

## Cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos: características y evaluación de la función sexual\*

Dres. Daniela Mautone,<sup>1</sup> Angie Sánchez,<sup>1</sup> Fernando Enrique Torres Álvarez.<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar los cambios en la función sexual en pacientes sometidas a cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos, en la unidad de piso pélvico, del servicio de ginecología, del Hospital Universitario de Caracas durante el período comprendido entre enero 2013 - diciembre 2014.

**Métodos:** Se aplicó un instrumento tipo cuestionario conocido como "Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire" en su versión en español (PISQ- 12) a 68 pacientes que fueron sometidas a cirugía reconstructiva de órganos pélvicos, antes de la intervención y 6 meses después de la misma.

**Resultados:** Después de la cirugía se evidenció un aumento en la frecuencia de deseo sexual y la frecuencia en la cual las pacientes llegaban al clímax. El dolor mejoró y la intensidad de los orgasmos se mantuvo igual.

**Conclusión:** La cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos ejerce una mejoría en la función sexual global de las pacientes.

**Palabras clave:** Cirugía reconstructiva, Prolapso de órganos pélvicos, Función sexual.

### SUMMARY

**Objective:** To evaluate changes in sexual function in patients undergoing reconstructive surgery for pelvic organ prolapse in the pelvic floor unit, the gynecology department of the University Hospital of Caracas during the period January 2013 - December 2014.

**Methods:** an instrument type questionnaire known as "Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire" in the version in Spanish (PISQ- 12) was applied to 68 patients who underwent reconstructive surgery of pelvic organs, before and after six months of the intervention.

**Results:** After surgery, an increase in the frequency of sexual desire and the frequency in which patients reached the climax was evident. The pain improved and the intensity of orgasm was unchanged.

**Conclusions:** Reconstructive surgery for pelvic organ prolapse exerts an improvement in sexual function of patients.

**Keywords:** Reconstructive surgery, Pelvic organ prolapse, Sexual function.

## INTRODUCCIÓN

El comportamiento y la expresión sexual forman parte de una vida sana (1). Sin embargo muchas veces puede llegar a ser menospreciada y convertida en una acción rutinaria y monótona donde el placer deja de ser el objetivo principal, sobretudo en el sexo femenino.

El tabú forma parte importante como agente causal, aunado muchas veces a la falta de información o bien a alteraciones físicas y psíquicas en la mujer, que no permiten un correcto desempeño y por tanto condicionan disminución en la calidad de vida (2).

El prolapso genital femenino es una de las alteraciones que se encuentran más frecuentemente asociadas a la disfunción del piso pélvico, reportándose desde tiempos remotos. El primer reporte del que se tiene conocimiento data del año 1500 AC, en el papiro de Ebers, luego Hipócrates describe su tratamiento en el año 400 AC, constituyéndose en la primera indicación de histerectomía en la historia de la medicina (3).

<sup>1</sup> Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas.

\*Presentado como Trabajo Especial de Grado para optar el título de Especialista en Obstetricia y Ginecología. Trabajo de ascenso de miembro afiliado a miembro titular de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, por la Dra. Daniela Mautone, en el Congreso de Obstetricia y Ginecología celebrado en Caracas en marzo 2017.

## CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: CARACTERÍSTICAS Y EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL

En el siglo XX, los avances informativos han generado mayor afluencia de las mujeres a la consulta ginecológica, y es ahí donde comienzan a aparecer las patologías de piso pélvico, cuyo diagnóstico y tratamiento ha estado, la mayoría de las veces, centrado en la resolución médica y/o quirúrgica, sin tomar en cuenta el impacto que la misma pueda tener en la función sexual de la mujer (3).

En la actualidad, el prolapso genital femenino es una de las causas más frecuentes de consulta e indicación quirúrgica en la práctica ginecológica diaria; de tal forma, se estima que alrededor de 11 % de las mujeres son sometidas a una cirugía de prolapso y/o de incontinencia urinaria en algún momento de su vida. Por otra parte, estudios de prevalencia sitúan al prolapso de órganos pélvicos en valores cercanos al 5 % en la población femenina entre los 20 a 59 años (3).

