

Función sexual en pacientes histerectomizadas

Dras. Francymar Faría*, Marianella Ferrarotto*, Mireya González Blanco**

RESUMEN

Objetivo: Identificar las modificaciones en la función sexual relacionadas con la histerectomía en un grupo de pacientes intervenidas en la Maternidad "Concepción Palacios".

Métodos: Diseño prospectivo, longitudinal y descriptivo. Se aplicó a 100 pacientes índice de función sexual femenina, antes de la intervención, 3 y 6 meses después. Se evaluó deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Los datos se distribuyeron según la frecuencia absoluta y relativa, comparados por diferencias de proporciones y/o Chi cuadrado ($P < 0,05$).

Resultados: A los 3 meses 32 % de las pacientes no habían iniciado actividad sexual, esto volvió a la situación basal a los 6 meses. La frecuencia de actividad sexual aumentó de 43 % a 73 % al sexto mes. El dolor y su intensidad se redujeron significativamente. Ninguna de las fases de la función sexual se vio afectada a los 6 meses de seguimiento. La técnica quirúrgica y las complicaciones no tuvieron influencia sobre la sexualidad.

Conclusiones: La histerectomía no genera cambios en la función sexual, cuando existen generalmente son positivos. Estos son independientes de la técnica quirúrgica y de las complicaciones.

Palabras clave: Histerectomía. Función sexual.

SUMMARY

Objective: To identify changes in sexual function related to hysterectomy in a group of patients treated in the Maternidad "Concepcion Palacios".

Methods: Design prospective, longitudinal and descriptive. Applied to 100 patients female Sexual Function Index, before the intervention, 3 and 6 months later. Desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain was evaluated. Data were distributed according to the frequency, absolute and relative, compared by differences of proportions or Chi square ($P < 0.05$).

Results: At 3 months 32 % of patients had not initiated sexual activity, this returned to baseline at 6 months. The frequency of sexual activity increased from 43 % to 73 % in the sixth month. Pain and its intensity is significantly reduced. None of the stages of sexual function was affected at 6 months of follow-up. The surgical technique and complications had no influence on sexuality.

Conclusions: Hysterectomy does not generate changes in sexual function, when there usually are positive. These are independent of the surgical technique and complications.

Key words: Hysterectomy. Sexual function

INTRODUCCIÓN

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, porque este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. Si a la complejidad humana se le suman los

problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, se entiende que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana.

* Ginecoobstetras, egresadas del Curso de Especialización de la Universidad Central de Venezuela, de la Maternidad "Concepción Palacios".

** Médica especialista en Obstetricia y Ginecología, Jefa del Servicio de Ginecología y Directora del Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, Maternidad "Concepción Palacios".

El ciclo de respuesta sexual en la mujer se caracteriza por cuatro fases secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Con base en la clasificación de la respuesta sexual de Masters y Johnson, ampliada por Kaplan (1), la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) clasificó a los trastornos de respuesta sexual normal en 4 tipos: trastornos del deseo, trastornos de la excitación, falla orgásmica, y dolor sexual. Laumann y col. (2), encontraron que 43 % de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual, que comprometen fundamentalmente el deseo y la excitación. Sin duda alguna, la sexualidad es un aspecto central en la vida de la mujer y es el reflejo de su bienestar físico, psicológico y social.

La mayor parte de las veces, la incapacidad de tener una respuesta sexual normal se debe a factores psicológicos que alteran el despertar sexual. Tales problemas comprenden, entre otros, la información errónea, por ejemplo, las mujeres que han sido sometidas a histerectomía o mastectomía pueden sentirse “incompletas”, de igual manera, algunas perciben la satisfacción sexual como mala o tienen sentimientos de culpa acerca de acontecimientos previos psicológicamente traumáticos (3).

La histerectomía, es un procedimiento quirúrgico realizado por más de 150 años (4); históricamente el útero se consideró como regulador y director de funciones fisiológicas importantes, un órgano sexual, una fuente de energía, vitalidad y de mantenimiento de la juventud. Se ha sugerido que el cérvix podría ser importante en la función sexual, y durante mucho tiempo se ha generado una gran controversia en relación con cuál procedimiento, histerectomía abdominal total o subtotal, confiere mayores beneficios (4). Sin embargo, los avances en cirugía que permitieron perfeccionar la forma de remover el cuello uterino y el deseo de prevenir el cáncer cervical, llevó a los cirujanos a extirpar el cérvix de manera rutinaria en la histerectomía, aunque estuviera sano.

Para el año 2004 se practicaron aproximadamente 600 000 histerectomías en el Reino Unido y Estados Unidos, fue la intervención ginecológica más frecuente por causa no obstétrica, y llega a ocupar el segundo lugar de procedimientos después de las cesáreas. A más de una cuarta parte de estas mujeres se les realiza este procedimiento antes de la menopausia (5).

La situación en Venezuela no dista mucho de la internacional, según datos obtenidos del Departamento de Estadística y Archivo de la Maternidad “Concepción Palacios” para el año 2007, se realizaron 340 histerectomías.

