazo⁴⁰.

Según van der Vaart et al.⁴¹, en Países Bajos, al comparar la mejoría del funcionamiento sexual, 24 meses después de la inserción del pesario o de la intervención quirúrgica, las mujeres que se sometieron a cirugía tuvieron 2,62 veces más probabilidades de cambiar de ser sexualmente inactivas a sexualmente activas, que la terapia con pesario. Las mujeres sexualmente activas, en el grupo de la cirugía, informaron una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación del cuestionario utilizado (PISQ-IR, *Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire*). Ellos concluyen que la función sexual en mujeres con prolapso pélvico sintomático es superior en caso de que se realice cirugía en comparación con la terapia con pesario. No obstante, se debe aclarar que existe una importante limitación del estudio, como es la considerable proporción de pacientes que no respondieron al seguimiento de los 24 meses. Esto puede explicarse porque después de la cirugía, las mujeres sienten menos miedo a los síntomas relacionados con el prolapso genital, y así experimentan una mayor satisfacción en su vida sexual.

En cuanto a la puntuación del IFSF y a sus dominios, los resultados de este estudio encuentran similitud a los informados por Espitia. Según el grado de prolapso,

se observó menor a 26,55 puntos en los grados 3 y 4, 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, el 81% afirmaron que el pesario había hecho su vida sexual más frecuente y satisfactoria en comparación con el periodo anterior a su inserción ($p < 0,05$)⁴². Las mujeres que experimentan aumento del deseo sexual se muestran más satisfechas con la frecuencia de su actividad sexual, por lo cual el uso del pesario es aceptado con mayor afinidad^{37,43}. Algo similar ocurre en las mujeres en las que se involucra a la pareja en el manejo del pesario⁴².

Nuestros resultados indican que el prolapso de órganos pélvicos afecta con más frecuencia a las mujeres con prolapsos mayores al grado 2; lo cual es similar a lo publicado por Darvish et al.²⁰, cuando afirman que existe una relación, estadísticamente significativa, entre la puntuación media de la actividad sexual y la etapa del prolapso ($p < 0,001$). De tal manera, que el aumento de la gravedad del prolapso genital conduce a una mayor disminución y afectación de la función sexual en las mujeres. Esto se debe a que las mujeres se sienten incómodas, presentan molestias con la penetración, dificultad para algunas posiciones, dispareunia, laxitud vaginal, gases vaginales, preocupación por la opinión de la pareja debido al bulto vaginal, se consideran menos atractivas sexualmente y se sienten menos femeninas por la sensación de obstrucción durante la penetración, además en algunos casos los hombres sienten que el prolapso es más grande que su pene⁴⁴.

Respecto a la afectación por dominios en el IFSF, en 1.008 mujeres españolas con problemas del suelo pélvico, el 5,2% declararon no alcanzar el orgasmo y el 17,1% nunca habían sentido deseo sexual en el último mes⁴⁵. En Canadá, en el estudio de Li-Yun-Fong et al.⁴⁶, las participantes informaron un bajo nivel de deseo y de disfrute sexual con niveles moderados de excitación sexual y orgasmo. Cuando se estratificó el disfrute sexual, solo el 46% afirmó disfrutar del sexo. De esta manera, se deja claro que las mujeres con trastornos del piso pélvico tienen una amenaza independiente para presentar disfunciones sexuales.

En fin, son múltiples los investigadores que han demostrado que los pesarios son un tratamiento no invasivo viable, para el prolapso de órganos pélvicos, que mejora tanto la función orgánica y sexual como el bienestar general⁴⁷⁻⁵⁰.

En la actualidad se sabe de la existencia de múltiples tipos de pesarios disponibles en el mercado, los cuales permiten a las mujeres mantener actividad sexual coital; de hecho, en muchos casos sus parejas no los

notarán³⁶. Sin embargo, si la mujer o la pareja encuentran que el pesario es incómodo u obstruye las relaciones sexuales, se les puede enseñar a retirarlo y a volver a colocarlo a necesidad⁴⁰.

