



ORIGINAL

¿Cambia la función sexual tras la histerectomía?



C. Ángel Parra^{a,b,*}, G. González de Merlo^a, E. González Mirasol^a, M.C. Serna Torrijos^{a,c} y R. Soler García^b

^a Departamento de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (SESCAM), Albacete, España

^b Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Almansa (SESCAM), Albacete, España

^c Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Villarrobledo (SESCAM), Albacete, España

Recibido el 22 de septiembre de 2019; aceptado el 1 de enero de 2020

Disponible en Internet el 24 de febrero de 2020

PALABRAS CLAVE

Histerectomía;
Sexualidad;
Femenino;
Disfunción sexual;
Entrevistas y
cuestionarios

Resumen

Objetivo: El posible impacto de la histerectomía sobre la función sexual genera ansiedad a las mujeres. Los estudios han mostrado controversia. Dada la frecuencia de esta intervención, nuestro objetivo es saber si la función sexual cambia tras la misma.

Material y métodos: Comparamos la función sexual antes de la histerectomía, a los 3 meses tras la misma y a los 9 meses, de las 299 mujeres a las que se les programa dicha intervención entre el 1 de noviembre de 2012 y el 31 de noviembre de 2014 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Finalmente forman parte de nuestro estudio 166 mujeres. Se estudia la función sexual con el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM®).

Resultados: Encontramos que, tras la histerectomía, la función sexual de la mujer mejora en algunos aspectos y no cambia en otros. Las menores de 55 años presentan mejoría en el Deseo, en la Excitación y en la Frecuencia de la actividad sexual, y disminución de Problemas con la penetración vaginal; todo esto es ya manifiesto a los 3 meses de la intervención, sin cambios posteriores. La Ansiedad anticipatoria también mejora entre el tercer y noveno mes. Observamos tendencia a la mejoría en el dominio de Capacidad para disfrutar de su vida sexual en general. En mayores de 55 años solo encontramos aumento en la Frecuencia de actividad sexual a los 9 meses de la cirugía.

Conclusiones: Tras la histerectomía, la función sexual de la mujer mejora o no cambia. La mejoría se encuentra principalmente en menores de 55 años.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: carmenangelparra@hotmail.com (C. Ángel Parra).

KEYWORDS

Hysterectomy;
Sexuality;
Female;
Sexual dysfunction;
Surveys and
questionnaires

Does Sexual Function Change after Hysterectomy?**Abstract**

Objective: Women may experience anxiety because of the possible effects of hysterectomy on sexual function, but studies have shown conflicting results on this topic. Given the frequency of this procedure, the aim of this study is to determine whether sexual function changes after hysterectomy.

Material and methods: A comparison was made of sexual function before hysterectomy to sexual function at 3 and 9 months after the procedure in 299 women who underwent hysterectomy between 1 November 2012 and 30 November 2014, at the Hospital and University Complex of Albacete, Spain. A total of 166 women were finally included in the study. Sexual function was studied using the Women's Sexual Function Questionnaire (*Cuestionario de Función Sexual de la Mujer*, FSM®).

Results: It was found that some aspects of female sexual function improved after hysterectomy, whereas others did not change. Those younger than 55 years old experience improvements in sexual desire, excitement, and frequency of sexual activity, and had a decrease in problems with vaginal penetration. These changes were all evident 3 months post-intervention, and no changes occurred thereafter. Anticipatory anxiety also improved between the third and ninth month. An upward trend was observed in the general enjoyment of sex life. In those older than 55 years, an increase was only found in the frequency of sexual activity at 9 months post-operation.

Conclusions: After hysterectomy, female sexual function either improves or remains unchanged. Improvement is primarily found in women younger than 55 years old.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Antecedentes

El impacto de la histerectomía sobre la función sexual genera gran preocupación y ansiedad a las pacientes¹.

Entre el 11 y el 37% de las mujeres sometidas a histerectomía declaran empeoramiento en su función sexual tras la misma². Se han publicado multitud de estudios sin llegar a ninguna conclusión, ya que algunos deducen que la histerectomía no provoca cambios en la sexualidad de la mujer³⁻⁷, otros que la mejora^{1,8-11}, mientras que otros encuentran un deterioro de la misma^{12,13}.

La histerectomía es la segunda intervención más practicada en mujeres tras la cesárea en los países desarrollados. En EE. UU. se practican unas 600.000 al año, el 90% indicadas por patología benigna (sobre todo por sangrado uterino anormal, prolapsos, miomatosis)¹⁴. En Reino Unido se realizan alrededor de 100.000 al año¹⁵. Puede llevarse a cabo por diferentes vías: abdominal, vaginal o laparoscópica¹⁶.

Aunque la histerectomía se realiza para mejorar la calidad de vida de la paciente, presenta, como cualquier intervención quirúrgica, riesgos de morbimortalidad^{17,18}. Cuando a las mujeres se les indica dicha intervención, aparte de la preocupación por las posibles complicaciones, presentan inquietud por los potenciales efectos negativos sobre su sexualidad y la relación con su pareja^{6,19}. En general, las pacientes no reciben adecuada información sobre su salud sexual y las posibles consecuencias tras la histerectomía⁹. La educación e información antes de la cirugía acerca de la función sexual tras la histerectomía mejora la satisfacción con la intervención²⁰.

Dada la frecuencia de realización de la histerectomía, el impacto psicológico sobre la mujer y la controversia

encontrada en la literatura científica, hemos decidido realizar un estudio comparando la función sexual antes y después de la histerectomía para determinar si hay cambios en la misma, valorando si esos cambios son a mejor o a peor.