Algunas mujeres perciben la histerectomía como una amputación de su feminidad; estas mujeres suelen preocuparse acerca de los efectos potenciales de estas intervenciones sobre su función sexual. El tema es muy complejo, dado que los factores intervinientes, ya sean físicos o psicológicos, tales como la relación con su pareja, los efectos hormonales, el bienestar socio-psicológico, la indicación quirúrgica, la raza, la cultura y el tipo de cirugía efectuada, ejercen influencias variadas e incuantificables sobre la sexualidad (6). Por tal motivo no es suficiente medir los resultados de la intervención en función de términos simples de morbilidad. Por ejemplo la calidad de vida es una importante variable en la investigación en la búsqueda de intervenciones médicas que pudieran afectarla positiva o negativamente (4).

El útero, el cuello y la vagina intervienen en la respuesta sexual, las modificaciones producidas en estas estructuras vinculadas a la intervención pueden producir alteraciones en la sexualidad femenina, las cuales pueden explicarse por mecanismos neurales como denervación, disminución de la longitud y de la vasocongestión de la vagina; estas modificaciones pueden producir pérdida del deseo sexual, la excitación y el orgasmo (4,5).

De igual manera, según refieren Kim y col. (6), Masters y Johnson, en sus primeros estudios acerca de la respuesta sexual femenina, sugirieron que, al menos en algunas mujeres, el útero podría ejercer un papel en la fisiología del así llamado “orgasmo vaginal”. Por ello, se ha pensado que el orgasmo vaginal podría verse afectado luego de la histerectomía total. Por tal motivo, existe cierta tendencia de hacer las cirugías lo menos extensas posibles y conservar la mayor cantidad de órganos y tejidos sanos, y de volver a la sana costumbre de preservar el cérvix, cuando el caso lo permite.

Se le atribuyen a este procedimiento varios beneficios. En el cuello uterino hay nervios que forman parte de todo el complejo sensorial que le permite a la mujer experimentar cierta sensación de placer necesaria para el orgasmo. Entre más tejidos se comprometen en una operación, mayor es el riesgo de que la mujer pueda perder sensibilidad en ciertas zonas (4), por otra parte, el soporte del piso pelviano no se ve afectado, los ligamentos cardinales y uterosacros no son dañados, y la vagina tampoco es abierta, por lo cual la respuesta sexual posoperatoria podría no modificarse.

Sin duda alguna el cerebro es el órgano más importante para la sexualidad humana. El desarrollo

sexual del cerebro es afectado por el medio ambiente hormonal prenatal y posnatal, el genotipo, el aprendizaje y la experiencia ulterior. Si bien las dudas de las pacientes suelen relacionarse con manifestaciones periféricas de la respuesta sexual humana, los médicos deben tener presente que las enfermedades y los fármacos ejercen efectos centrales y periféricos sobre la función sexual. Dado que las posibilidades de tratamiento farmacológico de la disfunción sexual son limitadas, muchas de las intervenciones destinadas a mejorar la función sexual se hacen sobre la base de la capacidad cerebral de aprender. La función sexual después de una histerectomía depende principalmente de cómo era esta previa a la cirugía (7).

Otros factores pueden contribuir al decremento de la función sexual posterior a la histerectomía; tal situación fue planteada por Jewett (8) quien examinó la posibilidad de que la histerectomía cause dispareunia por el acortamiento de la vagina. Orgasmos externos causados por la estimulación del clítoris no son afectados por la histerectomía; por otra parte, Hasson (9) postuló que los orgasmos internos causados por la estimulación de las terminales nerviosas del plexo útero vaginal son afectados por la histerectomía total. Finalmente, la resequeza vaginal, es conocida como resultado de un déficit de estrógeno causado por una histerectomía con ooforectomía bilateral en premenopáusicas. Sin embargo, los mismos síntomas pueden encontrarse en pacientes sometidas a histerectomía total con conservación de anexos en premenopáusicas, si estas ya presentaban síntomas de falla ovárica (9).

Aunque algunas evidencias indican que la histerectomía produce un decremento en la función sexual, otras evidencias sugieren lo contrario. Se ha señalado que del 16 % al 47 % de las mujeres no reportan cambios y del 34 % al 70 % mejoran sus vidas sexuales después de la histerectomía (9). Así la relación existente entre la histerectomía y la función sexual permanece aún poco clara (6).

Dado que la histerectomía constituye un procedimiento quirúrgico realizado con frecuencia en el ámbito mundial, se plantea el presente estudio para identificar las modificaciones en la función sexual relacionadas con dicha intervención quirúrgica, bajo la motivación de evaluar si las modificaciones producidas por la histerectomía pueden repercutir sobre el deseo sexual, la excitación y el orgasmo y dilucidar si verdaderamente se trata de un mito o una realidad. De esta manera se podrán implementar

medidas que nos permitan orientar y advertir a la paciente sobre los efectos de la histerectomía en su vida sexual, sobre todo porque constituye unas de las inquietudes más expuestas por las propias pacientes y sus parejas.

