



Influencia de la histerectomía en la función sexual femenina

Claudia Dos Santos Pacheco ¹ .
José Gregorio Hernández Oropeza ² .
Jesús Rafael Martínez Mejías ³ .

¹Especialista en Obstetricia y Ginecología Hospital General "Dr. José Gregorio Hernández". Caracas

²Especialista en Obstetricia y Ginecología Hospital General "Dr. Egor Nucete". San Carlos Estado Cojedes

³Especialista en Obstetricia y Ginecología Hospital General "Dr. José Gregorio Hernández". Caracas

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 01 de Octubre del 2021 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la influencia de la histerectomía en la función sexual femenina a los cuatro meses después de la cirugía en las pacientes que acuden al Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" de Caracas, entre diciembre de 2014 y abril de 2015. Método: Se realizó una investigación de tipo descriptiva y prospectiva, con una muestra de 30 pacientes sometidas a histerectomía, evaluando la función sexual antes de ser sometida a la cirugía y a los 4 meses después de su realización, mediante la aplicación del índice de función sexual femenina (IFSF). Resultados: El estudio incluyó a 30 mujeres con una edad promedio de 45 ± 7 años (rango entre 33 y 63 años). 69,9 % de las pacientes tenían menos de 49 años. Las variaciones en los aspectos principales de la función sexual femenina (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, y dolor) fueron mínimos a los 4 meses post histerectomía con respecto a la condición previa a la cirugía y no tuvieron significación estadística.

Conclusión: La histerectomía no produce cambios en la función sexual de la mayoría de las mujeres sometidas a esta intervención quirúrgica, y cuando existe alguna modificación es generalmente positiva. Se recomienda evaluar la función sexual femenina previamente a una histerectomía, así como ofrecerles orientación sexual a estas pacientes durante la consulta ginecológica.

PALABRAS CLAVE: Influence of hysterectomy in female sexual function

INFLUENCE OF HYSTERECTOMY IN FEMALE SEXUAL FUNCTION

SUMMARY

Objective: To evaluate the influence of hysterectomy on female sexual function at four months after surgery in patients presenting at General Hospital of West "Dr. José Gregorio Hernández" of Caracas, between December 2014 and April 2015. Method: A descriptive research of prospective type was conducted with a sample of 30 patients undergoing hysterectomy, evaluating sexual function before being subjected to surgery and four months after its implementation, by applying the Female Sexual Function Index (FSFI). Results: The study included 30 women with media age of 45 ± 7 years (range between 33 and 63 years). 69.9 % of patients have less than 49 years. Variations in main aspects of sexual function (desire, excitation, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain) were minimal 4 month after hysterectomy respect to condition before surgery and do not had statistical significance. Conclusion: Hysterectomy not produces changes in sexual function of most women subject to this surgical intervention, and when exist any modification it is generally positive. It was recommend evaluating female sexual function before a hysterectomy, as well as offering sexual orientation to these women during the gynecological consultation.

KEY WORDS: Sexual function. Hysterectomy. Female Sexual. Function Index

INFLUENCIA DE LA HYSTERECTOMÍA EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una parte fundamental en la vida del ser humano, siendo la función sexual un importante indicador de la calidad de vida, el cual está influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales. La salud sexual femenina es un fenómeno dinámico y multidimensional estrechamente relacionado con la calidad de vida de la mujer, incluso después de ser sometida a una histerectomía.

Durante la vida femenina pueden acontecer determinadas enfermedades que conlleven, como parte de su tratamiento, diversas intervenciones quirúrgicas ginecológicas, como son las histerectomías abdominales o vaginales. Las vivencias que despierta una histerectomía dependerán fundamentalmente de la personalidad, psiquis y los valores de cada mujer, así como de las situaciones ambientales que la rodean, incluyendo familiares, de pareja, sociales,

culturales y laborales.