Material y métodos

Es un estudio observacional longitudinal prospectivo con medidas intrasujeto (pre-postintervención) en el que comparamos la función sexual antes de la histerectomía, a los 3 meses tras la misma y a los 9 meses, de las mujeres a las que se les programa dicha intervención entre el 1 de noviembre de 2012 y el 31 de noviembre de 2014 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, que son 299. A todas ellas se les informa sobre el estudio un mes antes de la intervención, se les ofrece participar y, si lo desean, firman el consentimiento informado; entonces se concierta una entrevista y eligen modalidad presencial, telefónica o por correo.

Los criterios de inclusión son: indicación de la histerectomía por patología benigna, ser sexualmente activas, no padecer patología psiquiátrica grave que impida la entrevista, hablar y entender bien el español y no padecer una enfermedad maligna en el momento del estudio.

Los criterios de exclusión son: no completar al menos la entrevista de los 3 o de los 9 meses, desarrollar una enfermedad grave durante el estudio que pueda afectar a la función sexual.

Setenta (23,4%) no cumplen criterios de inclusión: 59 no son sexualmente activas, 4 presentan demencia, 2 no hablan castellano, una presenta hipoacusia que impide la

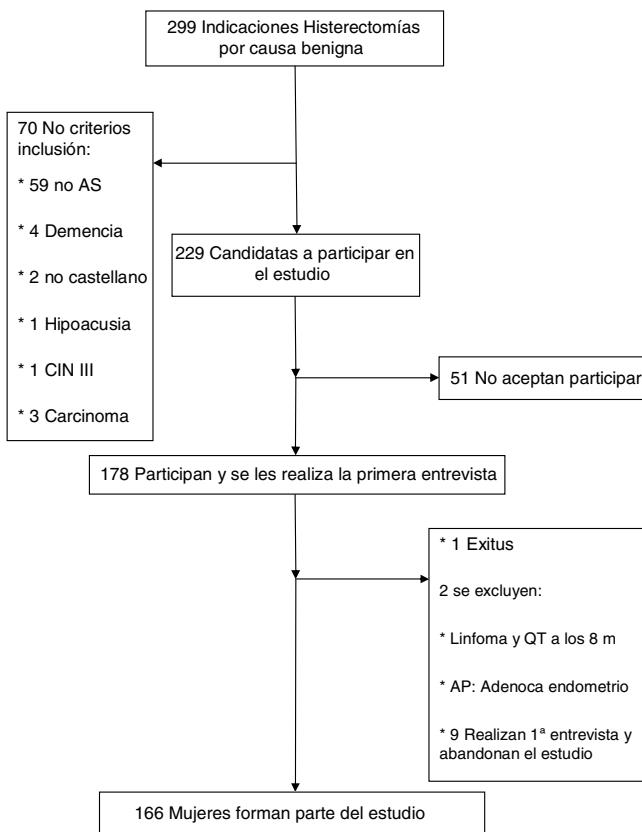


Figura 1 Población a estudio.

comunicación, una se indica por CIN III y 3 presentan un carcinoma concomitante. Por tanto, 229 (76,5%) mujeres son candidatas a participar en nuestro estudio; de ellas 51 no aceptan participar (22,2%), estas últimas no son diferentes significativamente de las que participan ni en edad, ni en raza, ni en la indicación de la misma. Refieren no participar por falta de tiempo o por vergüenza al hablar sobre su vida sexual.

De este modo, 178 (77,7%) participan y se les realiza la primera entrevista. De estas, una paciente de 69 años fallece por un ACVA al mes de la cirugía y excluimos a 2 mujeres: una que comienza con linfoma de Hodgkin a los 8 meses de la histerectomía y otra cuyo resultado de anatomía patológica es adenocarcinoma de endometrio. Nueve realizan la primera entrevista y después abandonan el estudio. Finalmente, 166 pacientes forman parte de nuestro estudio (fig. 1).

La primera entrevista es telefónica en 85 (51,2%) mujeres, por correo en 55 (33,1%) y presencial en 26 (15,6%). La mayoría mantiene la modalidad a lo largo de todo el estudio.

La primera entrevista consiste en obtener los datos socio-demográficos, los antecedentes médico-quirúrgicos y en el estudio de la función sexual mediante el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM®)²¹. La segunda entrevista, a los 3 meses de la intervención, consiste en unas cuestiones acerca del postoperatorio, de la sintomatología y de algunos aspectos psicosociales, y se vuelve a evaluar la función sexual mediante el FSM®. A los 9 meses, volvemos a evaluar la función sexual, las preguntas son las mismas y procuramos no intervenir, ni opinar, ni dirigir las respuestas.

Los tiempos en los que se realizan las entrevistas los hemos decidido en base a estudios que indican que la recuperación sexual tras la histerectomía suele suceder alrededor de los 6 meses^{4,5,22}.

El FSM® lo puede realizar la mujer por sí misma, está validado en España y tarda en cumplimentarse 5-10 min. El hecho de poder realizarlo por sí misma favorece su sinceridad al preservar su intimidad y permite una exhaustiva exploración de su esfera sexual. Consta de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dominios. Las incluidas en los dominios evaluadores de la actividad sexual, que son Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal y Ansiedad anticipatoria, puntuán de 1 a 5 o de 1 a 15. Las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones importantes como la frecuencia sexual y la existencia de pareja. Evalúa las fases de la respuesta sexual (criterios de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -DSM IV) y los aspectos relacionales importantes (iniciativa y grado de comunicación sexual). Puede aplicarse a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, de cualquier edad y orientación sexual. Es genérico, útil para la comparación de la función sexual entre grupos de pacientes con diferente patología.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica y por la Comisión de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y se obtuvo consentimiento informado de todas las participantes. Se mantiene una confidencialidad estricta siguiendo la legislación aplicable en materia de protección de datos.