Es por ello que el presente estudio pretende describir cómo es la función sexual antes y después de una cirugía reconstructiva de piso pélvico, para así poder brindar a las pacientes una atención integral, solucionando no solo los problemas de salud sino mejorando la calidad de vida y garantizando un correcto funcionamiento tanto anatómico como fisiológico que permita a la mujer tener una vida sexual más satisfactoria.

El estudio se realizó con el objetivo de evaluar los cambios en la función sexual en pacientes sometidas a cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos, en la unidad de piso pélvico, del servicio de ginecología, del Hospital Universitario de Caracas durante el período comprendido entre enero 2013 - diciembre 2014.

### MÉTODOS

Se realizó una investigación prospectiva y descriptiva. La muestra intencional, no probabilística, estuvo constituida por 40 pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos, que fueron sometidas a cirugía reconstructiva durante el periodo comprendido entre enero de 2013 hasta diciembre de 2014.

Se incluyeron pacientes sexualmente activas (última relación sexual en menos de 12 meses), con prolapso sintomáticos, que ameritaron cirugía reconstructiva por vía abdominal y/o vaginal y con deseo voluntario de participar en el estudio. Se excluyeron aquellas

con patologías asociadas como incontinencia urinaria, con enfermedades psiquiátricas concomitantes como depresión o trastornos de ansiedad, analfabetas o con discapacidad visual, con contraindicaciones absolutas o relativas para la cirugía, con enfermedades degenerativas, quienes ameritaron cirugía obliterativa y, finalmente, pacientes con orientación homosexual.

A las pacientes seleccionadas se les aplicó, antes y 6 meses después del procedimiento, un instrumento tipo cuestionario el cual consta de 12 preguntas seleccionadas de su versión original, 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). Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* en su versión corta en español, PISQ- 12, diseñado como un instrumento específico, fiable, válido y auto-administrado para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria (4).

El cálculo de la puntuación se realizó mediante la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem, valorado mediante una escala tipo Lickert donde cero (0) equivale a siempre y cuatro a nunca; invirtiéndose esta puntuación para los ítems que miden los comportamientos y emociones durante la respuesta sexual (ítems 1-4). El rango de puntaje de este instrumento es de 0 a 48 puntos, valor que se multiplica por una constante 2,57. Se considera para todos los ítems las alternativas 0 y 1 como falla en la respuesta sexual, es decir, como una disfunción sexual femenina, siendo a mayor puntaje mejor función sexual. El punto de corte para disfunción sexual es un puntaje menor de 94 puntos y por encima de este valor, función sexual normal. Este instrumento se aplicó previa información del estudio y consentimiento informado por escrito.

Se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes. Los contrastes de los indicadores de PISQ-12 antes y después del procedimiento, se realizaron con la prueba no paramétrica de homogeneidad marginal. Se consideró un valor significativo de contraste si  $p < 0,05$ . Los datos fueron analizados con JMP-SAS 12.

## RESULTADOS

Las edades estaban comprendidas entre 29 y 86 años, con una media de 61 años, con desviación típica de 11 años (tabla 1). En relación a la ocupación, 85 % se dedica a oficios del hogar. Con respecto a la escolaridad, la mayoría se incluyó en 2 grupos equitativos de 27,5 % cada uno, correspondiente a primaria completa y secundaria completa.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, 92,5 % tuvo parto vaginal, de las cuales 75 % tenían 3 o más partos vaginales y entre las complicaciones surgidas durante el parto, 75 % de las pacientes sufrió traumatismo perineal.