Posterior a una histerectomía, la mujer puede mantener relaciones sexuales placenteras, ya que la realización de ella no elimina el deseo, aun cuando se ha observado que, en algunas mujeres puede disminuir psicológicamente el interés por las actividades sexuales. Por tanto, es necesario considerar que la función sexual puede verse afectada en algunas mujeres luego de una histerectomía debido a la influencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuente dentro de la ginecología, la cual se realiza en un amplio y variado universo de mujeres, en términos de edad, paridad, condición social y educacional, sintomatología previa y causa operatoria. Sus consecuencias inmediatas son el cese de las menstruaciones y la imposibilidad de tener hijos, y en aquellos casos de mujeres en edad fértil, en las que la histerectomía va acompañada de la extirpación de los anexos (ovarios y trompas de Falopio), se produce además una menopausia artificial o quirúrgica (1).

La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más frecuente, después de la cesárea, en mujeres en edad reproductiva. En Estados Unidos dicha frecuencia se estima en alrededor de 650.000 histerectomías cada año (2-5). La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años (6). Se estima que esta operación es practicada en el 33 % de las mujeres norteamericanas, el 13 % de las inglesas y el 9 % de las francesas (1,7). En Chile, más del 20 % de las mujeres son sometidas a histerectomía, es decir una de cada cinco mujeres en algún momento de sus vidas se verá sujeta a esta cirugía (8,9). La situación en los otros países latinoamericanos es más incierta, de hecho, no se dispone de datos acerca de la prevalencia de histerectomías en estos países, como sucede en Venezuela actualmente.

Algunas mujeres perciben la histerectomía como la pérdida de su feminidad. Estas mujeres suelen preocuparse acerca de los efectos potenciales de esta intervención quirúrgica sobre la función sexual. El tema es muy complejo, dado que los factores que intervienen, ya sean físicos o psicológicos, tales como la relación con su pareja, los efectos hormonales, el bienestar sociopsicológico, la indicación quirúrgica, la raza, la cultura y el tipo de cirugía efectuada, ejercen influencias variadas e incuantificables sobre la sexualidad. La histerectomía puede ocasionar cambios en la actividad sexual, por ser una cirugía que afecta el aparato sexual femenino, lo que tiene repercusiones directas sobre la sexualidad de la mujer, al alterar su imagen, la autoestima, el estado reproductivo o al provocar malestares o incomodidades físicas (2,10).

Más allá de los cambios positivos o negativos en la salud mental, la histerectomía es un evento que provoca en algunas mujeres un cuestionamiento acerca de su sexualidad y de su condición femenina (10,11).

Existen variados mitos, creencias e información errónea en relación a esta cirugía. Estos mitos y creencias surgen frente a sentimientos de estar incompleta, falta o minusvalía, que las mujeres no logran explicar, pero que experimentan con desazón, tristeza o irritabilidad y dan cuenta de la valoración social negativa de la histerectomía. De modo que, la histerectomía, a

pesar de significar un cambio en la vida de la mujer, no es el final de su vida sexual. Sin embargo, por diversas razones, muchas mujeres durante esta etapa sienten temor de quedar sexualmente incapacitadas, limitando de ese modo, y hasta inhibiendo, su propia capacidad de disfrutar placenteramente de las relaciones sexuales, dando lugar a la impresión de que su vida sexual ha finalizado (12).

No obstante, los resultados de varios estudios clínicos han demostrado que muchas mujeres post histerectomía, incluidas las sometidas a una histerectomía total, no tenían un descenso del deseo o del placer durante las relaciones sexuales. Algunas incluso tenían un mayor deseo y disfrutaban más por haberse librado del problema del embarazo. Además, debido al cese de los síntomas pre histerectomía, como dolor abdominal inferior y hemorragia, también mejoró el deseo y el placer sexual (3,12-14).

Esto parece obvio dado que, una vez llevada a cabo la histerectomía, desaparecen las molestias e impedimentos que hacían que las relaciones sexuales llegaran a ser incómodas e, incluso, molestas. Es posible que las alteraciones en la función o el deseo sexual, así como en el orgasmo, guarden estrecha relación con las ideas y sentimientos preconcebidos respecto al útero y su pérdida.

Clínicamente, una mujer se recupera por completo de la histerectomía durante un período de hasta seis meses después de la intervención quirúrgica, mientras que otras no logran superar el impacto de la histerectomía en su sexualidad afectando negativamente su calidad de vida. En la mayoría de los casos, a los 6 meses se ha recuperado la salud física y psíquica de la mujer histerectomizada, y la actividad sexual puede ser incluso mejor que antes de la intervención por haberse resuelto los problemas que le llevaron a la intervención o eliminado las amenazas a la salud que suponía el no realizarla. Por otra parte, aunque la histerectomía supone la extracción de tejidos enfermos o deteriorados, la preservación de la sexualidad, tal como era vivenciada antes de la cirugía, es el gran desafío de las mujeres sometidas a esta intervención (9,12,15). De allí, surge la interrogante ¿Cómo influye la realización de la histerectomía abdominal en la función sexual de este grupo de mujeres?