Análisis estadístico

Empleamos los datos obtenidos del FSM® de varias formas: en primer lugar, con la puntuación que nos proporciona el test realizado en cada uno de los dominios que evalúa, considerándolo una ordenación, para lo que emplearemos técnicas de estadística no paramétrica; en segundo lugar, con la categorización del test, tal como está definido en forma de trastorno grave, moderado o ausencia de trastorno, considerándolo una variable categórica.

A su vez, intentamos agrupar en una variable común la ausencia de trastorno. Así, calificaremos como «ausencia de trastorno» a las mujeres que no tienen alteración en ninguno de los dominios y como «algún trastorno» a las que tienen cualquier grado de trastorno en alguno de estos. También definimos «presencia de trastorno grave» la presencia de trastorno grave en al menos uno de los dominios.

Utilizamos una base de datos creada para este estudio en el programa Microsoft Office y exportamos los datos al programa SPSS 12.0 (SPSS Inc®, Chicago Ill, EE. UU.) con el que se lleva a cabo el análisis estadístico. El nivel de significación estadística es el valor estándar de p menor de 0,05.

Se utilizan estadísticos descriptivos de acuerdo a métodos de cálculo estándar. Las variables categóricas se muestran como frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables cuantitativas gaussianas se indican como media, desviación típica, intervalo de confianza al 95%. Las

variables cuantitativas no-gaussianas y ordinales se indican como mediana y cuartiles.

Dado que la base del estudio es la comparación de diversos resultados de las mismas personas en momentos distintos empleamos en todos estos casos procedimientos estadísticos que corresponden a medidas emparejadas, tanto paramétricas como no paramétricas. Las técnicas paramétricas se han empleado para valorar los cambios en el FSM®. Empleamos un modelo lineal general de medidas repetidas, con aproximación multivariante (MANCOVA), con un factor intra-sujetos, que son los 3 momentos de realización del test, y un factor intersujetos, que son las otras variables que pueden modificar la respuesta. La hipótesis nula ha sido que no hay cambios en la media de función sexual en los 3 momentos.

Los test no paramétricos los hemos empleado para valorar los cambios en el FSM®, al considerar que se trata de una variable que nos proporciona una ordenación. Para comparar los cambios en los 3 momentos se emplea el test de Friedman. En este caso, la hipótesis nula ha sido que las respuestas asociadas a cada uno de los dominios evaluados tienen la misma distribución de probabilidad o se distribuyen con la misma mediana. Hemos empleado técnicas de comparaciones múltiples a posteriori para determinar qué grupos difieren entre sí, mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon sobre cada pareja de datos. En este caso, se ha empleado la corrección de Bonferroni.

En caso de comparar proporciones, empleamos el test de McNemar en tablas 2×2 , y el test de McNemar-Bowker, en tablas de mayor grado. La hipótesis nula que se compara es que la proporción de sujetos con una variable antes es la misma que después, es decir, que los cambios en un sentido son los mismos que en otro.

Cuando las comparaciones las realizamos entre variables no emparejadas, recurrimos a la t de Student, test de Kruskal-Wallis y test de U de Mann-Witney en las variables numéricas; del χ^2 en las cualitativas, con pruebas exactas cuando no es aplicable. Cuando la comparación de variables se hace entre categorías que son susceptibles de seguir una ordenación en algún sentido, se emplea el test de χ^2 de tendencia lineal. Para valorar asociación entre variables que son susceptibles de seguir una ordenación empleamos el coeficiente de correlación de Spearman.

Pequeñas diferencias en el número de pacientes incluidos en cada comparación son el resultado de que algunas pacientes rechazan seguir participando en algún momento del estudio o no responden alguna cuestión.

Resultados

En la tabla 1 podemos ver las principales características tanto sociodemográficas como sanitarias de las 166 mujeres que participan en nuestro estudio. Todas las participantes son de raza blanca. La más joven tiene 33 años y la mayor 78.

En periodo menopáusico hay 61 mujeres (36,7%) y en periodo fértil 105 (63,3%). De las pacientes menopáusicas solo 2 (1,2%) toman terapia hormonal sustitutiva.

Todas las histerectomías han sido totales, excepto una subtotal por dificultades técnicas. En la tabla 2 podemos ver las variables relacionadas con la histerectomía.

Tabla 1 Principales características de las mujeres entrevistadas antes de la histerectomía

<i>Edad, edad media ± desviación típica</i>	50,9 ± 9,3
<i>Trabajo</i>	
Remunerado	79 (47,6%)
Amas de casa	60 (36,1%)
Jubilada	14 (8,4%)
Paro	12 (7,2%)
Estudiante	1 (0,7%)
<i>Nivel de estudios</i>	
Primarios	89 (53,6%)
Secundarios	42 (25,3%)
Universitarios	19 (11,4%)
Sin estudios	16 (9,6%)
<i>Enfermedades que pueden afectar a la función sexual</i>	
No	110 (66,3%)
Sí	56 (33,7%) ^a
Hipertensión	34 (20,5%)
Depresión	14 (8,4%)
Artrosis/artritis	10 (6%)
Alteraciones tiroideas	7 (4,2%)
Diabetes	5 (3%)
Cardiopatía arteriosclerótica	2 (1,2%)
<i>Consumo de tratamientos que puede afectar a la función sexual</i>	
No	112 (67,5%)
Sí	54 (32,5%) ^b
Antihipertensivos	35 (21,1%)
Antidepresivos	14 (8,4%)
Benzodiacepinas	14 (8,4%)
Digitálicos	2 (1,2%)
Antiepilepticos	2 (1,2%)
Estrógenos	2 (1,2%)
<i>Intervenciones quirúrgicas que pueden afectar a la función sexual</i>	
No	151 (91%)
Sí	15 (9%)
Cirugía pélvica	8 (4,8%)
Mastectomía	4 (2,4%)
Cirugía vaginal	3 (1,8%)
<i>Menopausia</i>	
No	105 (63,3%)
Sí	61 (36,7%)
<i>Pareja</i>	
No	13 (7,8%)
Sí	153 (92,2%)
<i>Orientación sexual</i>	
Heterosexual	164 (98,8%)
Homosexual	2 (1,2%)

^a Los porcentajes de las enfermedades suman más del 33,7% porque hay pacientes que padecen más de una.