MÉTODOS

Se trató de un diseño prospectivo, longitudinal y descriptivo. Se incluyeron 100 pacientes quienes ingresaron con indicación electiva de histerectomía, con diagnóstico de patologías uterinas benignas, vida sexual activa en el mes previo a la intervención quirúrgica, pareja sexual estable en los últimos 3 meses y debían ser localizables para evaluación posterior. Se excluyeron las pacientes mayores de 60 años de edad, aquellas con patología psiquiátrica, alteraciones de la innervación pélvica y las que no acudieron a las consultas de seguimiento.

A todas las pacientes se les explicó en forma detallada los alcances de la investigación para obtener la firma del consentimiento informado. Luego se les aplicó una encuesta, la cual consta de datos de identificación y otros inherentes al procedimiento quirúrgico (indicación quirúrgica, tipo de intervención, manejo de la cúpula vaginal, complicaciones intraoperatorias y posquirúrgicas, además de días de hospitalización). Posteriormente se incluyen 20 preguntas, con un marco de referencia temporal del último mes.

La primera pregunta de la encuesta precisa con qué frecuencia la paciente mantiene relaciones sexuales. Las preguntas de la 2 a la 20 fueron tomadas del instrumento denominado índice de función sexual femenina desarrollado por Rosen y col. (10), en el año 2000, el cual cumple con la clasificación del *Internacional Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions* (11); las preguntas están agrupadas permitiendo evaluar las siguientes áreas de la función sexual femenina: deseo (preguntas 2 y 3), excitación (preguntas 4 a 7), lubricación (preguntas 8 a 11), orgasmo (preguntas 11 a 14), satisfacción (preguntas 15 a 17) y dolor (preguntas 18 a 20). La encuesta se aplicó, antes de la intervención (entre una semana hasta 24 horas previas al acto quirúrgico), a los tres y seis meses posquirúrgico.

Los datos obtenidos fueron procesados distribuyéndose según la frecuencia absoluta y relativa, comparados por diferencias de proporciones y/o Chi cuadrado para una $P < 0,05$.

FUNCIÓN SEXUAL DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA

RESULTADOS

Se aplicaron encuestas a 100 pacientes en los 3 períodos establecidos. No hubo pérdida de seguimiento. En vista de ello, la distribución de pacientes y la distribución porcentual son equivalentes.

En el Cuadro 1 se presentan las diferentes indicaciones por las cuales se realizó la histerectomía, se destaca la leiomiomatosis uterina en un 93 %, de ellas, 6 % cursó con anemia, 4 % fueron miomas abortivos, 1 % se asoció a hiperplasia endometrial y 1 % a histerocele.

Cuadro 1

Distribución de pacientes según la indicación quirúrgica

Indicación quirúrgica	N
Leiomiomatosis uterina	81
Leiomiomatosis uterina + anemia	6
Histerocele	4
Mioma abortivo	4
Adenomiosis	1
Hiperplasia endometrial compleja con atipias	1
Leiomiomatosis uterina + hiperplasia endometrial compleja sin atipias	1
Leiomiomatosis uterina + histerocele	1
Poliposis endometrial	1

En el Cuadro 2 se presenta la distribución de pacientes según la frecuencia mensual de relaciones sexuales. Antes de la intervención quirúrgica, el 43 % señaló una frecuencia mayor a 3 veces por mes. A los 3 meses, esta frecuencia bajó a 9 % y para los 6 meses subió a 73 %. A los 3 meses, 32 % de las pacientes no habían iniciado actividad sexual. Esta cifra es de 5 % a los 6 meses.

Cuadro 2

Distribución de pacientes según la frecuencia mensual de relaciones sexuales

Relaciones sexuales	Antes	3 meses	6 meses
Nunca	00	32	05
1 – 2	57	59	22
3 – 4	24	08	45
≥ 5	19	01	28

En el Cuadro 3 se representa la distribución de pacientes según la frecuencia del deseo sexual y la excitación durante la actividad sexual. Antes de la histerectomía, 18 % señaló “siempre o casi siempre” y 33 % “la mayoría de las veces”. A los 3 meses de la intervención 27 % y 20 % se ubicaron en esas categorías, respectivamente. A los 6 meses, este porcentaje se elevó a 31 % en cada una de las categorías mencionadas. Con respecto a la frecuencia de excitación sexual, 31 % señaló que “siempre o casi siempre” y 14 % “la mayoría de las veces”. A los

Cuadro 3

Distribución de pacientes según la frecuencia del deseo sexual y la excitación durante la actividad sexual

	Deseo sexual			Excitación		
	Antes	3 meses	6 meses	Antes	3 meses	6 meses
Siempre o casi siempre	18	27	31	31	26	35
La mayoría de las veces	33	20	31	14	20	33
A veces (alrededor de la mitad)	18	21	19	22	11	15
Pocas veces (menos de la mitad)	15	19	10	16	10	11
Casi nunca o nunca	16	13	09	17	01	01

3 meses de la intervención, 26 % y 20 % señalaron “siempre o casi siempre” y “la mayoría de las veces” respectivamente. A los 6 meses el porcentaje fue de 35 % y 33 % para dichas categorías.

