

Afectación de la sexualidad en las mujeres intervenidas por histerectomía

Dr. Franklin José Espitia De La Hoz. ¹

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la afectación de la sexualidad en las mujeres intervenidas por histerectomía.

Métodos: Estudio observacional en una cohorte de seguimiento, con diseño no experimental, descriptivo, comparativo y longitudinal de cuatro años de duración. Participaron 282 mujeres con indicaciones de histerectomía. Se agruparon en dos grupos: A: histerectomía abdominal total (n=147) y B: histerectomía vaginal (n=135). Se desarrollaron tres seguimientos para la evaluación de la sexualidad, a los 6 meses, a los 12 y los 24 meses. El seguimiento de la afectación de la sexualidad se evaluó a través del cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSFF).

Resultados: La afectación de la sexualidad en las mujeres a las que se les realizó histerectomía abdominal total fue de 42,85 %; la presencia de dolor durante el coito fue lo más prevalente (38,77 %), seguida de la alteración del deseo (36,73 %), excitación (32,65 %), orgasmo (30,61 %), lubricación (28,57 %) y la satisfacción sexual se mantuvo en 14,28 %. En el grupo de las mujeres a las que se les realizó histerectomía vaginal, la afectación de la sexualidad fue de 28,14 %; la presencia de dolor durante el coito se encontró en 27,40 %, seguida de la alteración del deseo (24,44 %), orgasmo (18,51 %), excitación (17,77 %), lubricación (15,55 %), la satisfacción sexual estuvo presente en 25,18 %. Las alteraciones se hicieron más frecuentes en este grupo cuando la histerectomía se acompañaba de colporrafias.

Conclusiones: La histerectomía abdominal total se asocia con mayor afectación de la sexualidad.

Palabras clave: Histerectomía, Sexualidad, Mujeres, Dispareunia, Cirugía.

SUMMARY

Objective: To evaluate the involvement of sexuality in women undergoing hysterectomy.

Methods: An observational study was carried out in a follow-up cohort, with a non-experimental, descriptive, comparative, design lasting four years. The study included 282 women with hysterectomy indications. The women were grouped into two groups: A: total abdominal hysterectomy and B vaginal hysterectomy. Three follow-ups were developed for the evaluation of sexuality, at 6 months, at 12 and 24 months. The follow-up of the affectation of sexuality was evaluated through the questionnaire "Index of Feminine Sexual Function" (IFSFF).

Results: The involvement of sexuality in women who underwent total abdominal hysterectomy was 42.85 %; the presence of pain during intercourse was the most prevalent (38.77 %), followed by desire alteration (36.73 %), excitation (32.65 %), orgasm (30.61 %), lubrication (28, 57 %) and sexual satisfaction remained at 14.28 %. In the group of women who underwent vaginal hysterectomy, the involvement of sexuality was 28.14%; the presence of pain during intercourse was found in 27.40%, followed by desire alteration (24.44 %), orgasm (18.51 %), excitation (17.77 %), lubrication (15.55 %), sexual satisfaction was present in 25.18%. The alterations became more frequent in this group when the hysterectomy was accompanied by colporrhaphy.

Conclusions: Total abdominal hysterectomy is associated with greater involvement of sexuality.

Keywords: Hysterectomy, Sexuality, Women, Dyspareunia, Surgery.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento que le sigue, en frecuencia, a la cesárea como la segunda cirugía realizada en mujeres en edad reproductiva (1). Se

¹Ginecología y Obstetricia, Universidad Militar Nueva Granada. Uroginecología / FUCS - Hospital de San José / Unicamp, Brasil. Especialista en Sexología Clínica. Máster en Sexología: Educación y asesoramiento sexual. Universidad de Alcalá de Henares. Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

AFECTACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES INTERVENIDAS POR HISTERECTOMÍA

calcula una cifra superior a las 600 000 intervenciones al año; de las cuales alrededor de 90 % son hechas por indicaciones benignas (2, 3). Entre las alternativas técnicas que ofrece, se destacan la opción abdominal, vaginal, laparoscópica, vaginal asistida por laparoscopia y cirugía robótica (4-7), cada una con diferentes ventajas y limitaciones. Se reportan tasas de complicaciones oscilantes entre 9 % y 41 % (8-10), además de tener repercusiones en la función sexual de la mujer, ya que es un procedimiento que suele provocar daño de los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte del piso pélvico (11).

Las disfunciones sexuales representan la alteración de una o más etapas del ciclo de respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución), lo cual le impide al individuo o a su pareja, el disfrute de la actividad sexual de un modo satisfactorio (12, 13).

Al ser la actividad sexual una función importante para la salud y el bienestar general de un individuo (14), la disfunción sexual conduce a efectos negativos en las relaciones interpersonales y sociales, y en el bienestar y la calidad de vida de las mujeres (15).