^b Los porcentajes del consumo de tratamientos suman más del 32,5% porque algunas pacientes consumen más de uno.

Tabla 2 Variables relacionadas con la histerectomía

<i>Indicación</i>	
Miomatosis	83 (50%)
Prolapso genital	68 (41%)
Otras causas ^a	15 (9%)
<i>Síntomas previos a la histerectomía</i>	
No	9 (5,4%)
Sí	157 (94,6%)
Metrorragia	70 (42,2%)
Sensación de bullo en genitales	68 (41%)
Dolor abdominal	53 (31,9)
Síntomas por compresión	38 (22,9%)
Incontinencia de orina	14 (8,4%)
Dispareunia	7 (4,2%)
<i>Sentimiento de apoyo por su pareja antes de la histerectomía</i>	
Poco o nada	8 (4,8%)
Suficiente	12 (7,2%)
Bien	43 (25,9%)
Muy apoyada	90 (54,2%)
No pareja	13 (7,8%)
<i>Satisfacción con su imagen corporal antes de la histerectomía</i>	
Poco o nada	41 (24,7%)
Suficiente	31 (18,7%)
Bien	79 (47,6%)
Muy satisfecha	15 (9%)
<i>Vía de la histerectomía</i>	
Abdominal	73 (44%)
Vaginal	88 (53%)
Laparoscópica	5 (3%)
<i>Ooforectomía bilateral</i>	
No	147 (88,6%)
Sí	19 (11,4%)
<i>Cirugía de suelo pélvico</i>	
No	108 (65,1%)
Sí	58 (34,9%)
Plastia anterior	50 (30,1%)
Corrección desgarro perineal	20 (12%)
Plastia posterior	14 (8,4%)
TOT	3 (1,8%)

TOT: malla transobturadora para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

^a Metrorragia, endometriosis, mutación BRCA-2, hiperplasia endometrial y dolor pélvico crónico.

La media de hospitalización ha sido de 3,4 días, con desviación típica de 2,1, con una mediana de 3; el mínimo fue un día y el máximo 16 días. Ocho pacientes (4,8%) precisaron reintervención.

Las mujeres tardan en reanudar su actividad sexual 53,2 días de media, con desviación típica de 26,4, mediana de 45 y moda de 30. Doce días fue lo mínimo que tardó una paciente en reanudar su actividad sexual y 150 días lo máximo.

En la **tabla 3** observamos la puntuación y los porcentajes de trastorno en cada dominio del test antes de la cirugía, a los 3 y a los 9 meses de la misma.

En cuanto a la actividad sexual con penetración y la frecuencia de actividad sexual, podemos ver cómo ha variado desde antes de la histerectomía hasta los 3 y los 9 meses en la **tabla 4**.

Los cambios observados en función sexual tras la histerectomía los expresamos en la **tabla 5**. Observamos que hay un cambio significativo en la puntuación de Deseo ($p = 0,003$), que se produce al tercer mes de la histerectomía. Un cambio semejante lo vemos en el estudio de la Ansiedad anticipatoria ($p = 0,0001$), que también se produce como consecuencia de mejoría en la puntuación a partir del tercer mes, hasta el noveno. Las puntuaciones en la Excitación y la Frecuencia de actividad sexual también cambian significativamente ($p = 0,02$ y $0,004$, respectivamente), a expensas de un incremento en los primeros 3 meses, permaneciendo estable posteriormente. En el dominio Problemas con la penetración vaginal nos encontramos con cambios ($p = 0,0001$), con mejoría a los 3 meses, y que se incrementa más hasta los 9 meses. En el resto de dominios no encontramos cambios significativos.

Cuando analizamos separadamente según la edad de las pacientes encontramos diferencias. Estos cambios que hemos descrito en la **tabla 5**, se reproducen en el grupo de mujeres de menos de 55 años (**tabla 6**). Encontramos un aumento en la puntuación de Deseo, de Excitación y de los Problemas con la penetración vaginal y de la Frecuencia de la actividad sexual, que ya son manifiestos a los 3 meses de la intervención, sin aumento posterior. La Ansiedad anticipatoria también mejora entre el tercer y noveno mes. Encontramos que hay una tendencia a la mejoría en el dominio de Capacidad para disfrutar, como nos indica el test de Friedman, que parece que se pone de manifiesto en los 3 primeros meses, pero no se encuentra significación estadística al hacer la corrección de Bonferroni. No hay cambios en el resto de dominios.

Sin embargo, no encontramos ningún cambio en las mujeres mayores de 55 años, salvo en la Frecuencia de actividad sexual, con incremento a los 9 meses ($p = 0,01$).