Urrutia y cols. (16), encontraron que se produce una diferencia significativa entre las pacientes sometidas a histerectomía solamente y las sometidas a histerectomía con ooforectomía en cuanto a prevalencia y frecuencia de dispareunia al sexto mes, frecuencia de orgasmo, frecuencia de relaciones sexuales y grado de excitación sexual. Por tanto, la decisión de realizar una ooforectomía debe ser considerada con precaución en el caso de las mujeres con bajo riesgo de cáncer de ovario, considerando el riesgo individual de alteraciones sexuales, así como también, el riesgo inherente a la misma cirugía.

Baabel y cols. (14) compararon la respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas según el tipo de menopausia presentada, natural o quirúrgica, los autores concluyeron que existen diferencias significativas en las fases de excitación y orgasmo entre ambos grupos, reflejando en las mujeres que tuvieron una menopausia natural bienestar sexual, vida placentera y salud.

La histerectomía puede ser motivada por problemas ginecológicos de diferentes causas, incluyendo miomatosis, endometriosis, hemorragias disfuncionales refractarias al tratamiento, cáncer de cuello uterino o de ovarios, infecciones pélvicas, prolapsos genitales, entre otras. Mientras la mayoría de las histerectomías se realizan en mujeres entre los 40 y 50 años de

edad, en algunos casos también tiene que practicarse a mujeres más jóvenes (10,11,18).

La histerectomía total si causa una menopausia secundaria a la cirugía. Se ha considerado que la conservación del cuello uterino mediante la histerectomía supracervical pudiera tener un efecto con menor detrimento sobre la función sexual que la histerectomía total. En ambos casos, la extirpación quirúrgica del útero es vivida por algunas mujeres como una pérdida de la feminidad, lo cual puede llevar a un trastorno depresivo y consecuentemente producir disfunción sexual (7).

Muchas mujeres consideran a la histerectomía como una situación altamente preocupante y estresante, aun cuando ellas hayan decidido someterse a la intervención, la cual genera fuertes reacciones emocionales, influyendo negativamente sobre la recuperación posquirúrgica. Algunos estudios han encontrado que la preocupación acerca del funcionamiento sexual post histerectomía es la ansiedad preoperatoria más frecuente (18,19).

Se ha informado que entre 20 % y 25 % de las mujeres histerectomizadas presentan un deterioro en su vida sexual, así como en la percepción de su feminidad, atractivo y deseo sexual, señalando que el tercer mes posterior a la cirugía sería una etapa de transición entre la sexualidad vivenciada preoperatoriamente y la establecida luego de la histerectomía (9).

Los estudios que examinan la función sexual después de la histerectomía son contradictorios y aunque el asunto no es nuevo está rodeado de controversia. Varios investigadores han informado una disminución de la respuesta sexual luego de una histerectomía abdominal total, mientras otros han encontrado un funcionamiento sexual mejorado después de la histerectomía (5,7,19).

Aunque para algunas mujeres, la histerectomía significa el librarse de los síntomas que la causaron y poder vivir con plenitud, para otras sucede lo contrario, y pueden sufrir los efectos de una depresión como impacto psicológico de la experiencia relacionada con la histerectomía. Por otra parte, varios estudios han demostrado que una mujer que sufra de dolor pélvico y depresión en el momento de su histerectomía, podría experimentar mejoría en la depresión, en el dolor pélvico, en la calidad de su vida y en la función sexual después de la cirugía. De manera general, se ha observado que el significado que la mujer le atribuye a la extracción del útero se encuentra relacionado a una experiencia de pérdida, que, si bien conlleva un alivio de la enfermedad, también implica dolor, tristeza y soledad. No obstante, la mayoría de estas mujeres mejoraron sustancialmente sobre su línea basal preoperatoria en las áreas de su calidad de vida y función sexual evaluadas. Asimismo, la mujer histerectomizada evidencia mejor calidad de vida que la mujer con trastornos ginecológicos, en lo que se refiere al funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica (8,18-22).