Su etiología es de carácter multifactorial, involucra aspectos biológicos, psicosociales, culturales, ambientales y de vínculo o pareja (16 - 18). Su prevalencia varía entre 34,9 % y 64 % (16, 18, 19). Entre los factores asociados a su aparición se destacan: la edad, la menopausia, el tabaquismo, el estado marital, el nivel de educación, la religión, la actividad laboral, la raza, etc. (16 - 19).

Este grupo de investigación ha encontrado la necesidad de establecer los porcentajes de disfunción sexual prevalentes en Colombia, en aquellas mujeres sometidas a histerectomía, debido a las altas cifras de realización de histerectomía en la población colombiana (20, 21), sin porcentajes claros de su relación con la afectación de la salud sexual de las mujeres llevadas a cirugía. Es por eso que el presente estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de la histerectomía sobre la sexualidad femenina, en mujeres intervenidas vía abdominal y vaginal, así como los factores relacionados con la aparición de las disfunciones.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional en una cohorte de seguimiento, con diseño no experimental, descriptivo, comparativo, longitudinal, de cuatro años de duración. La muestra al comienzo la constituyeron 303 mujeres, las cuales cumplieron los criterios de inclusión. Se perdieron 21 durante el seguimiento (debido a cambio de domicilio o de teléfono), al final se analizaron los resultados de 282 mujeres, de las cuales 147 (52,12 %) se intervinieron con histerectomía abdominal total (HAT) y 135 (47,87 %) histerectomía vaginal (HV).

Se agruparon las mujeres en dos grupos, A: histerectomía abdominal total y B: histerectomía vaginal. Se desarrollaron tres seguimientos para la evaluación de la sexualidad, a los 6 meses, a los 12 y los 24 meses después de la cirugía. A cada participante se le hizo una entrevista de evaluación de las características de su sexualidad y se le pidió diligenciar el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). La evaluación era realizada por las enfermeras del equipo de investigación, entrenadas en el cuestionario IFSF. Este cuestionario está constituido por 19 preguntas, las cuales evalúan la función sexual en las últimas cuatro semanas. Lo conforman seis dominios: deseo (ítems 1-2), excitación (ítems 3-6), lubricación (ítems 7-10), orgasmo (ítems 11-13), satisfacción (ítems 14-16) y dolor (ítems 17-19). Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, cuya respuesta se gradúa según el siguiente puntaje: 0). Sin actividad sexual; 1). Casi nunca; 2). Menos de la mitad de las veces; 3). La mitad de las veces; 4). Más de la mitad de las veces; 5). Casi siempre. La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor, al final el resultado es la suma aritmética de los dominios; cuando mayor es el puntaje, mejor sexualidad. Según los autores, una puntuación inferior o igual a 26,55 puntos se considera en riesgo de disfunción sexual (16, 18, 22).

Al detallar la técnica quirúrgica, en el grupo A se utilizó la histerectomía abdominal total (HAT), técnica de Richardson modificada e intrafascial, mientras que, en las mujeres del grupo B, se realizó la histerectomía vaginal (HV), técnica de Heaney modificada. En ningún caso se requirió conversión de la técnica quirúrgica (de vaginal a abdominal). Entre las complicaciones

presentes, se encontró con más frecuencia la formación de hematoma (en el grupo A, $n = 9$; 6,12 % y en el grupo B, $n = 6$; 4,44 %). En 82,97 % de las mujeres operadas ($n = 234$) no se presentó ninguna complicación. No hubo ningún caso de mortalidad, y la población fue intervenida por el mismo equipo quirúrgico.

En cuanto a la técnica anestésica, la mayoría de las mujeres recibió anestesia raquídea ($n = 276$; 97,87 %), y se les colocó opioide intratecal a 36,84 % ($n = 105$). En la mayoría de las mujeres se utilizó entre uno y dos analgésicos en el intraoperatorio (42,85 % y 37,77 %, respectivamente).

Las candidatas a histerectomía acudieron voluntariamente a la Unidad de Uroginecología de la Clínica La Sagrada Familia, entre el 01 de abril de 2013 y el 30 de abril de 2017. Se comparó la afectación de la sexualidad de las mujeres a las que se les realizó HAT frente a las que se les realizó HV. La participación en la investigación fue voluntaria y requirió la lectura, comprensión y firma de un consentimiento informado por parte del especialista que realizaría la intervención.

Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, con indicación de histerectomía, sexualmente activas, residentes en el Quindío, que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio. Fueron excluidas embarazadas, histerectomía obstétrica o diferente a la vaginal o abdominal, trastornos psiquiátricos o conductuales graves, uso de sustancias psicoactivas, trastornos oncológicos, analfabetismo. Además, todas las mujeres que no aceptaron participar en el estudio y las que no siguieron las recomendaciones para el inicio de la actividad sexual en el posoperatorio.

