

REVISIÓN DE CONJUNTO

Problemas sexuales derivados de la histerectomía



E. Sobral Portela* y M. Soto González

Facultad de Fisioterapia, Universidad de Vigo, Pontevedra, España

Recibido el 2 de agosto de 2013; aceptado el 14 de febrero de 2014
Disponibile en Internet el 14 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Histerectomía;
Mujer;
Sexualidad;
Disfunciones sexuales

Resumen

Introducción: La histerectomía constituye la segunda cirugía que más se aplica en mujeres en edad reproductora. En ocasiones este tipo de procedimiento quirúrgico puede acarrear consecuencias físicas y de tipo psicológico, lo que puede alterar el funcionamiento sexual de estas mujeres. Por ello, el objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre los posibles problemas sexuales derivados de los diferentes tipos de histerectomía.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos de Medline, Cinahl y Scopus y en ella se exploraron 111 artículos, de los cuales, solo 12 cumplieron los criterios de inclusión: 9 eran estudios prospectivos y 3 eran retrospectivos y se realizaron en mujeres de cualquier edad operadas de histerectomía, ya fuera por causas benignas o malignas. Se trata de artículos publicados entre el 2007 y el 2013, en inglés, español o portugués con las palabras clave «hysterectomy» y «sexuality».

Resultados: Los 12 estudios analizados incluyeron los 3 tipos de histerectomía: subtotal, total o radical ya fuera por vía abdominal, vaginal o laparoscópica. En ellos se determinaron cuáles fueron los problemas sexuales que más afectan a las mujeres que sufren histerectomía, sea cual sea su causa.

Conclusión: Los problemas sexuales son frecuentes tras la histerectomía, siendo la histerectomía vaginal la que mayores disfunciones provoca. Factores como la edad o la existencia de un trastorno depresivo también contribuyen a la aparición de las disfunciones.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Hysterectomy;
Sexuality;
Women;
Sexual dysfunctions

Sexual problems due to hysterectomy

Abstract

Introduction: Hysterectomy is the second most widely performed surgical procedure in women of reproductive age and sometimes has physical and psychological effects that affect sexual functioning. The aim of this study was to review the literature on possible sexual problems after different types of hysterectomy.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eri_sp89@hotmail.com (E. Sobral Portela).

Material and methods: We conducted a literature search in the databases Medline, CINAHL and Scopus and obtained 111 articles, of which only 12 met the inclusion criteria. Nine studies were prospective and 3 were retrospective, performed in women of any age who had undergone hysterectomy whether for benign or malignant causes. The articles were published between 2007 and 2013 in English, Spanish or Portuguese with the keywords 'hysterectomy' and 'sexuality'.
Results: The 12 studies analyzed included 3 types of hysterectomies: subtotal, total, or radical, either abdominal, vaginal or laparoscopic. These studies identified the sexual problems most affecting women who had undergone a hysterectomy, irrespective of cause.

Conclusion: Sexual problems are common after hysterectomy. The greatest dysfunction is caused by vaginal hysterectomy. Factors such as age and the existence of a depressive disorder also contribute to dysfunction.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La histerectomía fue puesta en práctica por primera vez en 1853¹. En los primeros años de su utilización estaba considerada como una cirugía de último recurso y, sin embargo, en la actualidad su uso es muy variado^{1,2}. Este tipo de operación todavía se considera como una cirugía mayor, aunque en estos momentos, la duración habitual del postoperatorio está entre 3 y 6 días¹.

Esta intervención constituye la segunda cirugía que más se aplica en mujeres en edad reproductora³ y en el rango de edad de 45-64 años presenta una incidencia de un 20,1% en Finlandia, un 19,4% en Alemania, un 13,4% en Portugal y un 11,9% en España⁴.

Se puede clasificar en histerectomía total, subtotal y radical. La histerectomía total incluye la extracción del útero y del cuello uterino, y puede ir acompañada o no de la eliminación de los ovarios y las trompas de Falopio (salpingo-ooforectomía)⁵. En la histerectomía subtotal o supracervical, el cuello uterino no se elimina, mientras que en la histerectomía radical se extirpan el útero y los tejidos circundantes, incluyendo el tercio superior de la vagina junto con los ganglios linfáticos pélvicos^{2,5}, además, estos procedimientos pueden realizarse utilizando uno de los 3 enfoques principales: *histerectomía abdominal* (AH), *histerectomía vaginal* (VH) o *histerectomía laparoscópica* (LH)⁵.

La decisión sobre la mejor técnica a utilizar está relacionada, en muchos casos, con la formación y experiencia del cirujano^{5,6}, siendo la VH total la más utilizada para su tratamiento⁷. Este tipo de histerectomía es la preferida ya que es más rápida y más barata que la laparoscópica⁵ y además, con respecto a la abdominal, presenta menos complicaciones, menos costes, una hospitalización más corta y una morbilidad menor⁸. No obstante, la LH presenta una serie de ventajas con respecto a la VH y a la AH, como son un retorno a las actividades normales más rápido y una alternativa segura para las pacientes^{5,9}. Además, al realizarse mediante pequeñas incisiones, el trauma quirúrgico y el dolor postoperatorio son menores. No obstante, son procedimientos que requieren un alto nivel de habilidades¹.