Sea cual sea la causa, la histerectomía va acompañada de alteraciones de la sexualidad femenina debido a una serie de razones biológicas y psicológicas. Los problemas sexuales posteriores a esta intervención pueden ser continuación o evolución de dificultades ya existentes anteriormente. Si la mujer asocia su sexualidad con la reproducción únicamente, seguro experimentará una disminución de la libido y de su capacidad de respuesta sexual, ya que después de la intervención la función reproductora es imposible (10,11,18).

A pesar de que la histerectomía tiene poca influencia en la capacidad de orgasmo, la intensidad subjetiva y el placer orgásmico parecen cambiar después de la cirugía en un tercio de las mujeres. La extracción del útero puede afectar esta dimensión del funcionamiento sexual ya que las contracciones uterinas se han asociado con el nivel de sensibilidad, placer sexual y orgasmo. Muchas mujeres depositan en este órgano una de las fuentes del placer sexual, tanto por los movimientos como por las contracciones que se originan en él en el momento del orgasmo. La existencia de esta creencia explica el hecho de que algunas mujeres se quejen de disminución de la respuesta sexual después de la extracción quirúrgica del útero (4,15).

No obstante, a pesar de algunas excepciones, en varios estudios clínicos (12-15) se ha observado que la mujer que se ha sometido a histerectomía es capaz de disfrutar más de la actividad sexual y ser más receptiva sexualmente que antes de la intervención. Asimismo, ese beneficio también ha sido observado en el caso de las mujeres con prolapso genital, quienes presentan una pobre función sexual; la cirugía reparadora del prolapso genital, sin histerectomía, por técnicas convencionales mejoró significativamente la función sexual de las pacientes con disfunción del piso pélvico, permitiéndoles obtener a estas mujeres una vida sexual más placentera, con mejoría evidente de su calidad de vida (20).

La mayoría de las pacientes con carcinoma cervical diagnosticado en etapas tempranas son desde jóvenes hasta de edad mediana. Ellas son sometidas a una histerectomía radical y tienen una excelente sobrevivencia a largo plazo, sin embargo, viven con las consecuencias del tratamiento quirúrgico que reciben, el cual pudiera repercutir en la función sexual. De manera que, en tales casos, el pronóstico en la calidad de vida, incluyendo la función sexual, actualmente está recibiendo mayor atención. Varios estudios han sugerido que la histerectomía radical por sí sola no tiene un impacto adverso sobre la función sexual de pacientes que reciben este procedimiento quirúrgico (23).

En lo que se refiere a la respuesta sexual humana, de acuerdo con los trabajos de Masters y cols. (24), para estudiar las reacciones funcionales, tanto en el hombre como en la mujer, esta se divide en cuatro etapas sucesivas:

1. La etapa de excitación se caracteriza por el inicio de sensaciones eróticas, seguidas por un estado eréctil en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer.
2. La etapa de meseta es el estado de excitación más avanzado, inmediatamente anterior al orgasmo. Existe en esta fase una congestión local de los órganos sexuales primarios en ambos sexos.
3. La etapa del orgasmo es la más placentera del acto sexual.
4. La etapa final es la de resolución, en la cual las respuestas fisiológicas locales específicas del sexo disminuyen y se regresa a su estado basal.

La disfunción sexual puede definirse como la existencia de problemas recurrentes durante cualquier fase del ciclo de respuesta sexual que ocasionan ansiedad, depresión o afectan a la relación con la pareja disminuyendo el nivel de placer y satisfacción sexual e incidiendo sobre el deseo sexual y la activación sexual. De manera que, la expresión disfunción sexual luego de la histerectomía se utiliza para referirse al conjunto de alteraciones de la respuesta y conducta sexual que ocurren como consecuencia de la intervención quirúrgica afectando los

patrones normales o usuales del interés y respuesta sexual de la pareja (3).