Una segunda forma de valorar el cambio es determinar si la presencia o ausencia de trastorno o de problemas cambia tras la histerectomía. Para ello comparamos la proporción de mujeres sin trastorno o con algún grado del mismo entre antes de la intervención y a los 9 meses. En la **tabla 7** vemos que antes de la histerectomía hay un 40,5% de mujeres sin trastorno que pasarán a ser un 43,3% a los 9 meses de la histerectomía y un 59,5% con algún trastorno que pasarán a un 52,7% después de la histerectomía. Estos cambios no son significativos. Vemos que 17 mujeres que no tenían trastorno, pasan a tenerlo después de la histerectomía, se trata del 10,2% de todas las mujeres participantes. Estudiando dominio por dominio, encontramos que 2 se modifican. Observamos una mejoría en los Problemas con la penetración (test de McNemar-Browker $p = 0,005$) con cambio del 86,8% de mujeres sin trastorno antes, que aumentan al 94,4% a los 9 meses; y con el 12,5% de mujeres con trastorno moderado antes que se reducen al 4,2% a los

Tabla 3 Puntuación test FSM® en cada dominio y porcentajes de trastorno de función sexual

FSM®	Antes de la histerectomía				A los 3 meses de la histerectomía				A los 9 meses de la histerectomía			
	P ¹	T ² . g ³ .	T. m ⁴ .	Sin T.	P	T. g.	T. m.	Sin T.	P	T. g.	T. m.	Sin T.
D ⁵	7	12 (7,6%)	67 (42,7%)	78 (49,7%)	8	19 (12,3%)	54 (34,8%)	82 (52,9%)	8	10 (6,4%)	57 (36,3%)	90 (57,3%)
E ⁶	10	7 (4,5%)	38 (24,5%)	110 (71%)	10,5	8 (5,3%)	32 (21,1%)	112 (73,7%)	11	4 (2,6%)	35 (22,7%)	115 (74,7%)
L ⁷	3	15 (9,7%)	22 (14,2%)	118 (76,1%)	4	18 (11,8%)	26 (17,1%)	108 (71,1%)	4	12 (7,8%)	30 (19,5%)	112 (72,7%)
O ⁸	5	16 (10,4%)	20 (13%)	118 (76,6%)	5	20 (13,2%)	19 (12,5%)	113 (74,3%)	4	14 (9,2%)	12 (7,8%)	127 (83%)
PP ⁹	13	3 (1,9%)	19 (12,3%)	132 (85,7%)	13	3 (2%)	17 (11,2%)	132 (86,8%)	14	3 (1,9%)	8 (5,2%)	143 (92,9%)
AA ¹⁰	5	15 (9,7%)	14 (9%)	126 (81,3%)	4	18 (11,6%)	8 (5,2%)	129 (83,2%)	5	14 (9,1%)	4 (2,6%)	136 (88,3%)
I ¹¹	2	45 (28,8%)	49 (31,4%)	62 (39,7%)	2	42 (27,3%)	41 (26,6%)	71 (46,1%)	2	38 (24,8%)	42 (27,5%)	73 (47,7%)
C ¹²	5	16 (10,2%)	24 (15,3%)	117 (74,5%)	5	19 (12,3%)	10 (6,5%)	125 (81,2%)	5	11 (7,1%)	19 (12,3%)	124 (80,5%)
CD ¹³	9	10 (6,5%)	26 (16,9%)	118 (76,6%)	9	9 (5,9%)	27 (17,8%)	116 (76,3%)	8	11 (7,2%)	15 (9,8%)	127 (83%)
SG ¹⁴	4	9 (5,8%)	12 (7,7%)	134 (86,5%)	4	11 (7,1%)	13 (8,4%)	130 (84,4%)	4	8 (5,2%)	9 (5,9%)	136 (88,9%)

¹ P = puntuación test; ² T = Trastorno; ³ g = grave; ⁴ m = moderado; ⁵ D = Deseo; ⁶ E = Excitación; ⁷ L = Lubricación; ⁸ O = Orgasmo; ⁹ PP = Problemas con la penetración vaginal; ¹⁰ AA = Ansiedad anticipatoria; ¹¹ I = Iniciativa sexual; ¹² C = Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja; ¹³ CD = Capacidad de disfrutar con la actividad sexual; ¹⁴ SG = Satisfacción con su vida sexual en general.

Iniciativa sexual: trastorno grave = ausencia de iniciativa; trastorno moderado = moderada iniciativa; sin trastorno = buena iniciativa.

Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja: trastorno grave = ausencia de confianza para comunicar; trastorno moderado = moderada confianza para comunicar; sin trastorno = buena confianza para comunicar.

Capacidad de disfrutar con la actividad sexual: trastorno grave = incapaz de disfrutar; trastorno moderado = moderada capacidad de disfrutar; sin trastorno = buena capacidad de disfrutar.

Satisfacción con su vida sexual en general: trastorno grave = insatisfacción sexual; trastorno moderado = moderada.

Tabla 4 Actividad sexual con penetración y frecuencia de actividad sexual antes y después de la cirugía

	Actividad sexual con penetración		
	Antes de la hist.	A los 3 meses de la hist.	A los 9 meses de la hist.
Sí	134 (85,4%)	139 (89,7%)	141 (90,4%)
No, por dolor	7 (4,5%)	3 (1,9%)	3 (1,9%)
No, por no tener pareja	5 (3,2%)	5 (3,2%)	5 (3,2%)
No, por miedo	4 (2,5%)	5 (3,2%)	1 (0,6%)
No, por falta de interés	4 (2,5%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)
No, por vergüenza por el bulto	2 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)
No, por incapacidad de la pareja	1 (0,6%)	2 (1,3%)	5 (3,2%)
	Frecuencia de actividad sexual		
	Antes de la hist.	A los 3 meses de la hist.	A los 9 meses de la hist.
Veces/mes			
1-2	62 (40,3%)	44 (28,8%)	45 (29,2%)
3-4	44 (28,6%)	49 (32%)	45 (29,2%)
5-8	31 (20,1%)	35 (22,8%)	41 (26,6%)
9-12	8 (5,2%)	14 (9,2%)	13 (8,4%)
>12	9 (5,8%)	11 (7,2%)	10 (6,5%)

hist.: histerectomía.