Tabla 1. Característica de la muestra

Variables	Estadísticos	
Edad	61 ± 11	
Ocupación	n	%
Empleada	6	15,0
Oficios del hogar	34	85,0
Escolaridad		
Primaria incompleta	6	15,0
Primaria completa	11	27,5
Secundaria incompleta	10	25,0
Secundaria completa	11	27,5
TSU	2	5,0
Tipo de parto		
Vaginal	37	92,5
Cesárea	3	7,5
Trauma perineal		
Si	30	75,0
No	10	25,0
Menopausia		
Si	33	82,5
No	7	17,5
Paridad		
Nulípara	3	7,5
I-II	7	17,5
III o más	30	75,0
Estrógenos locales		
Si	5	12,5
No	35	87,5

En cuanto a los antecedentes ginecológicos, 82,5 % de las pacientes se encontraban menopáusicas y de estas, 87,5 % sin uso de terapia de remplazo hormonal con estrógenos locales.

El análisis de cada uno de los ítems contenidos en el PISQ-12 se presenta a continuación:

Frecuencia del deseo sexual (tabla 2). Antes de la cirugía, 32,5 % de las pacientes referían sentir deseo sexual menos de una vez al mes. Posterior a la cirugía, 10 pacientes (25 %) reportaron deseo 1 vez al mes y 10 pacientes (25 %) 1 vez por semana. Destaca que el grupo de pacientes que referían nunca tener deseo sexual antes de la cirugía (12,5 %), disminuyó a 5 % posterior a la misma. De igual manera la opción siempre, paso de ser 0 % a 10 % de pacientes después de la cirugía ( $p=0,001$ ).

Tabla 2. Deseo sexual.

Respuestas	Precirugía		Poscirugía	
	n	%	n	%
Nunca	5	12,5	2	5,0
Menos de 1 al mes	13	32,5	7	17,5
1 vez por mes	2	5	10	25,0
1 vez por semana	11	27,5	10	25,0
Todos los días	9	22,5	7	17,5
Siempre	0	0,0	4	10,0

$p = 0,001$

Clímax u orgasmo durante la actividad sexual (tabla 3). Previo a la cirugía, 35 % describieron que rara vez y

Tabla 3. Clímax.

Respuestas	Precirugía		Poscirugía	
	n	%	n	%
Nunca	0	0,0	1	2,5
Rara vez	14	35,0	9	22,5
Algunas veces	13	32,5	6	15,0
Frecuentemente	1	2,5	10	25,0
Siempre	12	30,0	14	35,0

$p = 0,021$

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS:  
CARACTERÍSTICAS Y EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL

32,5 % algunas veces lograban el orgasmo. Después de la cirugía, 25 % describió frecuentemente y 35 % siempre ( $p=0,021$ ).

Excitación durante la actividad sexual (tabla 4). Precirugía, hubo un 60 % de mujeres que reportaron que siempre sentían excitación sexual, 20 % dijeron que rara vez y 17,5 % dijeron que algunas veces. Posterior a la cirugía, 42,5 %, expresaron siempre, 30 % dijeron que rara vez y 15 % dijeron que algunas veces ( $p=0,050$ )

Tabla 4. Excitación.

Respuestas	Precirugía		Poscirugía	
	n	%	n	%
Nunca	0	0,0	1	2,5
Rara vez	8	20,0	12	30,0
Algunas veces	7	17,5	6	15,0
Frecuentemente	1	2,5	4	10,0
Siempre	24	60,0	17	42,5

$p = 0,050$

Satisfacción con las diferentes actividades sexuales (tabla 5). Con respecto a la satisfacción sexual se puede evidenciar que antes de la cirugía, ninguna paciente refirió que nunca se sentía satisfecha, y 3 (7,5 %) refirió satisfacción rara vez. Veintidós (55 %) pacientes reportaron estar satisfechas siempre. Después de la cirugía, 11 (27,5 %) pacientes reportaron rara vez, 11 (27,5 %) frecuentemente y 9 (22,5 %) siempre ( $p=0,001$ ).

Tabla 5. Satisfacción sexual.