La principal fortaleza de esta investigación es el instrumento utilizado (IFSF), el cual se encuentra validado en español y se considera adecuado para evaluar la sexualidad en estudios epidemiológicos, y el POP-Q. Como limitantes se destaca el número de la muestra y el tipo de muestreo, además de que el estudio no permite medir asociación causal ni representatividad.

Conclusiones

El uso del pesario ejerce un positivo efecto en la función sexual de las mujeres con prolapso genital, logrando una disminución de las 2/3 partes en la prevalencia de disfunciones sexuales.

Se ha de considerar el uso de pesario como herramienta de la primera línea terapéutica en pacientes con prolapsos genital mayor o igual al grado II.

Los profesionales de la salud deben asegurarse de que la función sexual haga parte de la evaluación habitual, durante la evaluación del prolapso genital.

Financiamiento

El autor declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. El autor declara que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. El autor ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Referencias

1. Rovner ES. Pelvic organ prolapse: a review. *Ostomy Wound Manage.* 2000;46(12):24-37.
2. Salvatore S, Siesto G, Serati M. Risk factors for recurrence of genital prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2010;22(5):420-4.

3. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008;300(11):1311-6.
4. Slieker-Ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(2):184.e1-7.
5. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(1):27-32.
6. Espitia de la Hoz FJ. Prevalencia y caracterización del prolapso de órganos pélvicos en mujeres del Quindío, Colombia. 2016-2019. *Rev Fac Med*. 2022;70(3):e90175.
7. Espitia de la Hoz FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Rev Urol Colomb*. 2015;24(1):12-8.
8. Tinelli A, Malvasi A, Rahimi S, Negro R, Vergara D, Martignago R, et al. Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in post-menopausal women. *Menopause*. 2010;17(1):204-12.
9. Miedel A, Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Symptoms and pelvic support defects in specific compartments. *Obstet Gynecol*. 2008;112(4):851-8.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists, American Urogynecologic Society. INTERIM UPDATE: The Practice Bulletin is updated as highlighted to reflect the US Food and Drug Administration order to stop the sale of transvaginal synthetic mesh products for the repair of pelvic organ prolapse. *Pelvic Organ Prolapse. Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;25(6):397-408.
11. Barber MD, Neubauer NL, Klein-Olarte V. Can we screen for pelvic organ prolapse without a physical examination in epidemiologic studies? *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(4):942-8.
12. Donon L, Warembourg S, Lapray JF, Cortesse A, Hermieu JF, Fatton B, et al. Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital: Recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol*. 2016;26(Suppl 1):S8-S26.
13. Grimes CL, Lukacz ES. Posterior vaginal compartment prolapse and defecatory dysfunction: are they related? *Int Urogynecol J*. 2012;23(5):537-51.
14. Swift S, Morris S, McKinnie V, Freeman R, Petri E, Scotti RJ, et al. Validation of a simplified technique for using the POPQ pelvic organ prolapse classification system. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(6):615-20.
15. Raju R, Linder BJ. Evaluation and management of pelvic organ prolapse. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(12):3122-9.
16. Bø K, Anglès-Acedo S, Batra A, Brækken IH, Chan YL, Jorge CH, et al. Are hypopressive and other exercise programs effective for the treatment of pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J*. 2023;34(1):43-52.
17. Espitia de la Hoz FJ. Colpocleisis: evolución y complicaciones en mujeres del Quindío, Colombia. 2009-2019. *Rev Avances Salud*. 2020;4(1):12-23.
18. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, et al. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11(11):CD004010.
19. Robinson MO, Linder BJ. Evaluation and treatment of pelvic organ prolapse. *Minerva Med*. 2023;114(4):516-28.
20. Darvish S, Fakari FR, Ashka NK, Mazaheri A. Evaluation of the relationship between the severity of pelvic organ prolapse and female sexual function. *Adv Biomed Res*. 2024;13:41.