En ocasiones este tipo de procedimiento quirúrgico puede acarrear consecuencias de tipo psicológico, ya que muchas mujeres afirman haber vivido momentos de tristeza y desganancia con relación al malestar físico a consecuencia de la

cirugía¹⁰. Por otro lado, la etapa en la que a la mujer se le practica la extirpación uterina está repleta de transformaciones físicas y emocionales, que generan sentimientos de miedo, duda y angustia, los cuales son vividos por cada mujer de forma particular¹¹. Por lo tanto, el establecimiento de un ambiente donde predomine la confianza y la empatía entre mujeres y profesionales de la salud es esencial desde la fase diagnóstica de la enfermedad, para promover adhesión al tratamiento y que este concluya de forma satisfactoria, logrando mejores índices de calidad de vida con relación a las pacientes que no reciben este tipo de atención¹¹⁻¹³.

Aparte de la extirpación del útero, la repercusión de la histerectomía sobre el ámbito sexual causa un gran impacto sobre la mayoría de las mujeres¹⁴. Algunos autores aseguran que tras este tipo de cirugía, la disfunción sexual es frecuente¹²; no obstante, existen algunas evidencias de que después de la histerectomía, la sexualidad y la función sexual no se ven afectadas¹⁵.

El funcionamiento sexual puede estar alterado por varias razones. Entre ellas destacan, la actitud de las mujeres con respecto a la vida sexual dependiendo del tipo de cirugía¹⁶, la edad¹⁷⁻¹⁹, las lesiones de estructuras vasculares en el momento de la operación¹⁸, por denervación^{20,21} o por el posible acortamiento de la vagina²².

El objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre los posibles problemas sexuales derivados de la histerectomía, así como si existen diferencias entre los distintos abordajes.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica desde el 11 al 13 de junio de 2013. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, Cinahl y Scopus.

La ecuación de búsqueda empleada fue hysterectomy AND sexuality, utilizando ambas como términos *medical subject headings* (MESH).

Los criterios de inclusión fueron:

- Estudios publicados desde el 2007 hasta el 2013.
- Estudios en los que la intervención quirúrgica ginecológica principal es la histerectomía sin ningún tratamiento complementario añadido.

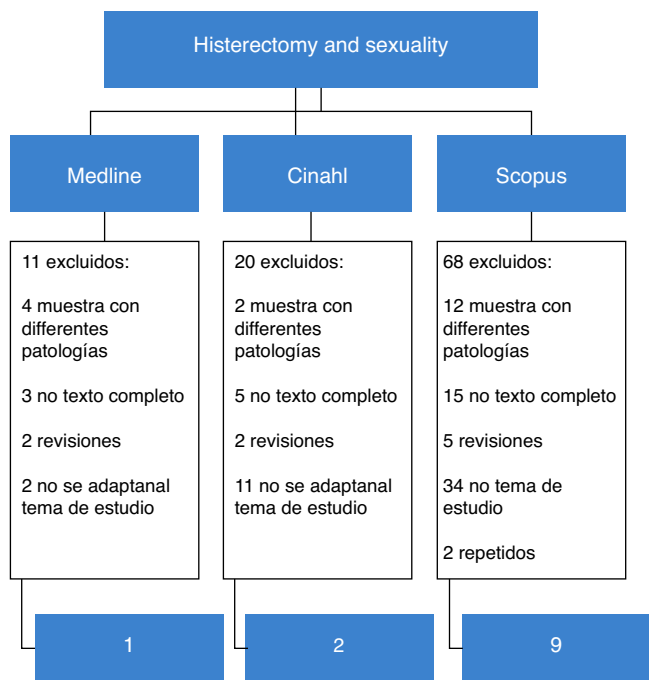


Figura 1 Principales problemas sexuales referidos por los autores.

- Estudios en los que se analizan los problemas sexuales.
- Estudios en los que el 100% de la muestra es de mujeres operadas de histerectomía.
- Estudios publicados en inglés, portugués o castellano.

Los criterios de exclusión fueron:

- No acceso al artículo completo en vínculo.
- Estudios repetidos.
- Revisiones.

En la figura 1 se puede observar un resumen sobre todos los artículos encontrados en las búsquedas, estableciéndose cuántos fueron utilizados para el análisis de resultados y cuántos fueron descartados.

Resultados

Se analizaron 12 estudios que cumplieron los criterios de inclusión y que usaron como intervención quirúrgica la histerectomía subtotal, total o radical ya fuera por vía abdominal, vaginal o laparoscópica y que tuvieran asociada o no la salpingo-ooforectomía bilateral.