En relación con la intensidad del deseo sexual, fue descrito como “alto o muy alto” en 36 % previo a la intervención, 50 % a los 3 meses, y 57 % a los 6 meses. La intensidad de la excitación antes de la histerectomía fue considerada “moderada” en un 38 % y “alta” en un 29 %. A los 3 meses se registró 24 % y 21 % en las mismas categorías. A los 6 meses el porcentaje fue de 15 % y 44 % respectivamente (Cuadro 4).

Cuarenta y tres por ciento y 22 % señaló “muy alta” y “alta” confianza de excitarse antes de la intervención. A los 3 meses de seguimiento el porcentaje fue 39 % y 14 %. Para los 6 meses aumentó a 47 % y 30 % respectivamente (Cuadro 5). Antes de la

histerectomía, el 54 % se sentía satisfecha “siempre o casi siempre” y “la mayoría de las veces” con la excitación alcanzada durante la actividad sexual. Este porcentaje se mantuvo en 53 % a los 3 meses de seguimiento y se elevó a 72 % a los 6 meses de la intervención (Cuadro 6).

Con respecto a la frecuencia de lubricación, en el preoperatorio el 52 % lo describió “siempre o casi siempre”, seguido de 22 % “la mayoría de las veces”. A los 3 y 6 meses posteriores, la frecuencia fue 42 % y 55 % para “siempre y casi siempre” y 15 % y 16 % “la mayoría de las veces” respectivamente. En relación con la frecuencia con que mantiene la lubricación vaginal hasta finalizar la actividad sexual, antes de la histerectomía 72 % de las pacientes señaló “siempre o casi siempre” y “la mayoría de las veces”. A los 3 y 6 meses de seguimiento, 60 % y 75 % se ubicó en estas categorías respectivamente (Cuadro 7).

Cuadro 4

Distribución de pacientes según la intensidad del deseo sexual y la excitación durante la actividad sexual

	Antes	3 meses Deseo sexual	6 meses	Antes	3 meses Excitación	6 meses
Muy alto	17	20	29	09	12	20
Alto	19	30	37	29	21	44
Moderado	30	22	15	38	24	15
Bajo	17	15	07	11	08	14
Muy bajo o nada	17	13	12	13	03	02

Cuadro 5

Distribución de pacientes según la confianza de excitarse durante la relación sexual

Confianza de excitarse	Antes	3 meses	6 meses
Muy alta confianza	43	39	47
Alta confianza	22	14	30
Moderada confianza	24	12	12
Baja confianza	05	01	04
Muy baja o nada confianza	06	02	02

Cuadro 6

Distribución de pacientes según la frecuencia con que se sintió satisfecha con la excitación durante la actividad sexual

Satisfacción	Antes	3 meses	6 meses
Siempre o casi siempre	43	29	45
La mayoría de las veces	11	24	27
A veces (alrededor de la mitad)	23	04	09
Pocas veces (menos de la mitad)	12	05	09
Casi nunca o nunca	11	06	05

FUNCIÓN SEXUAL DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA

Antes de la intervención, 61% señaló que no le era difícil lubricar, a los 3 y 6 meses, la frecuencia en esta categoría fue 52 % y 68 %. Para los tres períodos del

estudio, 54 %, 51 % y 58 % señalaron que no le era difícil mantener la lubricación vaginal hasta finalizar la actividad sexual (Cuadro 8).

Cuadro 7

Distribución de pacientes según la frecuencia que sintió lubricación vaginal y la mantuvo durante toda la actividad sexual

	Sentir lubricación			Mantener lubricación		
	Antes	3 meses	6 meses	Antes	3 meses	6 meses
Siempre o casi siempre	52	42	55	55	47	57
La mayoría de las veces	22	15	16	17	13	18
A veces (alrededor de la mitad)	13	05	14	13	02	14
Pocas veces (menos de la mitad)	09	04	08	12	06	04
Casi nunca o nunca	04	02	02	03	00	02

Cuadro 8

Distribución de pacientes según la dificultad para lubricar y para mantener la lubricación vaginal hasta finalizar la actividad sexual

	Dificultad para lubricar			Dificultad para mantenerla		
	Antes	3 meses	6 meses	Antes	3 meses	6 meses
Extremadamente difícil o imposible	02	01	01	02	01	01
Muy difícil	03	01	02	02	02	03
Difícil	13	04	12	19	06	07
Poco difícil	21	10	12	23	08	26
No me es difícil	61	52	68	54	51	58

Al evaluar la frecuencia con que las pacientes lo alcanzaron, antes de la intervención el 25 % expresó “siempre o casi siempre”, 31 % “la mayoría de las veces”. A los 3 meses la frecuencia en estas categorías fue de 22 % y 19 % y a los 6 meses 34 % y 31 % respectivamente (Cuadro 9). El 65 % de las pacientes expresó “poca o ninguna dificultad” para alcanzar el orgasmo en la primera encuesta, 51 % a los 3 meses de seguimiento y 89 % a los 6 meses (Cuadro 10).