Es sabido que, cuando hay problemas de disfunción sexual después de una histerectomía, la orientación adecuada, así como un tratamiento que acompañe y ayude a la mujer a superar esa crisis, permitirán restablecer el equilibrio perdido y con ello, el placer y las ganas de vivir, otorgándole la debida autoridad para recorrer esta etapa de su vida con una actitud positiva, logrando una vida sexual satisfactoria, una coexistencia placentera con la pareja y la familia, sin señales o síntomas que denoten malestar o enfermedad.

Con respecto al reinicio de la vida sexual posterior a la histerectomía, debe considerarse el componente subjetivo en la mujer, es decir, el momento en que ella se siente capacitada para reiniciar su vida sexual, cobrando gran importancia las expectativas sexuales, el sentimiento de seguridad y confianza en sí misma y el estilo de su relación de pareja. Si las mujeres histerectomizadas tienen expectativas sexuales negativas, enfrentarán la sexualidad con ansiedad y conductas evasivas (1).

En cuanto al aspecto psicológico de una mujer después de la histerectomía, se ha señalado que, pueden ocurrir diferentes reacciones psicológicas frente al problema, las cuales suceden en tres fases de la manera siguiente:(10,15): Primera fase: de conmoción, incredulidad o incluso negación. Durante esta fase hay disminución de la confianza en sí misma, dudas sobre ella misma, y sentimientos de culpa y miedo ante la intervención. Segunda fase: sucede generalmente cuando el tratamiento quirúrgico ya ha sido realizado. Se produce una afectación con gran depresión, pues la posibilidad de menstruar y reproducirse ya no es posible. Aparece la irritación, la furia, la culpa, la soledad y la depresión, así como el duelo en solitario, generalmente sin apoyo. En otros casos, aparece la resolución y aceptación de la situación que se presenta. Tercera fase: de aceptación y conformidad. Es una fase muy difícil, pues no siempre la mujer ha resuelto su dolor o duelo con su cuerpo y con ella misma, y puede no ser capaz de tomar decisiones informadas y racionales sobre las posibles alternativas de vida sexual y social futura.

Estas reacciones psicológicas hacia la histerectomía tienen un efecto importante sobre la sexualidad femenina y la respuesta sexual humana en general. Entre ellas, la más generalizada es la percepción de una disminución de la autoestima, por sentir su propia imagen corporal alterada, considerándola dañada, incompleta y defectuosa, por lo que las mujeres pueden sentirse sexualmente poco atractivas, lo que conlleva a una disminución del impulso sexual, con disminución igualmente de la respuesta sexual, del placer o el disfrute durante la relación sexual, que provoca, en algunos casos, que la mujer se sienta asexual. En algunos casos, se producen, igualmente, alteraciones en cuanto al ritmo, variedad y frecuencia de las relaciones sexuales, dando lugar a una disfunción sexual (25).

Las intervenciones quirúrgicas de cualquier índole, incluyendo la histerectomía, pueden tener complicaciones, entre las que se encuentran principalmente las infecciones, los traumas y las dificultades en la curación de la herida, siendo dichas complicaciones relativamente más frecuentes en la histerectomía por vía abdominal, la cual parece relacionarse con una mayor morbilidad en forma de hemorragia intraoperatoria, dolor de la herida, fiebre y retención urinaria durante el posoperatorio (26,27).

Es conveniente mencionar la necesidad e importancia de la participación activa de la pareja

masculina en la preparación previa a la histerectomía y en cuidados posoperatorios de este tipo de cirugía, pues mediante un adecuado nivel de información se pueden mejorar los rendimientos sexuales después de la intervención, que muchas veces están ensombrecidos por el desconocimiento, los mitos y las falacias que sobre este tema tienen las parejas. Educar a los hombres parejas de mujeres sometidas a histerectomía es una acción fundamental para apoyar a aquellas mujeres que se les practicará a una histerectomía, siendo necesaria su incorporación en el plan de cuidados de ellas (28).

MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio longitudinal, prospectivo y de carácter descriptivo realizado con el objetivo de evaluar la influencia de la histerectomía en la función sexual femenina previa a la cirugía y posterior a los cuatro meses en las pacientes que acudan al Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas.

Se tomó una muestra de 30 pacientes a ser intervenidas quirúrgicamente para histerectomía a través de un muestreo de tipo intencional no probabilístico con pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión: pacientes a ser intervenidas para histerectomía por cualquier causa y sexualmente activas. Se excluyeron: pacientes con terapia de remplazo hormonal, con disfunción sexual previa o con cualquier grado de discapacidad física o mental.