La tabla 1 muestra los artículos examinados y algunas de las características de cada uno de ellos.

Lucero et al.¹⁰ realizaron un estudio exploratorio cuyo objetivo fue explorar algunos aspectos emocionales, psicológicos y de satisfacción sexual evaluados en mujeres que, por distintos motivos, habían sido operadas de histerectomía.

El estudio se realizó en 38 mujeres operadas de histerectomía por causas benignas, con una edad media de 53 años y con un tiempo transcurrido desde la cirugía en torno a los 7 años. Se entrevistó con relación a un periodo a corto plazo tras la histerectomía (hasta 2 meses después) y otro a

largo plazo (un año después). Se evaluó deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor mediante el IFSF, comparando a las mujeres sexualmente activas con las que no lo eran. Los resultados mostraron que la dimensión del deseo es igualmente baja para los 2 grupos, mientras que en el resto de los dominios del IFSF existieron diferencias significativas entre ambos.

Los autores determinaron como conclusión que los niveles de satisfacción sexual general fueron bajos para todo el grupo, obteniéndose peores resultados para las mujeres que no eran sexualmente activas.

Urrutia et al.²³ realizaron un estudio con el fin de establecer un modelo que permitiera predecir la calidad de vida sexual de la mujer histerectomizada a los 6 meses de haber sido intervenida.

La muestra era de 90 mujeres, con una edad media de 45 años, que fueron operadas de histerectomía por causas benignas, entre diciembre de 2002 y abril de 2003. Del total de la muestra, a 89 mujeres se les había realizado histerectomía total, un caso era de histerectomía subtotal y ambos tipos estaban asociados a ooforectomía en el 58,9% de los casos (siendo la mayoría bilateral). Con relación a la calidad de vida sexual, el análisis se realizó en 86 mujeres, ya que 4 todavía no habían iniciado actividad sexual al sexto mes. Se realizó una entrevista a los 3 días de la cirugía y a los 6 meses de esta; para ello, se llevó a cabo una adaptación de la escala de «Percepción de calidad de comunicación de pareja y calidad de vida sexual» y, al analizar la puntuación total de la escala, no se encontraron diferencias significativas entre ambos periodos de medición. Al estudiar cada una de las preguntas del cuestionario, no hubo diferencias en la mayoría de las respuestas entre ambos periodos de tiempo; las respuestas que variaron fueron la de la excitación, angustia y evaluación general de la vida sexual, mostrando una mejoría al sexto mes de la histerectomía.

Como conclusión de este estudio se estableció que la presencia de la ooforectomía representó un factor negativo en la calidad de vida sexual y que la sexualidad de las mujeres histerectomizadas depende en gran medida de variables anteriores a la cirugía.

Yen et al.²⁴ realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los efectos de la histerectomía sobre la depresión, ansiedad, imagen corporal y síntomas ginecológicos.

El estudio se llevó a cabo en 68 mujeres que fueron evaluadas en un plazo de 2 semanas antes de la histerectomía, un mes después y 4 meses tras la histerectomía. Las pacientes que tenían una media de edad de 46 años habían sido histerectomizadas por causas benignas entre febrero y agosto de 2004. Dos mujeres habían sido operadas de VH, 14 de AH total y 52 de VH laparoscópica; de todas ellas 5 casos estaban asociados a ooforectomía. La función sexual se evaluó con el cuestionario SPEQ y se analizó la dispareunia y el funcionamiento sexual.

Llegaron a la conclusión de que la actividad sexual empeoró después de la cirugía y que era mucho más pobre en aquellas pacientes que presentaban un trastorno depresivo mayor.

Onat et al.²⁵ realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar los efectos psicosexuales de la histerectomía en la etapa inicial y analizar los factores que tienen un efecto sobre el bienestar sexual.

Tabla 1 Características de los estudios

Autor	Año de publicación y país	Tipo de estudio	Mediciones	Tamaño de la muestra	Base de datos
Lucero et al. ¹⁰	2007 Chile	Retrospectivo	7 años tras HT	38	Scopus
Urrutia et al. ²⁴	2007 Chile	Prospectivo	3 días después HT /6 meses	90	Scopus
Yen et al. ²⁵	2008 China	Prospectivo	2 semanas antes HT /2 meses /4 meses	68	Scopus
Onat et al. ²³	2008 Turquía	Prospectivo	3 días antes HT /3 meses	93	Cinahl
Marino et al. ²⁶	2009 Brasil	Prospectivo	Antes HT /6 meses	33	Medline
Martínez et al. ¹⁴	2010 Chile	Prospectivo	Antes HT /6 meses	25	Scopus
Ellström et al. ²⁷	2010 Suecia	Prospectivo	1-2 meses antes HT/ 12 meses	89	Scopus
Silva et al. ²⁸	2010 Brasil	Prospectivo	Antes HT/ 2 meses	12	Cinahl
Urrutia et al. ²⁹	2011 Chile	Prospectivo	3 días después/6 meses	67	Scopus
Lee et al. ³⁰	2011 Corea	Prospectivo	Antes HT/6 meses	95	Scopus
Wong et al. ³¹	2012 Malasia	Retrospectivo	Entre 1-5 años después de HT	875	Scopus
Lermann et al. ³²	2013 Alemania	Retrospectivo	Entre 2-3 años después HT	258	Scopus