Los Cuadros 11 a 13 se relacionan con la autopercepción de la vida sexual en general; 57 %, 49 % y 72 % se encontraba “muy satisfecha” con la cercanía emocional existente con su pareja durante la actividad sexual antes de la intervención, a los 3 y a los 6 meses, respectivamente (Cuadro 11). Antes de la histerectomía, 51 % se consideran “muy satisfechas”

Cuadro 9

Distribución de pacientes según la frecuencia con que alcanza el orgasmo durante la actividad sexual

Orgasmo	Antes	3 meses	6 meses
Siempre o casi siempre	25	22	34
La mayoría de las veces	31	19	31
A veces (alrededor de la mitad)	22	22	23
Pocas veces (menos de la mitad)	14	02	05
Casi nunca o nunca	08	03	02

Cuadro 10

Distribución de pacientes según la dificultad para alcanzar el orgasmo

Dificultad	Antes 3 meses 6 meses		
	Antes	3 meses	6 meses
Extremadamente difícil o imposible	01	00	00
Muy difícil	02	00	00
Difícil	32	17	14
Poco difícil	27	22	35
No me es difícil	38	29	46

Cuadro 11

Distribución de pacientes según la cercanía emocional existente durante la actividad sexual con la pareja

Cercanía emocional	Antes 3 meses 6 meses		
	Antes	3 meses	6 meses
Muy satisfecha	57	49	72
Moderadamente satisfecha	27	21	12
Ni satisfecha ni insatisfecha	10	03	11
Moderadamente insatisfecha	06	17	05

y 22 % “moderadamente satisfechas” con la relación sexual con su pareja. A los 3 meses de seguimiento los porcentajes fueron 44 % y 30 % y a los 6 meses, 60 % y 26 % (Cuadro 12). Respecto a la vida sexual, en general, 49 % se mostró “muy satisfecha” y 27 % “moderadamente insatisfecha” en la primera encuesta. A los 3 meses las cifras fueron 41 % y 28 % y a los 6 meses 61 % y 11 % (Cuadro 13).

Cuadro 12

Distribución de pacientes según la satisfacción con la relación sexual con su pareja

Satisfacción	Antes 3 meses 6 meses		
	Antes	3 meses	6 meses
Muy satisfecha	51	44	60
Moderadamente satisfecha	22	30	26
Ni satisfecha ni insatisfecha	12	08	08
Moderadamente insatisfecha	15	18	06

Cuadro 13

Distribución de pacientes según la satisfacción con su vida sexual en general

Satisfacción	Antes 3 meses 6 meses		
	Antes	3 meses	6 meses
Muy satisfecha	49	41	61
Moderadamente satisfecha	19	27	25
Ni satisfecha ni insatisfecha	05	04	03
Moderadamente insatisfecha	27	28	11

En el Cuadro 14 se representa la distribución de pacientes según la frecuencia de dolor o molestia durante y después de la penetración vaginal; 51 %, 36 % y 63 % dijo que “nunca o casi nunca” antes, a los tres y a los seis meses, respectivamente; 20 % dijo tener dolor “siempre” antes de operarse. Esta cifra bajó a 0 % y 1 % a los tres y seis meses, respectivamente. En la primera encuesta, 61 % de las pacientes señalaron dolor después de la penetración vaginal “pocas veces”, “casi nunca o nunca”, 60 % a los 3 meses y 88 % a los

Cuadro 14

Distribución de pacientes según la frecuencia de dolor o molestia durante y después de la penetración vaginal

	Dolor durante penetración			Dolor después de la penetración		
	Antes	3 meses	6 meses	Antes	3 meses	6 meses
Siempre o casi siempre	20	00	01	16	00	00
La mayoría de las veces	04	03	00	08	03	04
A veces (alrededor de la mitad)	12	12	04	15	05	03
Pocas veces (menos de la mitad)	13	17	27	23	17	15
Casi nunca o nunca	51	36	63	38	43	73

FUNCIÓN SEXUAL DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA

6 meses; 16 pacientes expresaron dolor “siempre o casi siempre” previo a la intervención y este porcentaje fue 0 a los 3 y 6 meses. En el Cuadro 15 se representa la distribución de pacientes según la intensidad de dolor durante o después de la penetración vaginal 46 % expresaron la alternativa “alta” y “moderada” antes de la intervención, disminuyendo este porcentaje a 5 % y 3 % a los 3 y 6 meses de seguimiento respectivamente; 35 % describió la categoría “muy bajo o nada” previo a la intervención, 27 % a los 3 meses y 84 % a los 6 meses de intervención.

Al evaluar la satisfacción de la paciente respecto a su vida sexual en general, comparando el cambio entre la primera encuesta y la aplicada a los 6 meses, 30 % se encontraba muy satisfecha, 63 % de las pacientes refirió sentirse igualmente satisfecha que antes y 7 % menos satisfecha. El predominio de las pacientes en quienes no cambia el grado de satisfacción es estadísticamente significativo ($P < 0,05$). La percepción que tienen las pacientes respecto a su vida sexual no cambió con la edad, el tipo de intervención, el manejo de los ovarios o la cúpula vaginal, la asociación de otras intervenciones ni la presencia de complicaciones posoperatorias.