21. 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.
22. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20.
23. Espitia de la Hoz FJ. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(1):9-21.
24. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(2):CD004010. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11:CD004010.
25. 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.
26. Dwyer L, Kearney R, Lavender T. A review of pessary for prolapse practitioner training. *Br J Nurs*. 2019;28(9):S18-S24.
27. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehn K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(4):405.e1-8.
28. Powers K, Lazarou G, Wang A, LaCombe J, Bensinger G, Greston WM, et al. Pessary use in advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(2):160-4.
29. Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol*. 1997;90(6):990-4.
30. Lone F, Thakar R, Sultan AH, Karamalis G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;114(1):56-9.
31. Dwyer L, Dowding D, Kearney R. What is known from the existing literature about self-management of pessaries for pelvic organ prolapse? A scoping review. *BMJ Open*. 2022;12(7):e060223.
32. Conquy S, Costa P, Haab F, Delmas V. Traitement non chirurgical du prolapsus. *Prog Urol*. 2009;19(13):984-7.
33. Sarma S, Ying T, Moore KH. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *BJOG*. 2009;116(13):1715-21.
34. Arias BE, Ridgeway B, Barber MD. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(8):1173-8.
35. Schraub S, Sun XS, Maingon P, Horiot JC, Daly N, Keiling R, et al. Cervical and vaginal cancer associated with pessary use. *Cancer*. 1992; 69(10):2505-9.
36. Espitia de la Hoz FJ. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. *MÉD UIS*. 2015;28(3):309-15.
37. Wharton L, Athey R, Jha S. Do vaginal pessaries used to treat pelvic organ prolapse impact on sexual function? A systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2022;33(2):221-33.
38. Lowenstein L, Gamble T, Sanses TV, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, et al. Changes in sexual function after treatment for prolapse are related to the improvement in body image perception. *J Sex Med*. 2010; 7(2 Pt 2):1023-8.
39. Meriwether KV, Komesu YM, Craig E, Qualls C, Davis H, Rogers RG. Sexual function and pessary management among women using a pessary for pelvic floor disorders. *J Sex Med*. 2015;12(12):2339-49.
40. Rantell A. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and their impact on sexual function. *Sex Med Rev*. 2019;7(4):597-603.
41. van der Vaart LR, Vollebregt A, Puijssers B, Milani AL, Lagro-Janssen AL, Roovers JWR, et al. Female sexual functioning in women with a symptomatic pelvic organ prolapse: a multicenter prospective comparative study between pessary and surgery. *J Sex Med*. 2022;19(2):270-9.
42. Espitia de la Hoz FJ. Evaluación de la calidad de vida en mujeres climéricas con prolapso genital luego del uso del pesario. *Rev Col Menopausia*. 2018;24(4):8-18.
43. 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(6):637-44.
44. Espitia de la Hoz FJ. Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. *Rev Sexología*. 2015;4(2):11-8.
45. Martínez-Galiano JM, Peinado-Molina RA, Martínez-Vázquez S, Hita-Contreras F, Delgado-Rodríguez M, Hernández-Martínez A. Influence of pelvic floor disorders on sexuality in women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;164(3):1141-50.
46. Li-Yun-Fong RJ, Larouche M, Hyakutake M, Koenig N, Lovatt C, Geoffrion R, et al. Is pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? A cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. *J Sex Med*. 2017;14(2):226-37.
47. Nemeth Z, Vida P, Markovic P, Gubas P, Kovacs K, Farkas B. Long-term self-management of vaginal cube pessaries can improve sexual life in patients with pelvic organ prolapse, results from a secondary analysis. *Int Urogynecol J*. 2024;35(12):2329-34.
48. Sansone S, Sze C, Eidelberg A, Stoddard M, Cho A, Asjdodi S, et al. Role of pessaries in the treatment of pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2022;140(4):613-22.
49. Zeiger BB, da Silva Carramão S, Del Roy CA, da Silva TT, Hwang SM, Auge APF. Vaginal pessary in advanced pelvic organ prolapse: impact on quality of life. *Int Urogynecol J*. 2022;33(7):2013-20.
50. 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.