Se trata de un estudio realizado en 93 mujeres con una edad media de 45 años, operadas de histerectomía entre el 1 de septiembre de 2004 y el 31 de marzo de 2005. Un total de 23 pacientes habían sido operadas de VH y 70 de AH, todas por causas benignas. Se realizó una entrevista 3 días antes de la histerectomía y 3 meses después; el funcionamiento sexual se midió a través de la IFSF y se determinó que, sin tener en cuenta el tipo de cirugía, a mayor edad las puntuaciones IFSF postoperatorias disminuyeron significativamente. No obstante, en el grupo de AH el deseo, la excitación, el orgasmo, la satisfacción, el dolor y las puntuaciones de la escala total fueron significativamente mejores que en el grupo de la VH.

Los autores concluyeron que 3 meses después de la histerectomía, el funcionamiento sexual se vio afectado por la edad avanzada, por el tipo de cirugía o por la actitud de la mujer hacia la sexualidad, y se agravó en los casos en los que existía depresión.

*Marino et al.*²⁶ realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la histerectomía en la sexualidad en las mujeres con leiomioma uterino.

El estudio fue realizado entre enero y septiembre de 2007, en 33 mujeres de entre 33 y 50 años operadas de histerectomía por causas benignas. Se evaluó la sexualidad mediante el QS-F y el GRISS y el cuestionario se realizó antes de la AH total y 6 meses después de esta. Los resultados mostraron un empeoramiento significativo en la satisfacción sexual, expresión de la sensualidad femenina, vaginismo o dispareunia y en la anorgasmia.

En conclusión a este estudio se determinó que la histerectomía afectó a la vida sexual y a la sexualidad de la mujer, debido a que el útero está directamente asociado con estas funciones.

*Martínez et al.*¹⁴ realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar si la histerectomía total o subtotal laparoscópica tuvo repercusión en la función sexual de la mujer y cuál de estas técnicas quirúrgicas se debe emplear para preservar la función sexual, evaluando si las alteraciones en dicha función se comportan como variables independientes del procedimiento quirúrgico.

La muestra estaba formada por 25 mujeres, 15 de ellas menores de 45 años y 10 con una edad comprendida entre los

45 y 58 años. El tipo de cirugía ginecológica empleada fue la histerectomía total laparoscópica (60%) y la histerectomía subtotal laparoscópica (40%), ambas por causas benignas. Se utilizaron 2 métodos para evaluar la función sexual de las pacientes, el IFSF y la historia clínica codificada de la sexualidad femenina, aplicándose ambos antes de la cirugía y 6 meses después de esta. Los resultados indicaron que el trastorno sexual más frecuente fue el deseo, la excitación sexual y el dolor; no obstante estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tras estos resultados, los autores concluyeron que la función sexual no se vio afectada por la LH, ya fuera total o subtotal.

*Ellström et al.*²⁷ realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar los cambios en la salud sexual y el bienestar psicológico de mujeres operadas de histerectomía total y subtotal.

El estudio se llevó a cabo en mujeres suecas con una edad media de 45 años operadas de histerectomía por causas benignas. Finalmente, la función sexual se evaluó en 47 mujeres con histerectomía total y 42 con histerectomía subtotal. Se utilizó el cuestionario sexual femenino de McCoy (MFSQ) para valorar la sexualidad 1 o 2 meses antes de la cirugía y un año después. Los resultados mostraron que, a diferencia de las mujeres operadas de histerectomía total, las que se sometieron a histerectomía subtotal experimentaron un cambio positivo en la frecuencia del orgasmo y en el placer sexual tras esta cirugía. No obstante, no se encontraron cambios importantes en la puntuación total de ambos grupos.

Los autores concluyen que las mujeres operadas de histerectomía subtotal mejoran su salud sexual, aunque sin mucha variación, frente a las mujeres tratadas con histerectomía total.

*Silva et al.*²⁸ realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue identificar y analizar la repercusión de la histerectomía en la vida de la mujer en edad reproductiva.

Un total de 12 mujeres brasileñas de entre 32 y 49 años operadas de AH por causas benignas conformaron la muestra. Se realizó una entrevista abierta en la que la mujer expresaba la influencia de la histerectomía en diferentes

aspectos de su vida, entre ellos la sexualidad. Los resultados mostraron que, tras ser operadas, las mujeres vieron afectadas su función sexual, condicionadas fundamentalmente por su imagen corporal.

Como conclusión a este estudio se estableció que la sexualidad, la extirpación de útero y otros factores causaron en estas mujeres angustia e incertidumbre. Es por ello por lo que establecen que las mujeres tratadas con histerectomía deben ser asesoradas sobre los problemas que puede acarrear esta intervención.