A los dos grupos se les dio salida con recomendaciones escritas y se citaron a control a las tres semanas para evaluación de la patología de la pieza quirúrgica. Se les recomendó el inicio de la actividad coital no antes de seis semanas de la cirugía. Luego a cada mujer se le citaba para la realización del cuestionario IFSF a los 6, 12 y 24 meses, resultando al final del estudio un total de 504 cuestionarios.

Se describen las variables cuantitativas como promedio y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos (IQR) según el tipo de distribución de

los datos. Las variables cualitativas se expresan en valores de frecuencias o porcentajes, junto con sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95 %. Los datos cualitativos se compararon a través de la prueba de chi cuadrado (χ^2) y los cuantitativos mediante las pruebas t de Student o U-Mann-Whitney de acuerdo con la distribución de normalidad. Se usó el test de Shapiro-Wilk con el propósito de evaluar el tipo de distribución de los datos. Se realizó un análisis univariado con sus respectivas medidas en términos de porcentajes y valores de p para todas las variables cualitativas. Las variables con un valor de $p < 0,1$ se incluyeron en el análisis multivariado de forma post hoc (regresión de Poisson con ajuste robusto al error de varianza de la muestra) con sus respectivas medidas de asociación (razones de oportunidad [OR], IC 95 %). En este modelo se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con el programa estadístico Stata SE13.0 (StataCorp LP, College Station, Texas, EE.UU.).

RESULTADOS

La edad media de las mujeres fue de $47,52 \pm 7,2$ años, con una edad mínima de 36 años y máxima de 78 años. La edad promedio de la pareja fue de $53,7 \pm 5,4$ años. Las integrantes del estudio eran eminentemente hispánicas, pertenecientes principalmente al área urbana; con un nivel de estudios alto: 58,51 % habían completado sus estudios universitarios, y 12,72 % había cursado posgrado o maestría. El 35,1 % eran amas de casa; 87,23 % eran católicas, y el grupo era predominante heterosexual (97,87 %). El estado civil sobresaliente era casado (78,72 %) y mayoritariamente afiliadas al régimen de seguridad social contributivo (77,65 %). Las mujeres del estudio no presentaron diferencias en las variables socio-demográficas o clínicas según los grupos (Tabla 1).

La mayoría de las mujeres manifestaron tener una sexualidad normal ($n=264$; 93,61 %) con un índice de masa corporal (IMC) de $30,6 \text{ kg/m}^2 \pm 4,2$ (mínimo 17,04 y máximo 34,86). Se encontró que 59,57 % de las mujeres sometidas a histerectomía presentaban miomatosis uterina ($n=168$), de las cuales 48,21 % era moderada ($n=81$), 44,64 % era leve ($n=75$) y

AFECTACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES
INTERVENIDAS POR HISTERECTOMÍA

Tabla 1
Características sociodemográficas de las mujeres sometidas a histerectomía

	Grupo A (n=51)	Grupo B (n=54)	p
Variables cuantitativas, media ± DE			
Edad (años)	48±12	45±9	0,306
Talla (cms)	158±1,6	160±1,7	0,501
Peso (Kg)	81,5±1,9	82,4±1,9	0,207
IMC	30,4±2,6	31,5±3,3	0,903
Inicio de la vida sexual (años)	17,5 ± 2,3	17,1 ± 2,4	0,528
Edad de la menarquia (años)	12,1 ± 2,6	12,5 ± 2,2	0,507
Edad de la menopausia (años)	48,7 ± 4,7	48,5 ± 5,2	0,612
Variables cualitativas %			
Religión			
Católica	85,71	86,66	0,729
Otras	14,28	13,33	0,905
Raza			
Hispanas	79,59	75,55	0,285
Otras	20,4	24,44	0,402
Grado de escolaridad			
Primaria	12,24	11,11	0,204
Secundaria	30,61	28,88	0,147
Universitaria	57,14	60	0,318
Estado Conyugal			
Soltera	8,16	6,66	0,807
Unión libre	14,28	11,11	0,477
Casada	77,55	82,22	0,615
Residencia			
Rural	16,32	14,81	0,316
Urbana	83,67	85,18	0,657
Actividad laboral			
Amas de casa	38,77	31,11	0,411
Empleada	48,99	57,77	0,408
Pensionada	12,24	11,11	0,201
Tabaquismo	14,28	17,77	0,171
Alcohol	28,57	24,44	0,258
Estrato socioeconómico			
Bajo	22,44	24,44	0,408
Medio	59,18	55,55	0,315
Alto	18,36	20	0,726
Cirugía anti incontinencia	14,28	15,55	0,762
Antecedente de aborto	5,4	6,3	0,432
Terapia hormonal	6,12	8,88	0,375

7,14 % era severa (n=12). Había miomatosis intramural en 51,78 % (87/168), submucosa en 33,92 % (57/168) y subserosa en 8,51 % (24/168). El 13,82 % del total (n=39) manifestó dispareunia preoperatoria.