Respuestas	Precirugía		Poscirugía	
	n	%	n	%
Nunca	0	0,0	3	7,5
Rara vez	3	7,5	11	27,5
Algunas veces	9	22,5	6	15,0
Frecuentemente	6	15,0	11	27,5
Siempre	22	55,0	9	22,5

$p = 0,001$

Intensidad del orgasmo (tabla 6). Previo a la corrección quirúrgica, 16 (40 %) mujeres refirieron que el orgasmo era menos intenso y 4 (10 %) igual de intenso. Después de la corrección, 18 (45 %) y 12 (30 %) dieron esas mismas respuestas ( $p=0,138$ ).

Tabla 6. Intensidad del orgasmo.

Respuestas	Precirugía		Poscirugía	
	n	%	n	%
Mucho menos intenso	11	27,5	2	5,0
Menos intenso	16	40,0	18	45,0
Igual de intenso	4	10,0	12	30,0
Más intenso	0	0,0	1	2,5
Mucho más intenso	9	22,5	7	17,5

$p = 0,138$

Limitaciones sexuales femeninas (tabla 7). Se observa que, antes de la cirugía, 22 pacientes (55 %) señalaron no sentir dolor nunca y las restantes 18 (45 %) solo algunas veces. Después de la intervención quirúrgica, 28 mujeres (70 %) describieron que nunca tenían dolor. ( $p=0,071$ ). Tanto antes como después de la cirugía, 38 pacientes (95 %) reportaron que nunca tenían incontinencia urinaria durante la actividad sexual ( $p=1,000$ ). Sin embargo, antes de la cirugía, 4 pacientes reportaron restricción de la actividad sexual por temor a la incontinencia, 1 (2,5 %) rara vez, 2 (5 %) algunas veces y 1 (2,5 %) siempre. Una paciente (2,5 %) señaló evitar la actividad sexual por este problema rara vez y una (2,5 %) algunas veces ( $p=0,083$ ). La frecuencia de pacientes que evitan las relaciones sexuales por bultos en vagina, nunca, rara vez y siempre, antes de la cirugía fue de 70 %, 2,5 % y 5 %, respectivamente. Después de la cirugía, la frecuencia de mujeres que nunca lo evitaban por esa causa fue de 30 (75 %). Hubo 3 mujeres (7,5 %) que dijeron evitar la actividad sexual por esta causa siempre. ( $p=0,371$ ). Finalmente, los resultados muestran que antes de la intervención quirúrgica, la frecuencia de pacientes que refirieron no sentir reacciones emocionales negativas durante la actividad sexual, nunca, o sentirlas rara vez o algunas veces fue de 77,5 %, 5 % y 17,5 %, respectivamente. Después de la cirugía, estas respuestas se observaron en 70 %, 15 % y 10 %. Adicionalmente, dos pacientes (5 %) dijeron siempre tener reacción emocional negativa ( $p=0,423$ ).

Tabla 7. Limitaciones sexuales femeninas

Respuestas	Precirugía		Poscirugía		p
	n	%	n	%	
Dolor durante las relaciones sexuales					0,071
Nunca	22	55,0	28	70,0	
Rara vez	0	0,0	4	10,0	
Algunas veces	18	45,0	7	17,5	
Frecuentemente	0	0,0	0	0,0	
Siempre	0	0,0	1	2,5	
Incontinencia urinaria durante las relaciones					1,000
Nunca	38	95,0	38	95,0	
Rara vez	1	2,5	1	2,5	
Algunas veces	1	2,5	1	2,5	
Frecuentemente	0	0,0	0	0,0	
Siempre	0	0,0	0	0,0	
Restricción de la actividad sexual por miedo a la incontinencia					0,083
Nunca	36	90,0	38	95,0	
Rara vez	1	2,5	1	2,5	
Algunas veces	2	5,0	1	2,5	
Frecuentemente	0	0,0	0	0,0	
Siempre	1	2,5	0	0,0	
Evitación de la relación sexual por bultos					0,371
Nunca	28	70,0	30	75,0	
Rara vez	1	2,5	3	7,5	
Algunas veces	5	12,5	4	10,0	
Frecuentemente	4	10,0	0	0,0	
Siempre	2	5,0	3	7,5	
Reacciones emocionales negativas durante las relaciones sexuales					0,423
Nunca	31	77,5	28	70,0	
Rara vez	2	5,0	6	15,0	
Algunas veces	7	17,5	4	10,0	
Frecuentemente	0	0,0	0	0,0	
Siempre	0	0,0	2	5,0	