*Urrutia et al.*²⁹ realizaron un estudio para comparar las características de la función sexual de un grupo de mujeres con histerectomía con y sin ooforectomía.

El estudio se llevó a cabo en 67 mujeres chilenas operadas de histerectomía por causas benignas entre diciembre de 2002 y abril de 2003. De estas mujeres, 32 fueron operadas de histerectomía con ooforectomía bilateral (edad media 45,84) y 35 histerectomía sin ooforectomía (edad media 42,80). En el primer caso, el 96,9% de las histerectomías eran abdominales mientras que en el segundo solo utilizaron este tipo de abordaje la mitad, 48,6%. Se evaluó la función sexual a los 3 días de la cirugía y a los 6 meses mediante la «Percepción de calidad de comunicación de pareja y calidad de vida sexual»; los resultados mostraron que a los 6 meses existe un empeoramiento en la vida sexual de las mujeres con ooforectomía, habiendo diferencias significativas entre ambos grupos.

En este estudio se concluye que las mujeres operadas de ooforectomía presentan un deterioro en la sexualidad. Es por ello por lo que la decisión sobre si es o no conveniente realizar esta cirugía debe ser estudiada.

*Lee et al.*³⁰ realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar y valorar los efectos de la VH laparoscópica convencional o por puerto único en la función sexual de mujeres premenopáusicas.

El estudio se llevó a cabo en 95 mujeres coreanas con una edad media de 45 años que, entre enero y diciembre de 2009, fueron operadas de VH por causas benignas. Un total de 48 de estas mujeres se operaron de VH laparoscópica convencional y 47 fueron operadas de VH laparoscópica por puerto único. La función sexual se evaluó mediante una versión coreana del IFSF antes de la histerectomía y 6 meses más tarde. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre las 2 técnicas ni entre las puntuaciones preoperatorias y postoperatorias en la puntuación total del cuestionario.

En conclusión, los investigadores establecieron que la VH laparoscópica, ya sea convencional o por puerto único, no afecta a la función sexual de las mujeres premenopáusicas.

*Wong et al.*³¹ realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar los efectos físicos, psicológicos y sexuales experimentados por mujeres asiáticas operadas de histerectomía.

La muestra la formaron 875 mujeres malasias, chinas e indias de las que el 85,5% de la muestra tenía entre 40 y 60 años. En el 94,3% de las histerectomías el abordaje era abdominal y en más de la mitad de las mujeres se realizó por causas benignas. La función sexual se evaluó entre 1 y 5 años después de haberse practicado la histerectomía y para ello se realizó un cuestionario de 9 preguntas sobre la frecuencia de la actividad sexual, orgasmo, sequedad vaginal, dispareunia, deseo sexual y relación con el cónyuge. Los resultados mostraron una disminución significativa en la

actividad sexual ($p < 0,001$) así como en la satisfacción de las relaciones con su pareja ($p < 0,01$); por otro lado, los resultados no muestran ninguna asociación significativa entre el funcionamiento sexual y el tipo de cirugía realizada.

Como conclusión en este estudio, se determinó que la función sexual empeoró tras la histerectomía.

*Lermann et al.*³² realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar la prevalencia del trastorno de deseo sexual hipactivo después de 5 procedimientos diferentes de histerectomía.

El estudio se llevó a cabo en 258 mujeres alemanas operadas de esta cirugía por causas benignas entre 2002 y 2007; la encuesta se realizó entre 2 y 3 años después de la intervención. Los 5 tipos de histerectomía aplicados fueron: AH ($n = 70$; edad media 54), VH ($n = 34$; edad media 55,8), VH asistida por laparoscopia ($n = 36$; edad media 52,5), supra-cervical asistida por laparoscopia ($n = 56$; edad media 48,8) e LH total ($n = 62$; edad media 51,1). Se evaluó la sexualidad mediante el breve perfil de la función sexual femenina (B-PFSF) y los resultados mostraron que el 37,5% de las mujeres con AH seguidas por el 29,4% de las operadas de VH, fueron las que presentaron una mayor disminución del deseo sexual. No obstante, no hubo diferencias significativas entre los 5 grupos.

Tras estos resultados, los autores concluyeron que tras la histerectomía existe disminución del deseo sexual pero no hay diferencias significativas entre los distintos procedimientos aplicados.

Discusión

A continuación se procederá a la discusión de los artículos analizados según diferentes características.

En cuanto al tipo de estudio, hemos analizado trabajos prospectivos^{14,27-30} y retrospectivos^{10,31,32}, esto dificulta su comparación puesto que el hecho de haber pasado varios años tras la cirugía elimina sentimientos y experiencias vividas en ese momento concreto, por lo que las respuestas podrían no ser tan exactas y fiables.