Tabla 5 Valor de p obtenido con los test de significación estadística del análisis conjunto al estudiar los cambios en la puntuación del FSM® antes de la histerectomía y a los 3 y 9 meses tras ella

	¿Hay cambios estadísticos?	Momento del cambio		
		Comparación antes de la hist. con respecto a los 3 meses tras hist.	Comparación entre 3 y 9 meses tras hist.	Comparación antes de la hist. con respecto a los 9 meses tras hist.
Deseo	Sí (0,003)	0,07	0,04	0,03
Excitación	Sí (0,02)	0,05	0,25	0,08
Lubricación	No (0,73)	-	-	-
Orgasmo	No (0,49)	-	-	-
Problemas con la penetración	Sí (0,0001)	0,05	0,05	0,0001
Ansiedad anticipatoria	Sí (0,0001)	0,88	0,0001	0,001
Iniciativa sexual	No (0,08)	-	-	-
Confianza para comunicar preferencias sexuales	No (0,27)	-	-	-
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	No (0,15)	-	-	-
Satisfacción con su vida sexual	No (0,08)	-	-	-
Frecuencia de actividad sexual	Sí (0,004)	0,002	0,80	0,001

hist.: histerectomía.

Tabla 6 Valor de p obtenido con los test de significación estadística del análisis conjunto al estudiar los cambios en la puntuación del FSM® antes de la histerectomía y a los 3 y 9 meses tras ella en menores de 55 años

	¿Hay cambios estadísticos?	Momento del cambio		
		Comparación antes de la hist. con respecto a los 3 meses tras hist.	Comparación entre 3 y 9 meses tras hist.	Comparación antes de la hist. con respecto a los 9 meses tras hist.
Deseo	Sí (0,002)	0,01	0,1	0,002
Excitación	Sí (0,003)	0,01	0,52	0,02
Lubricación	No (0,82)	-	-	-
Orgasmo	No (0,37)	-	-	-
Problemas con la penetración	Sí (0,0001)	0,01	0,15	0,0001
Ansiedad anticipatoria	Sí (0,0001)	0,49	0,001	0,0001
Iniciativa sexual	No (0,46)	-	-	-
Confianza para comunicar preferencias sexuales	No (0,21)	-	-	-
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	Sí (0,02)	0,04	0,47	0,15
Satisfacción con su vida sexual	No (0,08)	-	-	-
Frecuencia de actividad sexual	Sí (0,02)	0,005	0,77	0,008

hist.: histerectomía.

Tabla 7 Cambios de «Sin trastorno» en los 6 dominios evaluadores de disfunción sexual a «Algún trastorno» (moderado o grave) entre antes y los 9 meses de la histerectomía

Antes de la histerectomía	A los 9 meses de la histerectomía	
	Algún trastorno	Sin trastorno
Algún trastorno	61	27
Sin trastorno	17	43
	78 (52,7%)	70 (43,3%)

p = 0,17; 6 dominios: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

9 meses; sin cambios entre las que tienen trastorno grave. Nos encontramos una disminución en el trastorno de Ansiedad anticipatoria ($p = 0,02$), con disminución del porcentaje de mujeres con trastorno grave entre antes y a los 9 meses de la histerectomía del 9 al 7,6% y de trastorno moderado, del 9 al 2,8%, con aumento de las mujeres sin trastorno del 82,1 al 89,7%.

La ooforectomía bilateral se asoció con empeoramiento en Lubricación ($p = 0,05$) y Ansiedad anticipatoria ($p = 0,04$) y con ausencia de mejora en Problemas con la penetración vaginal ($p = 0,02$).

Discusión

Encontramos que, tras la histerectomía, la función sexual de la mujer mejora en algunos aspectos y no cambia en otros.

La mejoría la encontramos principalmente en las mujeres menores de 55 años. En las mayores de 55 años no hallamos cambio en la función sexual, salvo aumento de la frecuencia de actividad sexual a los 9 meses de la histerectomía.

La edad media de nuestras participantes es similar a los trabajos de Lermann et al. y Roussis et al.^{3,23} y, en general, algo más alta que la mayoría de estudios en los que la edad media está alrededor de los 44-48 años^{4,5,10,13,15,22,24-27}. El que la media de edad sea algo mayor podría influir en la función sexual, encontrando menos cambio a mejor tras la histerectomía.

Coincidimos con Punushapai et al. que también observan incremento del deseo, disminución de la dispareunia y aumento de la frecuencia de coitos tras la histerectomía²⁶. También coincidimos con Roovers et al. que encuentran aumento del placer sexual tras la histerectomía

independientemente de la vía utilizada²⁷. Lermann et al., sin embargo, al estudiar el trastorno del deseo sexual hipoactivo, no ven que se modifique tras la histerectomía, ni que la vía de abordaje influya en el mismo³; este estudio no compara el antes y el después de la histerectomía, sino que hace una entrevista entre 6 meses y 3 años después de la misma.

El que, tras la histerectomía, encontramos mejoría en la mayoría de los dominios y ningún cambio en el resto, es acorde con gran parte de la bibliografía consultada^{8,11,27,28}. Según Helström et al., la eliminación de los síntomas es la principal causa de la mejoría en la función sexual².

Según Salonia et al., la histerectomía por causa benigna no afecta a la función sexual ni a los aspectos psicosociales de la mujer, pero existe un subgrupo de mujeres cuya histerectomía lleva añadida doble ooforectomía, que sí que refieren empeoramiento de su función sexual, así como deterioro psicológico con más síntomas depresivos y deterioro de la autoimagen²⁹. Schaffir et al. encuentran que las mujeres sometidas a ooforectomía tienen más probabilidad de tener menos deseo sexual y disfrutar menos de la actividad sexual tras la cirugía²⁵. Pauls también encuentra que tras la histerectomía mejora la función sexual, la calidad de vida y la satisfacción con la imagen corporal pero en el grupo que lleva asociada ooforectomía bilateral hallan empeoramiento²⁴. Coincidimos con los mencionados autores.