Limitaciones sexuales masculinas (tabla 8). Antes de la cirugía, 19 (47,5 %) pacientes respondieron que nunca tuvieron problemas de erección con su pareja, y otras 19 (47,5 %) dijeron que algunas veces. Después de la

cirugía, estas respuestas se observaron en 17 (42,5 %) y 16 (40 %) casos ( $p=0,327$ ). En relación a la eyaculación precoz, antes de ser intervenidas, 31 (77,5 %) pacientes refirieron que nunca lo habían experimentado,

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS:  
CARACTERÍSTICAS Y EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL

Tabla 8. Limitaciones sexuales masculinas.

Respuestas	Precirugía		Poscirugía		p
	n	%	n	%	
Erección					0,327
Nunca	19	47,5	17	42,5	
Rara vez	2	5,0	4	10,0	
Algunas veces	19	47,5	16	40,0	
Frecuentemente	0	0,0	1	2,5	
Siempre	0	0,0	2	5,0	
Eyacuación precoz					0,019
Nunca	31	77,5	22	55,0	
Rara vez	1	2,5	4	10,0	
Algunas veces	2	5,0	9	22,5	
Frecuentemente	6	15,0	4	10,0	
Siempre	0	0,0	1	2,5	

2 (2,5 %) algunas veces y 6 (15 %) pacientes dijeron que frecuentemente. Después de la intervención, estas respuestas fueron dadas por 22 (55 %), 9 (22,5 %) y 4 (10 %) mujeres, respectivamente (p=0,019).

En cuanto a las puntuaciones totales obtenidas en el cuestionario PISQ-12, se obtuvo una mediana de 95,090 puntos, con extremos de 56,5 y 118,2 antes de la cirugía. Después de la misma, la mediana de la puntuación fue 98,945, con un mínimo de 43,7 y un máximo de 123,4 (p=0,844). Se utilizó la mediana porque la distribución no sigue la curva de Gauss.

## DISCUSIÓN

La sexualidad humana forma parte de la calidad de vida de la mujer. Comprende un conjunto de comportamientos para lograr la satisfacción y el deseo sexual. Forma parte de la vida cotidiana y es reflejo del bienestar físico, social y mental (5).

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que la cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos ejerce una mejoría en algunos aspectos de la función sexual de las pacientes. Estos hallazgos concuerdan con los demostrados en el estudio de Stoutjesdijk y col. (6), en 2005.

En líneas generales, en este estudio se pudo observar que hubo una influencia positiva en la fase de excitación de la respuesta sexual femenina, aumentando significativamente el deseo sexual, aspecto importante que se relaciona con una buena función sexual. Se evidenció un desplazamiento de 5 puntos aproximadamente, de la máxima puntuación alcanzada antes de la cirugía, en comparación con la alcanzada posterior a la misma. Recordando que a mayor puntuación en el *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-12) - versión en español, corresponde a mejor función sexual. Sin embargo no se evidenció cambio significativo en las limitaciones sexuales femeninas y masculinas.

Ahora bien con respecto a la frecuencia del deseo sexual, hubo un aumento significativo en la mayoría de las pacientes, coincidiendo un estudio previo (5), en el cual hubo mejoría en 90 % de las pacientes, solo una de ellas manifestó no sentir cambios después de la cirugía, lo que sugiere la presencia de otros problemas de la sexualidad previos, no relacionados a la misma. Opuesto a esto, el hallazgo reportado por Handa y col. (7), quienes en su estudio detectaron que el grupo de mujeres con alteración del deseo sexual no mostró cambios luego de la cirugía.