Cuadro 15

Distribución de pacientes según la intensidad de dolor o molestia durante o después de la penetración vaginal

Intensidad del dolor	Antes	3 meses	6 meses
Alto	24	00	00
Moderado	22	05	03
Bajo	19	36	08
Muy bajo o nada	35	27	84

DISCUSIÓN

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su bienestar físico, psicológico y social. Es parte normal de la vida y la actividad, los deseos y los sentimientos sexuales son importantes para vivir saludablemente. De hecho, muchas mujeres se mantienen activas sexualmente aun en la vejez, conservando en grado variable las

fases secuenciales del ciclo de respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

La mujer desde hace siglos ha sido vista como objeto sexual, y en muchos casos se atribuye su feminidad a la función reproductora. Algunas mujeres temen que su función sexual disminuya después de la resección del útero, pues se sobreestima el impacto funcional que tiene la histerectomía en la vida de las pacientes, en quienes la limitación de la capacidad reproductiva genera grandes dudas. Además equivocadamente se asocia la extirpación del útero con el déficit hormonal que generaría la ooforectomía bilateral en una paciente en edad fértil.

Sin duda alguna, la histerectomía es la intervención ginecológica más frecuente por causa no obstétrica, y ocupa el segundo lugar de procedimientos después de las cesáreas (4). A más de una cuarta parte de las mujeres histerectomizadas se les realiza este procedimiento antes de la menopausia (5).

La indicación para hacer la histerectomía en esta serie, fue la leiomiomatosis uterina, resultados que coinciden con otros autores (12,13). Esto no es un dato que produzca extrañeza, por cuanto la misma constituye la patología benigna más frecuente encontrada en las mujeres en edad fértil (7).

Se pudo observar, en líneas generales, que las diferentes etapas de la función sexual presentaron un patrón de cambio más o menos uniforme, con una declinación de la sexualidad evidente a los tres meses, para posteriormente presentarse una recuperación a los seis meses, hasta alcanzar la situación previa a la intervención o, en algunos aspectos, mostrar incluso una mejoría respecto al patrón de base.

En una investigación chilena realizada en el año 2007, Urrutia y col. (14), señalan que el tercer mes posterior a la histerectomía sería una etapa de transición entre la sexualidad preoperatoria y la definitiva. En esta serie se observó una situación similar a la señalada por tales autores, por lo que en la mayoría de los aspectos se señala específicamente el cambio ocurrido entre la etapa previa a la intervención y la evaluación de los 6 meses. Se mencionan los cambios ocurridos a los tres meses, solo cuando estos son relevantes.

Llama la atención un aumento significativo en el número de pacientes que no tienen relaciones sexuales a los 3 meses respecto a la entrevista preoperatoria, aspecto que volvió a la situación basal a los 6 meses, con solo 5 % de pacientes que no reiniciaron la actividad sexual. Por otro lado, hubo una reducción inicial de pacientes que señalaban una frecuencia de

coito mayor a 3 veces por mes y una elevación a los 6 meses, significativamente más alta que la descrita inicialmente.

Las razones por las que una paciente no reinicia su actividad sexual después de una intervención de este tipo tienen que ver con sus expectativas sexuales, así como su percepción sobre su capacidad para reiniciarla. Si la mujer tiene expectativas negativas, postergará el reinicio de las relaciones sexuales (15). Además la mayoría de las pacientes refiere temor al momento de iniciar la actividad sexual posquirúrgica, por desconocimiento en relación al tema y por la escasa información que reciben en el momento de la intervención y en las consultas de seguimiento, lo que provoca temores que impiden un pleno desarrollo sexual. Por otro lado, Ahumada y col. (16), señalan que el reinicio de la vida sexual es visto por las mujeres como una prueba para saber si realmente quedaron bien y si su pareja percibe o no alguna diferencia. Este temor puede explicar el retraso en el reinicio de la actividad sexual.

Urrutia y col. (14), señalan que el porcentaje de mujeres que no han iniciado vida sexual al sexto mes podría ser interpretado como un efecto negativo sobre la sexualidad, sin embargo, al analizar las causas, se encuentran con que corresponden a problemas que pudieron haber sido tratados antes de la cirugía o durante el seguimiento, a través de una educación integral centrada en las necesidades de las mujeres y sus parejas. Pocas mujeres discuten aspectos de sexualidad con los profesionales, y aquellas que reciben información la consideran insuficiente (17).

Independientemente del número de pacientes que reinició su actividad sexual, es un hecho definitivo, en la presente serie, que la frecuencia de actividad sexual mensual experimentó un aumento cuando se compara la encuesta inicial con la realizada a los 6 meses, con una elevación de 43 % a 73 % de pacientes que señalan una frecuencia mayor a 3 veces por mes. Punushapai y col. (18), señalan cifras aún más elevadas, con un incremento de 38,75 % a 96,25 % después de transcurridos 6 meses desde la intervención. Otros autores también han señalado este aumento (19). Por su parte, Mokate y col. (20), refieren que la mejoría puede ser probablemente explicada por la disminución de los síntomas que la paciente tenía previamente y que ejercían un efecto negativo sobre la sexualidad. Esto se pone en evidencia cuando se evalúan las preguntas relacionadas con el dolor durante y después de la penetración. En estas pacientes, hubo una reducción altamente significativa en el dolor percibido

y en las pacientes que aún lo percibían, se redujo también la intensidad del mismo. Adicionalmente, es probable que, estando las pacientes en edad fértil, la seguridad respecto a la contracepción, puede ser un factor adicional que influya en el aumento de la frecuencia del coito.