Nuestros resultados difieren de los encontrados por Ercan et al.³⁰ que observan empeoramiento de la función sexual tras la histerectomía con acortamiento vaginal que se da sobre todo tras la histerectomía vaginal y disminución en las puntuaciones del cuestionario que utilizan para medir la función sexual, aunque el grupo de histerectomía vaginal tiene una edad media superior al resto.

Tampoco coincidimos con Sobral Portela y Soto González, que en su revisión concluyen que encuentran problemas importantes en la función sexual tras la histerectomía, sobre todo cuando la vía es vaginal (mezclan histerectomías totales, subtotales y radicales; patología benigna con patología maligna y preservación con extirpación de los ovarios)¹².

Rodríguez et al. observan que la función sexual tras la histerectomía es igual o peor, y que lo que más influye en la disfunción sexual es la edad y la disfunción sexual de la pareja; no coincidimos en los resultados, y además, ellos realizan un 41% de ooforectomías bilaterales y les hacen una entrevista al año de la histerectomía³¹.

Lonnée-Hoffmann y Pinas no encuentran diferencias entre las distintas vías de realización de la histerectomía a la hora de mejoría de la función sexual¹¹. Abdelmonem encuentra más dispareunia tras la histerectomía vaginal que tras la abdominal por posible acortamiento de la vagina en la primera³².

La principal limitación de nuestro estudio es la muestra, que no nos permite realizar análisis multivariante. Aun así, contamos con 166 mujeres, similar a algunos estudios^{25,33} y superior a muchas de las publicaciones realizadas sobre este tema^{2,4,5,10,13,14,22,23,28,30-32}; sin embargo, algunos estudios cuentan con una muestra más amplia^{3,27}. Por otro lado presenta alta tasa de participación (77,7%), mayor que gran parte de los estudios, que tienen entre 41-55%^{3,10,15,22} y en la mayoría este dato está ausente. Pensamos que una de las

posibles causas de la alta participación puede ser el ofrecer la realización de las entrevistas vía telefónica, por correo o presencial, ya que ellas deciden con qué opción se encuentran más cómodas.

Nuestro estudio nos muestra que la función sexual tras la histerectomía no cambia o mejora. Hay muchos mecanismos que podrían explicar la mejoría observada en cada aspecto de la función sexual, el hecho de que el 94,6% de nuestras pacientes tuvieran síntomas antes de la cirugía y se solucionen con la misma puede ser un hecho importante, que, lógicamente hace que mejore la calidad de vida también. Existe un porcentaje, que encontramos constante en la literatura, de mujeres que empeoran. Así pues, nuestro subgrupo con factores asociados a empeoramiento incluiría mujeres mayores de 55 años y aquellas a las que se les vaya a realizar ooforectomía bilateral junto con la histerectomía.

Komisaruk et al. piensan que la función sexual no solo depende de qué nervios son seccionados durante la cirugía, sino también de la región genital con la que la mujer sienta más placer y le lleve a tener un orgasmo. En las mujeres cuya fuente de mayor placer sea la estimulación del clítoris no verán su función sexual alterada tras la histerectomía. Pero, aquellas mujeres cuya región genital con más sensibilidad para provocar los orgasmos es la vagina o el cérvix, tendrán más probabilidades de experimentar un empeoramiento porque su inervación tiene más probabilidad de ser dañada durante la histerectomía³⁴.

Tras la histerectomía, es vital que estemos pendientes y sensibilizados con aquellas pacientes que presentan deterioro de la función sexual tras la cirugía, que según nuestro estudio será de aproximadamente un 10%, para evaluarlas pronto, asesorarlas y proporcionarle todas las herramientas disponibles en nuestro medio para su tratamiento. También tendremos que tener en cuenta aquellas que presenten síntomas tras la cirugía pues se ha visto que se relaciona con empeoramiento de la función sexual.

Finalmente, la información y la educación sobre los potenciales resultados adversos en la sexualidad de la mujer tras la histerectomía aumentan la satisfacción con los resultados del procedimiento, incluso cuando existen resultados adversos en la función sexual^{10,20,35}. Esto abre las puertas a la realización de un estudio en nuestro medio sobre lo informadas que se sienten las mujeres que se van a someter a histerectomía y sobre nuestra preparación para informarlas y asesorarlas adecuadamente.

Conclusiones

Tras la histerectomía, la función sexual de la mujer mejora o no cambia. La mejoría se encuentra principalmente en menores de 55 años.