El 79,78 % (n=225) de las participantes fueron mujeres que no estaban en etapa de la menopausia. La edad media en este grupo fue de 41,37 ± 6,15 años (edad mínima de 36 años y máxima de 48 años). De estas al

51,06 % (n=144) se les realizó HAT y al 28,72 % (n=81) se les realizó HV.

En las mujeres a las que se les realizó HAT la prevalencia de disfunción sexual posoperatoria fue del 42,85 %; el dolor coital fue la disfunción más prevalente (38,77 %), los otros dominios estuvieron alterados en el siguiente orden: deseo (36,73 %), orgasmo (32,65 %), excitación (30,61 %), lubricación (28,57 %) y la satisfacción sexual se mantuvo en 14,28 % (Tabla 2). En el grupo de las mujeres a las que se les realizó HV, la prevalencia de disfunción sexual postoperatoria fue de 28,14 %; la presencia de dolor durante el coito se encontró en 27,40 %, seguida de la alteración del deseo (24,44 %), orgasmo (18,51 %), excitación (17,17 %), lubricación (15,55 %), y la satisfacción sexual estuvo presente en 25,18 % (Tabla 2). Las alteraciones se hicieron más frecuentes en este grupo cuando la histerectomía se acompañaba de colpórrafias.

De las 282 mujeres participantes del estudio, 101 presentaron disfunción sexual según los dominios del IFSF, arrojando una prevalencia de 35,81 % para la HAT (OR:14,79; IC:95%: 10,8-23,7). En el grupo de mujeres a las que se les realizó HV la prevalencia fue de 28,14 %, subiendo a 36,29 % en las que se les realizó colpórrafias. Las características de la población más afectada fueron: las del grupo de edad correspondientes a 55-64 años, procedencia rural, instrucción primaria, antecedente de episiotomía y cesárea.

La función sexual se alteró significativamente desde el inicio de la actividad sexual después de la HAT ($24,46 \pm 11,16$ a $35,81 \pm 10,83$; $p=0,048$), siendo el dolor el que mostró la mayor alteración ($26,59 \pm 4,17$ a $38,77 \pm 8,16$; $p=0,024$).

El orgasmo, la excitación y la lubricación presentaron cambios significativos posterior a la HAT ($18,43 \pm 3,27$ a $32,65 \pm 2,33$; $p=0,036$), siendo el orgasmo el que más se afectó significativamente a los 12 meses poscirugía ($15,8 \pm 5,26$ a $31,47 \pm 6,39$; $p=0,006$).

La insatisfacción sexual se incrementó significativamente de $57,8 \pm 5,25$ a $81,2 \pm 32$ ($p=0,003$) a los 12 meses poscirugía y de $76,35 \pm 14,28$ a $85,75 \pm 4,53$ ($p=0,003$) a los 24 meses poshisterectomía.

Se observó una reducción significativa del deseo sexual en las mujeres sometidas a HV que se acompañaron de colpórrafias, a los 12 meses de la cirugía, de $37,31 \pm 5,29$ a $30,81 \pm 4,63$ ($p=0,024$) y a los 24 meses una reducción de $28,41 \pm 4,29$ a $24,44 \pm 3,13$ ($p=0,009$).

Durante el seguimiento se produjeron incrementos significativos respecto de la puntuación del IFSF, en relación al dolor, en cada grupo, ($p=0,0021$ HV, $p=0,00042$ HAT). Para el grupo de HAT, la caída en la puntuación del dolor del IFSF, llegó a valores significativamente más bajos en las mujeres menores de 55 años ($p=0,045$). Hubo diferencias significativas

Tabla 2
Función sexual en las mujeres sometidas a histerectomía

Dominios	HAT**	Disfunción sexual %	HV***	Disfunción sexual %	p
Deseo	3,27±0,57	36,73	4,17 ± 0,75	24,44	<0,0001
Excitación	3,15±0,84	30,61	4,74 ± 0,66	17,77	<0,0001
Lubricación	3,12±0,63	28,57	4,29 ± 0,51	15,55	<0,0001
Orgasmo	3,48±0,51	32,65	4,37 ± 0,72	18,51	<0,0001
Satisfacción	3,87±0,81	14,28	4,83 ± 0,81	25,18	<0,0001
Dolor	4,38±0,72	38,77	4,32 ± 0,87	27,40	<0,0001
Puntaje del IFSF*	21,27±2,16	42,85	26,72 ± 2,13	28,14	<0,0001

* Índice de función sexual femenina
 ** Histerectomía abdominal total
 *** Histerectomía vaginal

AFECTACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES
INTERVENIDAS POR HISTERECTOMÍA

entre los dos grupos (A y B) en la puntuación del IFSF. En el grupo HV se observó una puntuación significativamente más alta del IFSF a lo largo del seguimiento en comparación con el grupo HAT (a los 6 meses: $p=0,0018$; a los 12 meses: $p=0,00051$; a los 24 meses: $p=0,018$).