La frecuencia del deseo sexual no se modificó significativamente a los seis meses de la intervención. Sin embargo, al evaluar la intensidad del deseo, hubo un aumento significativo de las categorías “alto” y “muy alto” con la consecuente reducción de las categorías “moderado” y “bajo”. Estos resultados podrían estar sujetos a la reducción del estrés que genera el estado posoperatorio inicial y a la autopercepción de estar recuperándose de su “enfermedad”. Destaca que la categoría descrita como “muy bajo o nada” no se modifica, lo cual expresa, problemas en la sexualidad, previos a la intervención e independientes de la misma.

En relación con la fase de excitación, se observa una elevación en el número de pacientes que mejoran tanto la frecuencia como la intensidad de la excitación, lo que genera una mayor satisfacción tanto a los 3 como a los 6 meses. Un aspecto importante de la fase de excitación es el relacionado con la lubricación. No hubo cambios en la frecuencia con la que las pacientes describen haber logrado la lubricación. En la primera encuesta, 74 % lubricaban siempre o la mayoría de las veces, 82 % no tenían dificultad para lubricar, entre 50 % y 60 % de las pacientes mantenían la lubricación hasta el final y más del 50 % señaló no tener dificultades para mantenerla. Estas cifras permanecieron aproximadamente sin cambios para la evaluación de los 6 meses, lo cual hace pensar que la lubricación es independiente de la intervención. Es importante destacar que a partir de una situación relativamente satisfactoria, el no haber obtenido un empeoramiento del proceso, es de por sí, un dato positivo.

Hay un ligero aumento del número de pacientes que alcanzan el orgasmo en forma más frecuente, con reducción de la dificultad para alcanzarlo y reducción de la insatisfacción respecto al mismo. La literatura señala que la frecuencia de orgasmo es un buen factor de predicción de la sexualidad posterior a la cirugía (14). Existen autores que plantean que un nivel educacional mayor se correlaciona a un aumento de la satisfacción sexual (21); los profesionales de la salud deben tener en consideración estas variables porque pueden influir en la habilidad de la mujer para incorporar el significado de la cirugía en su vida

y, por tanto, en la forma de enfrentar este proceso.

A los 6 meses de seguimiento, un alto porcentaje de las pacientes se clasifican como muy satisfechas con la cercanía emocional con su pareja durante la relación sexual, y esto representa un aumento significativo respecto a la condición preoperatoria. Sin embargo, no hay cambios en la satisfacción respecto a la vida sexual en general.

En el estudio de Urrutia y col. (15), las variables frecuencia de orgasmo, percepción de deseo sexual, grado de excitación y satisfacción sexual no presentaron diferencias significativas entre el estado basal y el tercer mes. Se realizó un seguimiento al sexto mes, donde las variables anteriormente señaladas no presentaron diferencias significativas pero la satisfacción sexual mejoró significativamente (12). Por lo anterior, las autoras señalan, que la sexualidad no se ve afectada en las mujeres después de la histerectomía, lo cual se observó en esta serie. A pesar de que la histerectomía es una experiencia compleja y multidimensional, según señalan Wade y col. (17), su efecto evoluciona en el tiempo y no excede los 6 meses posquirúrgica.

La relación entre histerectomía y función sexual considera factores físicos, psicológicos y sociales (14), reafirmando el concepto que la respuesta sexual femenina es compleja y multidimensional (16,22). Algunos autores han señalado que el más importante factor de predicción de calidad de vida sexual al sexto mes después de la histerectomía, es la calidad de vida sexual basal (23). Este conocimiento debe incentivar a los profesionales de la salud a indagar en este factor en el período preoperatorio, para de esta forma lograr una valoración completa de la mujer.

No se encontró influencia del tipo de intervención quirúrgica sobre la satisfacción sexual. Lonnée-Houffman y col. (23), en el año 2006, concluyeron que las pacientes no reportan ningún impacto negativo sobre la satisfacción sexual, independiente de si la histerectomía es total o subtotal. Datos similares presentan Thacar y col. (4).

La sexualidad se mantiene sin cambios independientemente de si se conservan o no los ovarios. Teóricamente los resultados pueden verse influenciados por el porcentaje de pacientes con ooforectomía, quienes tendrían más complicaciones, además del perjuicio producido por el déficit hormonal en el grupo de pacientes premenopáusicas. Se ha descrito que la terapia hormonal reduce el riesgo de disfunción sexual y que la conservación de ovarios influye en el resultado final. A pesar de que en esta

serie, ninguna de las pacientes a quienes se les practicó ooforectomía recibió terapia hormonal, el hecho de haber extraído ambos ovarios no influyó en la satisfacción de la paciente respecto a su sexualidad.