Existe un 10,2%, según el FSM®, de mujeres que empeoran su función sexual tras la histerectomía. Este empeoramiento está más asociado a una edad mayor de 55 años, así como que la histerectomía lleve añadida doble ooforectomía.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. *J Br Menopause Soc.* 2006;12:153-7, <http://dx.doi.org/10.1258/136218006779160607>.
2. Helström L, Lundberg PO, Sörbom D, Bäckström T. Sexuality after hysterectomy: A factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1993;81:357-62.
3. 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, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.005>.
4. Urrutia MT, Araya A, Rivera S, Viviani P, Villarroel L. [A predictive model for the quality of sexual life in hysterectomized women]. *Rev Med Chil.* 2007;135:317-25. S0034-98872007000300006.
5. Lowenstein L, Yarnitsky D, Gruenwald I, Deutsch M, Sprecher E, Gedalia U, et al. Does hysterectomy affect genital sensation? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;119:242-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.09.004>.
6. Briedite I, Ancane G, Rogovska I, Lietuviete N. Quality of female sexual function after conventional abdominal hysterectomy - Three month' observation. *Acta Chirurgica Latviensis.* 2014;14:26-31, <http://dx.doi.org/10.2478/chlat-2014-0105>.
7. Good MM, Korbl N, Kassis NC, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al., Society of Gynecologic Surgeons Fellows Pelvic Research Network. Prolapse-related knowledge and attitudes toward the uterus in women with pelvic organ prolapse symptoms. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209:481.e1-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.06.001>.
8. Netzer I, Mustafa S, Lowenstein L. Female sexual function and gynecological disorders. *Minerva Ginecol.* 2010;62:467-82.
9. Danesh M, Hamzehgardeshi Z, Moosazadeh M, Shabani-Asrami F. The effect of hysterectomy on women's sexual function: A narrative review. *Med Arch.* 2015;69:387-92, <http://dx.doi.org/10.5455/medarh.2015.69.387-392>.
10. Peterson ZD, Rothenberg JM, Bilbrey S, Heiman JR. Sexual functioning following elective hysterectomy: The role of surgical and psychosocial variables. *J Sex Res.* 2010;47:513-27, <http://dx.doi.org/10.1080/00224490903151366>.
11. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of hysterectomy on sexual function. *Curr Sex Health Rep.* 2014;6:244-51, <http://dx.doi.org/10.1007/s11930-014-0029-3>.
12. Sobral Portela E, Soto González M. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2015;42:25-32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2014.05.001>.
13. 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, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.09.015>.
14. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol.* 2002;99:229-34, [http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01723-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01723-9).
15. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeates D. The epidemiology of hysterectomy: Findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:402-7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1992.tb13758.x>.
16. Aarts JWM, 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;CD003677, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003677.pub5>.
17. Amin A, Ali A, Amin Z, Nighat Sani F. Justification for hysterectomies and frequency of histopathological lesions of hysterectomy at a Teaching Hospital in Peshawar, Pakistan. *Pak J Med Sci.* 2013;29:170-2, <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.291.2509>.
18. Ramdhan RC, Loukas M, Tubbs RS. Anatomical complications of hysterectomy: A review. *Clin Anat.* 2017;30:946-52, <http://dx.doi.org/10.1002/ca.22962>.
19. Fram KM, Saleh SS, Sumrein IA. Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: A teaching hospital experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287:703-8, <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2601-2>.
20. Thakar R. Is the uterus a sexual organ? Sexual function following hysterectomy. *Sex Med Rev.* 2015;3:264-78, <http://dx.doi.org/10.1002/smjr.59>.
21. Sánchez F, Pérez Conchillo M, Borrás Valls JJ, Gómez Llorens O, Aznar Vicente J, Caballero Martín de las Mulas A. [Design and validation of the questionnaire on Women's Sexual Function (WSF)]. *Aten Primaria.* 2004;34:286-92.
22. Hehenkamp WJK, Volkers NA, Bartholomeus W, de Blok S, Birnie E, Reekers JA, et al. Sexuality and body image after uterine artery embolization and hysterectomy in the treatment of uterine fibroids: A randomized comparison. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2007;30:866-75, <http://dx.doi.org/10.1007/s00270-007-9121-7>.
23. Roussis NP, Waltrous L, Kerr A, Robertazzi R, Cabbad MF. Sexual response in the patient after hysterectomy: Total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1427-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.01.074>.
24. Pauls RN. Impact of gynecological surgery on female sexual function. *Int J Impot Res.* 2010;22:105-14, <http://dx.doi.org/10.1038/ijir.2009.63>.
25. Schaffir J, Fleming M, Waddell V. Patient perceptions regarding effect of gynecological surgery on sexuality. *J Sex Med.* 2010;7 2 Pt 1:826-31, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01572.x>.
26. Punuphasai U, Khampitak K. Sexuality after total abdominal hysterectomy in Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2006;89 Suppl 4:S112-7.
27. Roovers J-PWR, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz APM. Hysterectomy and sexual wellbeing: Prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ.* 2003;327:774-8, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7418.774>.
28. Gé P, Vaucel E, Jarnoux M, Dessaux N, Lopes P. [Study of the sexuality of women after a total hysterectomy versus subtotal hysterectomy by laparoscopy in Nantes CHU]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015;43:533-40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.013>.
29. Salonia A, Briganti A, Dehò F, Zanni G, Rigatti P, Montorsi F. Women's sexual dysfunction: A review of the "surgical landscape". *Eur Urol.* 2006;50:44-52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euro.2006.03.039>.
30. Ercan Ö, Özer A, Köstü B, Bakacak M, Kiran G, Avcı F. Comparison of postoperative vaginal length and sexual function after abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;132:39-41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.07.006>.
31. Rodríguez MC, Chedraui P, Schwager G, Hidalgo L, Pérez-López FR. Assessment of sexuality after hysterectomy using the Female Sexual Function Index. *J Obstet Gynaecol.* 2012;32:180-4, <http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2011.634035>.
32. Abdelmonem AM. Vaginal length and incidence of dyspareunia after total abdominal versus vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;151:190-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20427116> [acceso 8 Abr 2019].

33. Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, Filtenborg T, Jacobsen K, Sørensen HC, et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:191–6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00311.x>.
34. Komisaruk BR, Frangos E, Whipple B. Hysterectomy improves sexual response? Addressing a crucial omission in the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18:288–95, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2011.01.012>.
35. Hosseini N, Amini A, Alamdar A, Shams M, Vossoughi M, Bazarganipour F. Application of the PRECEDE model to improve sexual function among women with hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;132:229–33, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.07.019>.