Para la medición de la función sexual en las pacientes sometidas a histerectomía se utilizó un cuestionario estandarizado conocido como Índice de Función Sexual Femenina (IFSF),^(29,30) el cual consta de 19 ítems, mediante los cuales se evalúan 6 aspectos principales de la función sexual femenina, como son el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson, y se consideró como un valor significativo si $p < 0,05$.

RESULTADOS

La respuesta sexual fue evaluada en 30 pacientes que fueron sometidas a histerectomía, aplicando el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) antes de la cirugía y 4 meses después de realizarla. La edad de las pacientes osciló entre 33 y 63 años, con un promedio \pm de $45,03 \pm 7,46$ años. La mayoría de las pacientes (69,9 %) tenían menos de 49 años.

El puntaje individual de las respuestas a las 19 preguntas del cuestionario IFSF fue registrado, promediado y calculado para cada aspecto de la función sexual evaluado (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, y dolor), en las pacientes previa a la realización de la histerectomía. Los valores de los diferentes aspectos que evalúa el IFSF variaron entre 3,5 y 4,2 puntos totalizando 24,5 puntos. Y al evaluar nuevamente la función sexual a los 4 meses

después de practicarles la histerectomía los valores se ubicaron en el rango entre 3,6 y 4,8 puntos; y totalizaron 24,7 puntos.

Al comparar la puntuación promedio obtenida con las respuestas al cuestionario IFSF emitidas por las pacientes antes de ser sometidas a histerectomía y luego a los 4 meses de la cirugía se puede observar lo siguiente:

- a. Para el dominio deseo sexual, la frecuencia y el grado variaron en menos de 0,2 puntos cada uno, sin que haya alguna diferencia significativa para ambos componentes entre antes y después de la cirugía.
- b. Con respecto al dominio excitación, las variaciones en los parámetros frecuencia, grado, confianza para lograrla y satisfacción durante la actividad o relación sexual tampoco fueron mayores que 0,2 puntos en cada caso ni con diferencia significativa al contrastarlas.
- c. En cuanto al dominio lubricación, la máxima variación fue de 0,24 puntos, sin que haya diferencia estadística entre la puntuación pre y poshisterectomía para frecuencia, dificultad, mantenimiento y duración de la lubricación.
- d. Para el dominio orgasmo, las medidas de frecuencia y satisfacción no variaron, solo dificultad para lograr el orgasmo disminuyó 0,17 puntos luego de la cirugía, aunque sin diferencia estadística entre antes y después de la histerectomía.
- e. En el dominio satisfacción, las puntuaciones pre y poshisterectomía para acercamiento emocional con la pareja, retribución y grado, no superaron la diferencia de 0,2 puntos después de la histerectomía ni tuvieron significancia estadística.
- f. En el dominio dolor durante o después de la penetración vaginal y el grado de molestia hubo un aumento poshisterectomía hasta de 0,76 puntos, sin diferencia estadísticamente significativa. Fueron contrastados los valores del índice de función sexual femenina (calculados aplicando el criterio de calificación del IFSF: sumatoria de la puntuación de las respuestas de cada dominio evaluado y multiplicado por el factor correspondiente) de la etapa poshisterectomía (4 meses después) con los valores obtenidos antes de la histerectomía, para cada aspecto de la función sexual evaluado; las diferencias antes y después de la cirugía fueron mínimas (hasta 0,2 puntos), excepto para el deseo sexual que permaneció igual, así como para dolor durante o después de la penetración vaginal, el cual aumentó en 0,6 puntos (IFSF) para dicho aspecto, aunque en ningún caso las diferencias tuvieron significancia estadística. Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar los valores totales del índice de función sexual femenina pre y poshisterectomía, 24,2 puntos y 24,7 puntos, respectivamente, aun cuando la puntuación total mejoró en 0,5 puntos.

DISCUSIÓN

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas que se realiza con mayor frecuencia dentro del campo de la ginecología. Luego de una histerectomía, la mujer puede verse afectada en el desempeño de su función sexual debido a la influencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. La respuesta sexual es indudablemente un importante indicador de la calidad de vida de la mujer.