La puntuación del IFSF en la excitación y lubricación fueron similares en ambos grupos durante los 6 y 12 meses, pero no se mantuvo al final del estudio; pero cuando se acompañó la HV de colporragias, la puntuación del IFSF es significativamente diferente ($p=0,057$) por la disminución reportada. Esta disminución es significativa en las mujeres mayores de 55 años, en relación con las menores (menores: $p=0,015$; mayores: $p=0,045$).

En el análisis bivariado (Tabla 3) se encontraron las siguientes asociaciones estadísticamente significativas: la condición rural se relacionó con mayor riesgo de desarrollar disfunción sexual (OR:2,07; IC 95 %: 1,14-3,72), al igual que el bajo estrato socioeconómico (OR:1,83; IC95 %: 1,35-1,56), menor nivel de instrucción (OR:1,29; IC 95%: 1,08-3,48) y el estar soltera (OR:1,71; IC 95%:1,14-3,83). Por el contrario, se encontró que el nivel universitario, se asocia con menor riesgo de presentar disfunción sexual (OR:0,57; IC 95%: 0,18-0,87). La mayor edad (superior a 55 años)

entre las mujeres, en ambos grupos, se asoció de manera significativa con el desarrollo de disfunción sexual ($p=0,0015$).

Se realizó un análisis multivariado en donde se encontró que la realización de colporragias (OR: 13,8; IC 95 %: 3,16-20,73), el antecedente de dispareunia (OR: 16,83; IC 95 %: 12,6 -25,8), así como el antecedente de episiotomía (OR: 7,16; IC 95 %: 2,07-14,13) y de cesárea (OR: 3,93; IC95 %: 2,76-8,79), fueron factores de riesgo con asociación estadísticamente significativa para disfunción sexual. Se ratificó, al igual que en el análisis bivariado, que el mayor nivel de instrucción, estar empleada y tener pareja estable se constituyen en factor protector para el desarrollo de disfunción sexual (OR: 0,15; IC95 %: 0,09 - 0,78). La prevalencia de los cambios en la función sexual a lo largo del seguimiento no presentó diferencias significativas entre los grupos (Tabla 4).

No se encontró asociación entre el número de embarazos o de partos, tipo de religión, tipo de incisión (mediana/transversa) ni entre el antecedente de aborto o no. Este último parámetro, aunque mostró aumento del riesgo para desarrollar disfunción sexual posoperatoria en mujeres con antecedentes de maniobras abortivas, no apareció en el modelo final multivariado.

Tabla 3
Análisis bivariado del riesgo de desarrollar disfunción sexual según las variables sociodemográficas.

Variable	Con disfunción sexual %		Sin disfunción sexual %		IC 95 %	p
Origen rural	Si	56,43	Si	43,56	2,07 (1,14-3,72)	<0,001
	No	26,73	No	73,26		
Bajo estrato socioeconómico	Si	65,53	Si	34,65	1,83 (1,35-1,56)	0,027
	No	37,62	No	62,27		
Menor nivel de instrucción	Si	68,31	Si	31,68	1,29 (1,08-3,48)	0,012
	No	22,77	No	77,22		
Estar soltera	Si	86,13	Si	13,86	1,71 (1,14-3,83)	0,003
	No	41,58	No	58,41		
Estar desempleada	Si	64,35	Si	35,64	2,52 (1,71-7,59)	0,021
	No	23,76	No	76,23		

Tabla 4
Análisis multivariado condensado de los factores de riesgo ajustados
para desarrollar disfunción sexual posoperatoria

VARIABLES	Valor p	OR ajustada	IC 95 %
Realización de colporrafias	0,042	13,8	3,16-20,73
Antecedente de dispareunia	0,003	16,83	12,6-25,8
Antecedente de cesárea	0,021	3,93	2,76-8,79
Antecedente de cirugía anti-incontinencia	0,027	2,49	1,17-5,73
Antecedente de parto instrumentado	0,015	3,69	1,47-8,16
Baja frecuencia de relaciones sexuales (≤ 2 veces a la semana)	0,001	3,78	2,37-7,26
Actitud negativa hacia el sexo	0,027	5,94	3,45-14,76
Pareja con disfunción sexual	0,001	1,44	1,05-4,37
Enfermedad crónica	0,005	1,32	1,02-2,49

DISCUSIÓN

La HV tiene la ventaja de poderse realizar en mujeres con o sin prolapso genital, además de ser considerada un procedimiento seguro, con menor tiempo quirúrgico, bajas tasas de complicaciones, menos tiempo de incapacidad u hospitalización (permite una rápida recuperación, con deambulación precoz y reinserción pronta a las tareas habituales), inferiores costos, además de exigir una curva de aprendizaje más corta (23 - 26).