Atendiendo al tiempo de seguimiento, en algunos estudios, este es inferior a 4 meses^{23,24,28}, mientras que en otros se llega a los 6^{14,23,26,29,30} o incluso a los 12 meses²⁷. Cabe destacar que en los artículos de *Lermann et al.*³², *Wong et al.*³¹ y *Lucero et al.*¹⁰ no realizan un seguimiento propiamente dicho, realizando un único cuestionario, como mínimo, a partir del año de haberse practicado la histerectomía, llegando a los 3, 5 o incluso 7 años, respectivamente. Este aspecto hace que no se puedan comparar los resultados obtenidos 3 meses después de la histerectomía con resultados de 12 meses después, ya que la aceptación y conformidad con la enfermedad podría ser más difícil cuanto menos tiempo haya transcurrido, pudiéndose obtener, por lo tanto, peores resultados en la función sexual.

Por otro lado, también es importante que tengamos en cuenta el tamaño de la muestra. Esta varía desde 12 mujeres, en el estudio de *Silva et al.*²⁸, hasta las 875 de *Wong et al.*³¹, por lo tanto, cuanto más pequeña sea la muestra, menos generalización podremos hacer de sus resultados.

Analizando la edad de las muestras podemos observar que tenemos estudios en los que la media de edad es de 45, y en otros, es de 55 años. Este podría ser un aspecto interesante a

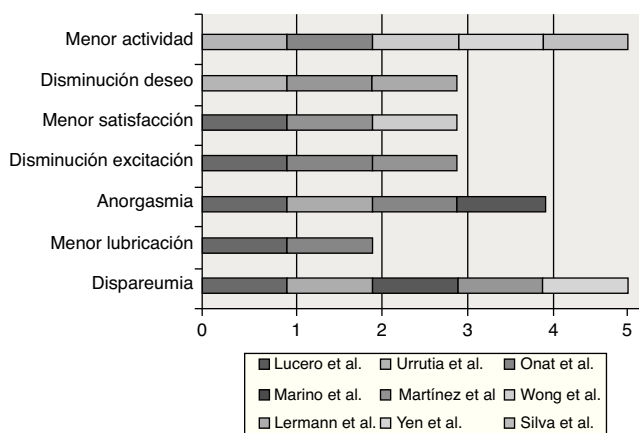


Figura 2 Proceso de selección de artículos.

tener en cuenta ya que no se pueden esperar resultados más o menos ajustados al comparar mujeres mayores de 50 años con mujeres de una edad inferior, ya que las de mayor edad, probablemente todas o casi todas, serán mujeres posmenopáusicas y el impacto psicológico de eliminar esa parte tan importante de su cuerpo no será el mismo. No obstante la etapa del climaterio incluye una disminución de la producción de estrógenos que se caracteriza por presentar, entre otros síntomas, ansiedad, depresión, problemas sexuales y malestar físico, lo que provoca un deterioro en la calidad de vida de estas mujeres. Tal y como muestran Onat et al.²⁵, sin tener en cuenta el tipo de cirugía, a mayor edad los resultados empeoran significativamente.

Para la mujer el útero representa la feminidad y la juventud y está directamente relacionado con el bienestar y la salud del cuerpo, por lo que al practicarle una histerectomía y extirparle esa parte tan importante para ella, se siente «vacía» (calificativo que comúnmente se emplea para definir la eliminación del útero en la mujer). Si a esto se añade la extirpación de los ovarios, no solo conlleva una reducción de estrógenos y progesterona, sino que también se provocan cambios físicos que acentuarán el empeoramiento de su estado psicológico.

Los cuestionarios más relevantes utilizados por los estudios analizados en esta revisión son el índice de función sexual femenina (IFSF)^{10, 14,25,30,33}, el cuestionario de experiencia personal (SPEQ)^{24,34}, el cuestionario de satisfacción sexual (GRISS)^{26,35}, el cociente sexual-versión femenina (QS-F)²⁶, la escala de «Percepción de calidad de comunicación de pareja y calidad de vida sexual»^{23,29}, la «historia clínica codificada de la sexualidad femenina»¹⁴, el cuestionario sexual femenino de McCoy²⁷ y el breve perfil de la función sexual femenina (B-PFSF)³². El más destacado es el IFSF que es un cuestionario que consta de 19 preguntas sobre 6 parámetros relacionados con la sexualidad y que hacen referencia a las últimas 4 semanas. Estos parámetros son: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. En la figura 2 se muestran los problemas sexuales más frecuentes de todos los analizados en los artículos de esta revisión.

Como podemos comprobar el método de evaluación utilizado varió mucho de unos artículos a otros; mientras que en el estudio de Silva et al.²⁸ se realiza una entrevista abierta, en otros artículos se formulan 7 preguntas³², 9 preguntas^{27,31}, 19 preguntas (IFSF)^{10,14,25,30} o incluso, en un

caso, se llegan a realizar 2 cuestionarios con más de 30 preguntas²⁶. Estos cuestionarios, y los demás empleados en el resto de los artículos, no son comparables porque, a pesar de que todos abordan el mismo tema, cada uno le da su propio enfoque y no son igual de específicos, ya sea porque inciden más en unos aspectos que en otros, o simplemente porque realizan más preguntas con respecto a un parámetro, siendo estos últimos más concretos, precisos y, por lo tanto, más fiables.