Se ha descrito que dejar la cúpula abierta debe proporcionar una vagina más anatómica y funcional en el posoperatorio que cuando se cierra. Dejarla abierta es recomendable porque facilita el drenaje y se obtiene una vagina de forma más cónica; si la pared vaginal anterior se aproxima a la posterior se crea una vagina de tipo piramidal que produce un acortamiento indeseable de la misma (24,25). A pesar de que Thompson y col. (25) han recomendado desde hace muchos años, que la cúpula no debe ser cerrada para facilitar el drenaje de sangre y otras secreciones, algunos cirujanos cierran el muñón vaginal. En este grupo de pacientes solo hubo 2 casos de cúpula cerrada de las 75 pacientes a quienes se les describió adecuadamente el manejo de la cúpula en el protocolo de intervención quirúrgica. Este parámetro no influyó en el cambio de la vida sexual de las pacientes.

Por otro lado, también se evaluó la técnica empleada para hacer la suspensión porque pudiera ejercer alguna influencia. Incluir los ligamentos redondos al hacer la suspensión ha sido considerado un error, por cuanto la función de estos ligamentos es básicamente de orientación, sin embargo, podría inferirse que al incluirlos se proporciona una orientación más fisiológica a la vagina. Las diferentes técnicas de suspensión de la cúpula vaginal tampoco modificaron la satisfacción sexual.

Finalmente, se debe mencionar la eventual relación entre las complicaciones intraoperatorias, y sobre todo posoperatorias. Entre las pacientes con complicaciones, ninguna reportó mejoría de su satisfacción sexual, sin embargo, el número de complicaciones fue muy bajo y por ello no se observó ningún efecto sobre la sexualidad, desde el punto de vista estadístico.

De todo lo descrito anteriormente se puede concluir que:

La histerectomía no genera cambios en la función sexual en la mayoría de las mujeres sometidas a esta intervención, y cuando existe, el cambio es positivo. Existe una etapa de transición en la cual se observa un deterioro de la función sexual en todas sus fases, el cual se recupera para los seis meses de seguimiento. Los cambios en la función sexual son independientes de la técnica quirúrgica empleada y de las complicaciones intra y posoperatorias.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Dra. María Dolores de Arteaga, por su asesoría en los aspectos relacionados con la función sexual y al Dr. Freddy Bello, por el apoyo al hacer el análisis estadístico del estudio.

REFERENCIAS

1. Kaplan HS. Trastornos del deseo sexual. Barcelona-España: Editorial Grijalbo; 1982.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-544.
3. Isselbacher K, Braunwald E, Wilson J, Martin J, Fauci A, Kasper D. Principios Básicos de Medicina Interna. 3ª edición. España: McGraw-Hill; 1994.p.316-324.
4. Thakar R, Ayers S, Georgakapolou A, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: A prospective and randomised comparison of total versus subtotal hysterectomy. 2004;111:1115-1120.
5. Shafer JL, Word A. Hysterectomy-still a useful operation. *N Engl J Med*. 2002;347:1360-1362.
6. Kim DH, Lee YS, Lee ES. Alteration of sexual function after classic intrafascial supracervical hysterectomy and total hysterectomy. 2003;10:60-64.
7. Copeland L.J. Ginecología. 2ª edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2002:505.
8. Jewet JG. Vaginal length and incidence of dyspareunia following total abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1952;63:400-407.
9. Hasson HM. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. Risks and benefits. *J Reprod Med*. 1993;38:781-790.
10. 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. 2000;26:191-208.
11. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergusson D, Fulcroy J, et al. Report of the internacional consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163:888-893.
12. Urrutia M, Araya A, Villarroel L, Viñales A. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69:301-306.
13. Kjerulff K, Langenberg P, Rhodes J, Harvey L, Guzinski G, Stolley P. Effectiveness of Hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2000;95:319-326.
14. Urrutia M, Araya A, Rivera S, Viviani P, Villarroel L. Sexualidad de la mujer histerectomizada: modelo predictivo al sexto mes posterior a la cirugía. *Rev Méd Chile*. 2007;135:317-325.
15. Urrutia M, Araya A. Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005;70:160-165.
16. Ahumada A, Aliaga P, Bolívar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2001;12:229-233.
17. Wade J, Pletsch P, Morgan S, Menting S. Hysterectomy: What do women need and what to know? 2000;29:33-42.
18. Punushapai U, Khampitak K. Sexuality after total abdominal hysterectomy in Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2006;89(Suppl 4):112-117.
19. Rhodes J, Kjerulff K, Langerberg P, Guzinski G. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA*. 1999;282:1934-1941.
20. Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. 2006;12(4):153-157.
21. Dragisic K, Milad M. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1416-1418.
22. Ellstrom M, Astrom M, Moller A, Olsson J, Hahlin-M. A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(9):871-875.
23. Lonnée-Hoffmann R, Schei B, Ericksson N. Sexual experience of partners after hysterectomy, comparing subtotal with total abdominal hysterectomy. 2006;85:1389-1394.
24. Parson L, Ulfelder H. Atlas de operaciones pelvianas. España: Editorial Eliecen; 1970.p.32.
25. Thompson J, Rock J. Ginecología quirúrgica. 7ª edición. Uruguay: Editorial Médica Panamericana; 1993:642.