Mediante el presente estudio se investigó la repercusión de la histerectomía abdominal en la función sexual de 30 mujeres a quienes se les practicó este tipo de cirugía. La edad promedio del grupo fue de 45 ± 7 años, coincidiendo con el estudio de Urrutia y cols. (9) en Chile, el cual incluyó a 90 mujeres sometidas a histerectomía, y cuyos resultados muestran que la sexualidad de las en estas pacientes depende principalmente de la calidad de vida sexual

basal. En este estudio, la evaluación de la función sexual resultó semejante tanto antes como después de la cirugía, indicando de igual manera que la calidad de vida sexual femenina pre quirúrgica es determinante para mantener la conducta sexual poshisterectomía sin alteraciones importantes. Asimismo, los estudios prospectivos de Roovers y cols. (13) y de Thakar y cols. (27) concluyeron que los parámetros de la función sexual femenina no se diferenciaron significativamente luego de la cirugía.

Faría y cols. (31) evaluaron la función sexual en 100 pacientes antes y después (a los 3 y a los 6 meses) de practicarles una histerectomía, aplicando para la evaluación el índice de función sexual femenina, observando que no hubo cambios en la función sexual de las mujeres sometidas a histerectomía, y cuando estos existen generalmente son positivos. De modo similar, en este estudio no se encontraron modificaciones significativas en ninguno de los 6 aspectos principales de la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, y dolor) al comparar las respuestas sexuales pre y poshisterectomía, resultados indicativos de que la función sexual de la mujer a los 4 meses luego de la histerectomía se mantuvo prácticamente igual a su desempeño previo a la cirugía. No obstante, durante la etapa poshisterectomía, sólo hubo una reducción en el dolor durante o después de la penetración vaginal en las pacientes que lo percibían (menos dispareunia), hallazgo que representa una mejoría relativa en la función sexual femenina y que se corresponde igualmente con otros estudios realizados (3,9,12,13,14,16,31), lo que puede ser debido probablemente a la disminución de los síntomas que la paciente tenía previamente a la cirugía y que ejercían un efecto negativo sobre su sexualidad.

Varios autores, entre ellos, Martínez y cols. (3), Saini y cols. (7), Urrutia y cols. (9,16), Gabor y cols. (32), no encontraron diferencias significativas en la función sexual femenina independientemente del tipo de histerectomía realizada. Los resultados de este estudio demuestran que la realización de la histerectomía no es causa de disfunción sexual, ya que no hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar los valores totales del índice de función sexual femenina pre y poshisterectomía, (24,2 puntos y 24,7 puntos, respectivamente), aun cuando hubo un aumento de 0,5 puntos en la evaluación global.

Los resultados de la presente investigación permiten obtener conclusiones aplicables al grupo estudiado, sin hacer inferencias para la población general, debido a la limitación de incluir una muestra de tamaño reducido. Sin embargo, la información recabada puede ser útil como referencia para la realización de otros estudios clínicos que comprendan el tema de las consecuencias que genera la histerectomía en la función sexual femenina.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La respuesta sexual en las pacientes a los cuatro meses después de ser sometidas a una histerectomía, evaluada mediante la aplicación del cuestionario Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF), fue adecuada y considerada dentro de los parámetros de la normalidad. Evidenciándose prácticamente sin modificaciones al compararlas con la condición previa a la histerectomía, observándose solo una discreta mejoría de la dispareunia luego de la

histerectomía, aunque no fue estadísticamente significativa, atribuida posiblemente a la disminución de los síntomas que tenía la paciente antes de la cirugía. Confirmando así que no influyó negativamente en la función sexual femenina.

Recomendaciones

- Ofrecer orientación sexual en la consulta ginecológica a las pacientes que vayan a ser sometidas a una histerectomía.
- Implementar la evaluación de la función sexual femenina mediante la aplicación del cuestionario Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF) previamente a una histerectomía.
- Realizar estudios clínicos prospectivos y comparativos sobre la influencia de la histerectomía en la función sexual de la mujer sometida a esta intervención, los cuales incluyan una muestra más amplia, a fin de corroborar los resultados de la presente investigación, y que además permitan generalizar las conclusiones para la población femenina venezolana.