Además los estudios analizados incluyen diferentes tipos de histerectomía, siendo por lo tanto, diferentes las consecuencias. Pieterse et al.¹⁶ y Abdelmonem et al.²² muestran que la dispareunia tras la histerectomía es más común después de la VH en comparación con la abdominal, debido a que al realizar el abordaje a nivel vaginal se produce un mayor recorte de la vagina. Onat et al.²⁵, comparando la AH con la VH, concluyen que no solo es menor la dispareunia, sino también el deseo, la excitación, la satisfacción y el orgasmo. Por otro lado, Martínez et al.¹⁴ y Lee et al.³⁰ determinaron que la función sexual no se vio afectada en aquellas mujeres que habían sido histerectomizadas por vía laparoscópica.

También es importante la causa de la histerectomía; en la mayoría de los artículos estudiados se trata de causas benignas, excepto el estudio de Wong et al.³¹ en el que refieren como causas benignas la mitad de la muestra. Vargas et al.³⁶ muestran en un estudio que, tras la histerectomía, un 40% de la población estudiada manifiesta una reacción depresiva. El hecho de ser operadas de una histerectomía es considerado por la paciente como una situación importante en su estado personal no solo por el alcance de la cirugía, sino también por la enfermedad que la ha llevado a ella, aunque esta sea benigna; esto se ve multiplicado si el diagnóstico es por un proceso maligno^{20,31}. En las histerectomías realizadas por razones oncológicas la ansiedad que se produce es diferente, es más intensa y con otras connotaciones, que convierten el hecho de perder el útero en un acontecimiento secundario, siendo el principal temor la muerte³⁷. Tal y como muestran Seffah et al.³⁸, al analizar pacientes con enfermedad benigna y maligna, estas últimas se vuelven menos activas sexualmente que las mujeres que son histerectomizadas por enfermedad benigna.

Otro aspecto importante es que no en todos los estudios realizan una evaluación de la función sexual antes de la histerectomía^{10,23,29,31,32}; pensamos que es un dato primordial ya que en la sexualidad no solo influyen factores como la edad, cirugía y estado psicológico, sino que también está muy relacionada con la calidad de vida sexual anterior a la intervención. Por lo tanto, este es un aspecto que siempre hay que considerar y que debemos tomar como referencia para saber si realmente la histerectomía ocasiona efectos negativos en la función sexual.

Tras analizar los estudios se observa que la mayoría concluyen que la histerectomía provoca efectos adversos en algunos aspectos de la sexualidad^{10,23-29,31,32}. No obstante también encontramos otros artículos que explican que la función sexual no se modifica^{14,30} o incluso que mejora²⁷. Esto se podría explicar porque en estos 3 artículos el tipo de histerectomía utilizada es la laparoscópica que, tal y como se explicó anteriormente, tiene una serie de ventajas con respecto a los otros 2 tipos^{1,5,9}. Además, en estos casos, la histerectomía se realizó para causas benignas, por lo que

su repercusión psicológica y a nivel de la sexualidad será menor^{20,37}.

Conclusión

Aunque los estudios analizados muestran cierta controversia sobre los efectos de la histerectomía sobre la sexualidad, la mayoría de ellos determinan que tras esta cirugía existen problemas importantes en la función sexual.

La VH parece ser el tipo de intervención que mayores problemas sexuales desencadena frente a la abdominal y la laparoscópica, siendo esta última la que provoca una disfunción menor.

La gravedad de la enfermedad por la que está indicada la histerectomía, la etapa de la vida en la que se encuentra la mujer, el poco tiempo que haya transcurrido tras la cirugía y la existencia de un trastorno depresivo, generan un impacto negativo sobre la vida sexual de las mujeres operadas de histerectomía.