En cuanto al clímax se observó que previo a la cirugía, la mayoría de las pacientes habían referido que rara vez conseguían orgasmos durante la relación sexual, sin embargo después de la cirugía el mayor número de pacientes refirió siempre llegar al orgasmo. No sucedió lo mismo en cuanto a la excitación sexual, ya que no hubo mejoría después de la cirugía. Por último, se evidenció que la mayoría de las pacientes evaluadas refirieron que la intensidad de los orgasmos se mantuvo igual de intensos antes y después de la cirugía, difiriendo con el estudio de Kariman y col. (8), en el cual los orgasmos, el deseo y la frecuencia sexual, aumentaron después de 3 meses de la cirugía, sin cambios significativos en la satisfacción sexual.

Al evaluar la satisfacción sexual se evidenció una disminución de la misma posterior a la cirugía, probablemente por la presencia de algún trastorno sexual no relacionado con defectos del piso pélvico, ni con su corrección, difiriendo con el trabajo de Urdaneta y col. (9), el cual reportó satisfacción sexual muy baja previa a la cirugía, con cambios significativos posterior a la misma.

En cuanto a las limitaciones sexuales femeninas se puede evidenciar que el dolor durante las relaciones sexuales disminuyó, aunque no en forma significativa, posterior a la cirugía, aumentando el número de pacientes que refirieron nunca sentirlo, coincidiendo con el estudio de Flores y col. (10), quienes reportaron que 89,5 % de las mujeres con prolapso de órganos pélvicos manifestaban dolor durante la relación sexual, y posterior a la cirugía solo 7 % de ellas referían este síntoma. Nieminen y col. (11), reportaron 15 pacientes con dolor, sin mejoría significativa posterior a la cirugía.

A propósito de la presencia de incontinencia urinaria durante la actividad sexual, se encontró que no hubo cambios después de la cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos, probablemente porque las pacientes incluidas en el estudio no tenían el diagnóstico previo de incontinencia urinaria y por tanto, no se realizó ninguna técnica dirigida a la corrección de la misma. Lo anterior difiere del estudio de Urdaneta y col. (9), en el cual más de tres tercios de las pacientes referían incontinencia urinaria previa a la cirugía, muy superior a lo descrito por la literatura. Con respecto a la restricción de la actividad sexual por miedo a la

incontinencia urinaria o fecal, no hubo cambio notable, la mayoría de las pacientes no tenían restricción sexual antes ni después de la cirugía. Un resultado similar se observó al evaluar si las pacientes evitaban o no la relación por la presencia de bultos o masas en la vagina, ya que la mayoría de las pacientes nunca evitaban las relaciones sexuales ni antes ni después de la cirugía, difiriendo con el estudio de Pauls y col. (12), en el cual antes de la reparación, el abultamiento vaginal era la principal barrera para la actividad sexual.

De igual manera se evidenció que la mayoría de las pacientes refirieron nunca tener reacciones emocionales negativas durante las relaciones sexuales ni antes ni después de la cirugía.

En relación a los ítems que evalúan las limitaciones sexuales masculinas, en el ámbito de problemas de erección del compañero sexual se observó que no hubo cambio notable al evaluar si esta condición afectaba o no la calidad de la relación sexual después de la cirugía, ya que la mayoría de las pacientes refirieron que nunca o algunas veces su pareja tenía disfunción eréctil, difiriendo con el estudio de Urdaneta y col. (9), en el cual se encontró que entre 40 % - 50 % de las mujeres manifestaron previo a la cirugía, cambios en su funcionamiento sexual debido a problemas de erección o eyaculación precoz de sus parejas, sin diferencia significativa posterior a la misma.