Las complicaciones posoperatorias de la colporrafia (anterior o posterior) son poco frecuentes (27, 28); sin embargo, la publicación del efecto negativo que puede tener sobre el coito no ha sido descrita.

La HAT es una cirugía frecuentemente realizada por causas benignas, y ofrece la ventaja de facilitar la palpación de los órganos pélvicos de forma directa; pero con el potencial riesgo de incrementar la formación de adherencias, con mayor dolor en el posoperatorio inmediato, con la desventaja del efecto antiestético al dejar cicatriz en la pared abdominal (29 - 31); no obstante, en la actualidad la propuesta consiste en realizar intervenciones quirúrgicas que disminuyan el traumatismo hístico así como la manipulación visceral (32), en lo cual la HV tiene todas las ventajas sobre las demás técnicas, al ofrecer un abordaje menos invasivo con mejores resultados estéticos, siendo recomendada como la vía preferida para el abordaje de las patologías benignas (33).

Uno de los desalentadores hallazgos, al analizar la revisión de la literatura existente, acerca de las complicaciones de la histerectomía, es que gran parte de las investigaciones se encuentran dirigidas hacia la búsqueda y observación de complicaciones no sexuales (34 -36).

De este estudio se desprende que la cirugía pélvica se constituye en un factor de riesgo para presentar disfunción sexual (HV: OR = 1,62; IC-95 % = 1,08 - 4,26 p = 0,003; HAT: OR = 2,28; IC-95 %: 1,35 - 3,75; p = 0,001); sin embargo, en la HV se incrementa el riesgo cuando se acompaña de colporrafias (OR: 3,51; IC 95 %: 2,07 - 8,25; p = 0,0001); ya que se encontró que tanto las mujeres a las que se les realizó HAT como HV reportaron dolor coital en el posoperatorio; lo cual es concordante con lo descrito en la literatura, debido a que los procedimientos quirúrgicos, que involucran a la pelvis, se han asociado con disfunción sexual (37); siendo mayor la prevalencia de disfunciones sexuales (presencia de dos o más disfunciones), en aquellas mujeres sometidas a colporrafias.

Se desconoce cuál o cuáles son las razones involucradas en la aparición de la dispareunia en las mujeres sometidas a histerectomía, sin embargo, la hipótesis del autor apunta a que en la HAT su fisiopatología se puede sustentar en la aparición de adherencias pélvicas posoperatorias, mientras que en la HV se puede fundamentar en retracciones de la cúpula así como adherencias pélvicas y, en el caso que se acompañe de

AFECTACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES INTERVENIDAS POR HISTERECTOMÍA

colporralias, al excesivo recorte de mucosa vaginal y al respectivo estrechamiento del introito.

La mayoría de las disfunciones sexuales se presentaron en las mujeres con el menor nivel de escolaridad, mayores 55 años, con antecedente de dispareunia, de episiotomía, de parto instrumentado o cesárea, factores de riesgo similares a los descritos en otros estudios (16, 18, 38).

La mediana de la puntuación del IFSF a los 6 meses del postoperatorio fue de 27,36 en las mujeres del grupo de histerectomía abdominal total y 29,46 en las del grupo de histerectomía vaginal, estableciéndose una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,003$). El dominio dolor fue el de mayor prevalencia, mostrando una puntuación de 4,83 y 4,53 ($p = 0,006$), respectivamente.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al evaluar la satisfacción a lo largo del tiempo de seguimiento. En el análisis de la relación entre el tipo de histerectomía y la aparición de disfunciones sexuales femeninas, se encontró una correlación significativa entre la prevalencia de disfunciones sexuales y la vía de abordaje; siendo menores las cifras en las HV, sin embargo, hubo relación de incremento cuando se acompañaba de colporralias.

En esta investigación se observaron como factores protectores de disfunción sexual femenina los reportados por otros autores: estado civil casada (OR = 0,48; IC 95 % = 0,15-0,87; $p = 0,0001$) y nivel académico superior (OR = 0,36; IC 95% = 0,42-0,93; $p = 0,0001$) (16, 18, 39).

En este estudio se demostró que la HV no solo se puede realizar si existe prolapsos uterino, sino que es factible de realizar en su ausencia, tal como ha sido descrito (40), con mínimas contraindicaciones (25), con la ventaja de menos riesgo de disfunciones sexuales.

Los resultados de este estudio revelan importantes cambios en la sexualidad de las mujeres que son sometidas a histerectomía. El porcentaje de disfunciones sexuales presentes en el posoperatorio fue significativo en ambos grupos; por lo tanto, se invita a los colegas a evaluar la percepción de la función sexual preoperatoria en las mujeres que van a ser llevadas a cirugía, con el

propósito de ofrecerle la vía que menos involucre un incremento en disfunciones de base o en la aparición de disfunciones no existentes.