Está claro que son muchos los aspectos que repercuten sobre la sexualidad en las mujeres histerectomizadas, sea cual sea su causa. Es por ello por lo que los profesionales de la salud (ginecólogos, psicólogos y fisioterapeutas) debemos tener conocimiento de todo el procedimiento y de sus consecuencias, para poder aconsejar y orientar a las pacientes desde el inicio y así evitar un empeoramiento en su calidad de vida.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Mantle J, Haslam J, Barton S. *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology*. 2nd ed. Butterworth-Heinemann: Elsevier; 2004.
- Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Histerectomía. *JAMA*. 2004;291:1526.
- Solá V, Ricci P, Pardo J, Guiloff E. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006;71:364-72.
- Martínez C. Impact of early detection on incidence rates of female genital cancers and the importance of estimating the prevalence of hysterectomies. *Gac Sanit*. 2001;15:40.
- Clayton R. Hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20:73-87.
- McCracken G, Hunter D, Morgan D, Price J. Comparison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy total abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy. *Ulster Med J*. 2006;75:54-8.
- Punushapai U, Khampitak K. Sexuality after total abdominal hysterectomy in Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2006;89:112-7.
- Salinas H, Pastén J, Naranjo B, Carmona S, Retamales B, Díaz G, et al. Análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en el hospital clínico de la universidad de Chile: revisión de 2.338 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006;71:227-33.
- Schindlbeck C, Klauser K, Dian D, Janni W, Friese K. Comparison of total laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;277:331-7.
- Lucero, Claudia. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2007;33:1-8.
- Komura LA, Herrmann P, Silva D, Massumi M. Histerectomía y vivencia de la sexualidad. *Index Enferm*. 2007;16:28-32.
- Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kasemsarn P, Soonthornthum T, Leelahakorn S, et al. Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*. 2007;17:1104-12.
- Cerda P, Pino P, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006;71:216-21.
- Martínez M, Bustos H, Ayala R, Leroy L, Morales F, Watty A, et al. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75:247-52.
- Greenwald H, McCorkle R. Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *J Womens Health*. 2008;17:955-63.
- Pieterse QD, Maas CP, Ter Kuile MM, Lowik M, van Eijkeren MA, Trimbos JBM, et al. An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16:1119-29.
- Freixas A, Luque B. El secreto mejor guardado: la sexualidad de las mujeres Mayres. *Polit Soc*. 2009;46:191-203.
- Celik H, Gurates B, Yavuz A, Nurkalem C, Hanay F, Kavak B. The effect of hysterectomy and bilaterally salpingo-oophorectomy on sexual function in post-menopausal women. *Maturitas*. 2008;61:358-63.
- Reyes AJ. ¿Problemas de mujeres?: La menopausia y el climaterio a la luz de la bioantropología. *Rev Venez Estud Mujer*. 2008;13:77-87.
- Muñoz F, Muñoz E, García A, Masero A, Bousamra M, Hernández J. Impacto de la histerectomía de los procesos ginecológicos benignos y malignos, en las disfunciones del suelo pélvico. ¿Es posible aplicar técnicas preventivas? 30 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2009. Barcelona.
- Gabor I, Paredes F, Caffo R. Comparación del efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2005;51:188-95.
- Abdelmonem AM. Vaginal length and incidence of dyspareunia after total abdominal versus vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010;151:190-2.
- Urrutia MT, Araya A, Rivera S, Viviani P, Villarreal L. Sexualidad de la mujer histerectomizada: modelo predictivo al sexto mes posterior a la cirugía. *Rev Méd Chile*. 2007;135:317-25.
- Yen J-Y, Chen Y-H, Long C-Y, Chang Y, Yen C-F, Chen C-C, et al. Risk factors for major depressive disorder and the psychological impact of hysterectomy: A prospective investigation. *Psychosom Med*. 2008;49:137-42.
- Onat G, Hotun N. Hysterectomy's psychosexual effects in Turkish women. *Sex Disabil*. 2008;26:149-58.
- Marino I, Cássio J, Rolim SM, Gonçalves N, Flores AP, Rossi LM, et al. Sexuality evaluation in women submitted to hysterectomy for the treatment of uterine leiomyoma. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31:503-7.
- Ellström Engh MA, Jerhamre K, Junsokog K. A randomized trial comparing changes in sexual health and psychological well-being after subtotal and total hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:65-70.
- Silva CM, Santos IM, Vargens OM. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14:76-82.
- Urrutia M, Araya A, Padilla O. Sexualidad e histerectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76:138-46.
- Lee JH, Choi JS, Hong JH, Joo KJ, Kim BY. Does conventional or single port laparoscopically assisted vaginal hysterectomy affect female sexual function? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90:1410-5.

31. Wong LP, Arumugam K. Physical, psychological and sexual effects in multi-ethnic Malaysian women who have undergone hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38:1095–105, 8.
32. Lermann J, Häberle L, Merk S, Henglein K, Beckmann MW, Mueller A, et al. Comparison of prevalence of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in women after five different hysterectomy procedures. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;167:210–4.
33. 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;69:118–225.
34. Dennerstein L, Dudley E, Hopper J, Burger H. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas.* 1997;26:83–93.
35. Pieterse QD, Ter Kuile MM, Maas CP, Kenter GG. The gynaecologic Leiden questionnaire: Psychometric properties of a self-report questionnaire of sexual function and vaginal changes for gynaecological cancer patients. *Psycho-Oncology.* 2008;17:681–9.
36. Vargas JE, López A. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. *Centr Regi Inves Psicol.* 2010;4:5–10.
37. Fernández MJ. Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica. 10 Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis.* 2009.
38. Seffah J, Kwame-Aryee R, Adanu R, Munumi K, Awotwi E. Indications for gynecologic surgery and their implications for sexual function in menopausal women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008;103:203–6.