Sin embargo en cuanto a los problemas de eyaculación precoz de la pareja, se evidencia que después de la cirugía, la mayoría de las pacientes refirieron que esta condición afecta la actividad sexual. Esto puede ser debido a que la mejoría en el deseo sexual después de la cirugía condiciona que la limitación masculina influya más en la calidad del ejercicio de la función sexual, a pesar de no estar directamente relacionado con las afecciones del piso pélvico, esto coincide con una investigación previa realizada en Caracas (5).

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que con la cirugía, hubo mejoría en la respuesta sexual en cuanto al deseo sexual y al clímax. La satisfacción sexual disminuyó. El dolor durante la actividad sexual, la excitación y la intensidad de los orgasmos no se vieron afectados. Las limitaciones sexuales femeninas no mejoraron con el tratamiento. Por

## CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: CARACTERÍSTICAS Y EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL

otro lado, entre las limitaciones sexuales masculinas, la eyaculación precoz aumentó como problema que afecta la calidad de la actividad sexual.

Con base a lo anterior, se recomienda la realización de nuevas investigaciones que incluyan un número mayor de pacientes, así como también investigaciones que comparen los diferentes tipos de defectos de piso pélvico y las posibles técnicas quirúrgicas correctivas para determinar así el impacto de las mismas sobre la función sexual. De igual manera se recomienda para futuras investigaciones explorar de forma detallada los trastornos de la función sexual ya que la mayoría de las veces no se trata solo de un problema anatómico sino una diversidad de factores psicológicos y culturales que afectan la respuesta sexual, que también deben ser evaluados.

Los autores desean agradecer al Dr. David Carrasco, médico residente del curso de ampliación de disfunción y cirugía reconstructiva del piso pélvico, Hospital Universitario de Caracas, por dedicar parte de su valioso tiempo en la facilitación de las historias médicas. Al Lic. Douglas Angulo, por haber formado parte de este proyecto y por contribuir al asesoramiento estadístico.

### REFERENCIAS

1. Bianco FJ. MDS-III: Manual diagnóstico en Sexología. 3era ed. Caracas: CIPV; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Ginebra: Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28-31 January 2002, Geneva; 2002 [Consultado julio 2015]. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1)
3. Laíz D, Urzúa F. Cervico histeropexia sacra con reparación paravaginal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71(1): 31-34.
4. Espuña M, Puig M. Cuestionario para la evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del "Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire"(PISQ-12). Actas Urol Esp. 2008; 32 (2): 211- 219.
5. Fermín M, Amarista A. Función sexual posterior a la realización de cirugía vaginal reconstructiva. [Trabajo Especial de Grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2013.
6. Stoutjesdijk J, Vierhout M, Spruijt J, Massolt E. Does vaginal reconstructive surgery with or without vaginal hysterectomy or trachelectomy improve sexual well being? A prospective follow-up study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.. 2006; 17 (2): 131-135.
7. Handa V, Zyczynski H, Brubaker L, Nygaard I, Janz N, Richter H, *et al.* Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2007; 197 (6): 629e1-629e6.
8. Kariman N, Tarverdi M, Azar M, Alavi-Madjd H. Evaluating the effects of colporrhaphy on the sexual satisfaction of women. J Reprod Infert. 2005; 6 (3): 254-260.
9. Urdaneta J, Briceño L, Cepeda M, Montiel C, Marcucci R, Benítez A, *et al.* Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2013 [Consultado agosto 2015]; 78 (2): 102 - 113. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v78n2/art06.pdf>
10. 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): 331-337.
11. Nieminen K, Hiltunen R, Heiskanen E, Takala T, Niemi K, Merikari M, *et al.* Symptom resolution and sexual function after anterior vaginal wall repair with or without polypropylene mesh. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008; 19 (12):1611-1616.
12. Pauls R, Silva WA, Rooney C, Siddighi S, Kleeman S, Dryfhout V, *et al.* Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197 (6): 622.e1-622.e7.

Recibido febrero de 2019  
Aprobado abril de 2019