REFERENCIAS

1. Ahumada A, Aliaga P, Bolívar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. Rev Hosp Clín Univ Chile 2001; 12(3):229-234.
2. Kim D, Lee Y, Lee E. Alteration of sexual function after classic intrafascial supracervical hysterectomy and total hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2003; 10(1):60-64.
3. Martínez M, Bustos H, Ayala R, Leroy L, Morales F, Watty A, y cols. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(4):247-252.
4. Komura L, Herrmann P, de Mello D, Massumi M. Histerectomía y vivencia de la sexualidad. Index Enferm 2007;16(57). Versión en línea. Disponible en: URL. Consultado: 21/07/2014.
5. Kuppermann M, Varner E, Summitt R, Learman L, Ireland C, Vittinghoff E, y cols. Effect of hysterectomy vs medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning. The medicine or surgery (Ms) randomized trial. JAMA2004; 291(12):1447-1455.
6. Solà V, Ricci P, Pardo J, Guilloff E. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(5):364-367.
7. Saini J, Kuczynski E, Gretz HF, Scott E. Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: perceived effects on sexual function. BMC Women's Health2002;2:1. Versión en línea. Disponible en: URL Consultado: 21/07/2014.
8. Cerda P, Pino P, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(3):216-221.
9. Urrutia MT, Araya A, Rivera S, Viviani P, Villarroel L. Sexualidad en la mujer

- histerectomizada: modelo predictivo al sexto mes posterior a la cirugía. *Rev Méd Chile* 2007; 135:317-325.
10. González LI. Sexualidad femenina e histerectomía. *Rev Cub Med Gen Integ* 2008;24(4). Versión en línea. Disponible en: URL Consultado: 21/07/2014.
 11. González LI. La histerectomía, su repercusión en la sexualidad de la pareja humana. Disponible en: URL Consultado: 21/07/2014.
 12. Urrutia MT, Araya A, Villarroel L, Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(4):301-306.
 13. Roovers JP, van-der-Bom JC, van-der-Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003; 327(7418):774-778.
 14. Baabel N, Urdaneta J, Contreras A. Función sexual autoinformada en mujeres venezolanas con menopausia natural y quirúrgica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76(4):220-229.
 15. Fernández MJ. Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica. *Interpsiquis* 1; (2009). Versión en línea. Disponible en: URL Consultado: 21/07/2014.
 16. Urrutia MT, Araya A, Padilla O. Sexualidad e histerectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76(3):138-146.
 17. Fernández M, Urdaneta J, Villalobos de V S, Baabel N, Valbuena G, Contreras A. Respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012; 72(2):103-114.
 18. Vargas J, López A. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. *Centro Regional de Investigación en Psicología, Oaxaca (México)* 2010; 4(1):5-10. Disponible en:URL.
 19. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA*1999; 282(20):1934-1941.
 20. Urdaneta J, Briceño LA, Cepeda VM, Montiel C, Marcucci R, Contreras A, y cols. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2013; 78(2):102-113.
 21. Hartmann KE, Cindy M, Lamvu G, Langenberg PW, Steege JF, Kjerulff KH. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol* 2004; 104(4):701-709.
 22. Urrutia MT, Riquelme P. Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(5):276 – 280.
 23. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function: a longitudinal study. *Cancer* 2004; 100(1): 97-106.
 24. Masters WH, Johnson VE. La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo, 1987.
 25. Chenevard C, Román F. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2007; 33(1):1-7.
 26. Díaz O, Rodríguez A, Aguilar T. Histerectomía total vs subtotal. Análisis crítico. Documento en línea. Disponible en: URL Consultado: 21/07/2014.
 27. Thakar R, Manyonda I, Stanton S, Clarkson P, Gillian Robinson G. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. *BJOG: Internat J Obstet Gynaecol* 1997; 104(9):983-987.

28. Araya A, Urrutia MT, Suazo J, Silva S, Lira MJ, Flores C. El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(6):1334-1339. Versión en línea. Disponible en: URL Consultado: 21/07/2014.
29. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, y cols. 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.
30. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2):118-125.
31. Faría F, Ferrarotto M, González M. Función sexual en pacientes histerectomizadas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2015; 75(1):30-40.
32. Gabor I, Paredes F, Caffo R. Comparación del efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina. *Rev Per Ginecol Obstet* 2005; 51:188-195.