Según la revisión de la literatura, realizada por el autor, este estudio y una investigación venezolana realizada en el año 2015 por Faría y col. (41), podrían ser considerados los primeros trabajos en establecer la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres operadas de histerectomía, -evaluadas mediante el uso del IFSF-, como objetivo único de complicaciones posoperatorias, derivadas de la cirugía.

La principal limitación de este estudio consiste en no contar con un grupo control para establecer una comparación con las técnicas descritas, además de su carácter observacional, por lo cual, estos datos deberán ser confirmados mediante la realización de un ensayo clínico controlado donde se comparen las dos técnicas con los otros tipos de histerectomía, en particular la laparoscópica. Entre las fortalezas de esta investigación se destaca su carácter prospectivo, lo cual facilitó disponer de una medición de la afectación de la respuesta sexual femenina a lo largo del tiempo, después de la histerectomía.

Los resultados de esta investigación apoyan la idea de que la HV puede tener un beneficio, clínicamente relevante, en la prevención de las disfunciones sexuales posoperatorias. Se debe seguir trabajando en la promoción de la HV como la técnica de abordaje, por lo menos en las patologías benignas, para confirmar estos datos.

Se concluye que la HV consigue una menor afectación de la sexualidad femenina; por ello, el deterioro en la salud sexual de las mujeres es menor. El acompañamiento de las colporralias en la HV aumenta el riesgo de presentar disfunciones sexuales en el posoperatorio, el dolor y el trastorno del deseo se observan tempranamente tras el inicio de la actividad sexual.

Al ser la histerectomía una cirugía frecuente, con potencial riesgo de generar disfunciones sexuales, se hace necesario evaluar la vía de abordaje, así como de argumentar de forma concienzuda el acompañamiento de procedimientos adicionales, a fin de no generar o potenciar dificultades sexuales en el futuro.

Es imperiosa la necesidad de realización de estudios clínicos más grandes con inclusión de otras formas de realizar histerectomías (laparoscópica o robótica), para buscar establecer el potencial beneficio al abordar una menor morbilidad en los órganos pélvicos internos.

AGRADECIMIENTOS

El investigador ofrece sus agradecimientos a las mujeres participantes de este estudio y a la Clínica La Sagrada Familia por permitir la realización de la presente investigación; al Dr. Fernando Rosero Mera, estimado amigo y maestro, por facilitar sus experiencias y por ayudar en el análisis de los manuscritos.

El autor declara que no existen fuentes de financiación para declarar, debido a que el presente estudio se realizó con recursos propios.

El autor declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM, et al. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000-2004. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198 (1): 1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2007.05.039
- Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA, Koonin LM, Morrow B, Kieke BA, Wilcox LS. Hysterectomy surveillance--United States, 1980-1993. *MMWR CDC Surveill Summ* 1997; 46 (4):1-15.
- Wright JD, Herzog TJ, Tsui J, Ananth CV, Lewin SN, Lu YS, et al. Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol*. 2013; 122 (2 Pt 1): 233-241. doi: 10.1097/AOG.0b013e318299a6cf
- American College of Obstetrics and Gynecologists. ACOG Committee Opinion N° 444: choosing the route of hysterectomy for benign diseases. *Obstet Gynecol*. 2009; 114 (5): 1156-1158. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c33c72
- Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (8): CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub5
- Song T, Kim TJ, Kang H, Lee YY, Choi CH, Lee JW, et al. A review of the technique and complications from 2012 cases of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy at a single institution. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011; 51 (3): 239-43.
- Holloway RW, Patel SD, Ahmad S. Robotic surgery in Gynecology. *Scand J Surg*. 2009; 98 (2): 96-109. doi: 10.1177/145749690909800205
- Nezhat F, Nezhat C, Gordon S, Wilkins E. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. *J Reprod Med*. 1992;37 (3): 247-250.
- Figueiredo O, Figueiredo EG, Figueiredo PG, Pelosi MA 3rd, Pelosi MA. Vaginal removal of the benign nonprolapsed uterus: experience with 300 consecutive operations. *Obstet Gynecol* 1999; 94 (3): 348-351.
- Harris WJ. Early Complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50 (11): 795 - 805.
- Brown JS, Sawaya G, Thom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet*. 2000; 356 (9229): 535 - 539.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000; 163 (3): 888 - 893.
- Conaglen HM, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. *Austr Prescr*. 2013; 36 (2): 42-45. doi: 10.18773/austprescr.2013.021
- Hedelin H, Abramsson L. [Sexuality--an important factor for quality of life. Who should treat erectile dysfunction?] *Lakartidningen* 1997; 94 (28-29): 2548-2552.
- Clegg M, Towner A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? *Maturitas*. 2012; 72 (2): 160 - 164. doi:10.1016/j.maturitas.2012.03.009
- Espitia De La Hoz, FJ. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. *Rev Cienc Biomed*. 2016; 7 (1): 25-33.
- Lo SS, Kok WM. Sexual behavior and symptoms among reproductive age Chinese women in Hong Kong. *J Sex Med*. 2014; 11 (7): 1749 - 1756. doi: 10.1111/jsm.12508
- Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterization of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018; 69: 9 -21. doi:10.18597/rcog.3035
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA*. 1999; 281 (6): 537 - 544.
- Correa-Ochoa, JL, Pandales-Pérez, H, Román-Vásquez, VL, Palacio-Arango, BL, Zuleta-Tobón, JJ. Impacto de la histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. Estudio de cohortes, Medellín, 2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2017; 68 (1): 12 - 24. doi:10.18597/rcog.2977
- Cortés D, García G, Reyes L. Estadística de

AFECTACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES
INTERVENIDAS POR HISTERECTOMÍA

- procedimientos quirúrgicos. Septiembre 15 a octubre 31 de 2003. Universidad Nacional de Colombia. Clínica Carlos Lleras Restrepo; 2003.
22. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31 (1): 1 - 20. doi: 10.1080/00926230590475206
 23. Kovachev S, Ganovska A, Stankova T. [Comparison of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy and vaginal hysterectomy for benign disease and lesions of the female genital system]. *Akush Ginekol (Sofia).* 2016; 55 (Suppl 1 Pt 1): 4-10.
 24. Correa-Ochoa JL, Tirado-Mejia JA, Mejía-Zúñiga JF, Tirado-Hernández M, Gómez Ibarra E, Arango-Martínez A. Histerectomía vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. Medellín (Colombia) 2008-2010. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011; 62 (1): 45-50.
 25. Heaney NS. Vaginal hysterectomy: its indications and technique. *Am J Surg.* 1940; 48: 284 - 288.
 26. Chen B, Ren DP, Li JX, Li CD. Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy: A prospective non-randomized trial. *Pak J Med Sci.* 2014; 30 (4): 875-879.
 27. Nguyen JN, Burchette NJ. Outcome after anterior vaginal prolapse repair: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008; 111 (4): 891 - 898. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816a2489
 28. Shull BL, Benn SJ, Kuehl TJ. Surgical management of prolapse of the anterior vaginal segment: An analysis of support defects, operative morbidity, and anatomic outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171 (6): 1429 - 1436.
 29. Kovac R. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. *Obstet Gynecol.* 2000; 95 (6 Pt 1): 787 - 793.
 30. Olsson JH, Ellstrom M, Haalin M. A randomized prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996; 103 (4): 345-350.
 31. Nezhat F, Nezhat C, Gordon S, Wilkins E. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. *J Reprod Med.* 1992; 37 (3): 247 - 250.
 32. Grosdemouge I, Bleret-Mattart V, von Theobald P, Dreyfus M. [Complications of vaginal hysterectomy on non-prolapsed uterus]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2000; 29 (5): 478 - 484. doi: JGYN-09-2000-29-5-0368-2315-101019-ART6
 33. Moen M, Walter A, Harmanli O, Cornella J, Nihira M, Gala R, et al. Considerations to improve the evidence-based use of vaginal hysterectomy in benign gynecology. *Obstet Gynecol.* 2014; 124 (3): 585 - 588. doi: 10.1097/AOG.0000000000000398
 34. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2013; 121 (3): 654 - 673. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182841594
 35. Shanthini NF, Poomalar GK, Jayasree M, Bupathy A. Evaluation of complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *IJRCOG.* 2012; 1 (1): 7-11.
 36. Osler M, Daugbjerg S, Frederiksen BL, Ottesen B. Body mass and risk of complications after hysterectomy on benign indications. *Hum Reprod.* 2011; 26 (6): 1512 - 1518. doi: 10.1093/humrep/der060
 37. Urdaneta J, Briceño LA, Cepeda de Villalobos M, Montiel C, Marcucci R, et al. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013; 78(2):102-113.
 38. Espitia-De La Hoz, FJ, Orozco-Gallego, H. Evaluación de la mejoría de la sexualidad en mujeres intervenidas por incontinencia urinaria. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017; 63 (4): 309-318.
 39. Blümel JE. Disfunción sexual en la mujer chilena. *Medwave.* 2009; 9 (10): e4211. doi: 10.5867/medwave.2009.10.4211
 40. Kovac SR. Clinical opinion: guidelines for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191 (2): 635 - 640.
 41. Faría F, Ferrarotto M, González Blanco M. Función sexual en pacientes histerectomizadas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2015; 75 (1): 30 - 40.

Recibido el 06/2/2018
Aprobado en junio 2018