

Trabajos Originales

SEXUALIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS AL TERCER MES POSTERIOR A LA CIRUGÍA *

M. Teresa Urrutia S.^a, Alejandra Araya G.^a

^aEnfermera Matrona, Departamento de Salud de la Mujer. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Estudio analítico longitudinal prospectivo, sobre características de la sexualidad de 104 mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía, en un hospital de Santiago. La recolección de los datos se realizó a través de una entrevista. Para el análisis se utilizó T Student, Q de Cochrane y test de Kappa. El inicio de la vida sexual fue a los $46,3 \pm 17,2$ días promedio. Hubo diferencias significativas en la frecuencia de relaciones sexuales, presencia de orgasmo, prevalencia de incontinencia y dispareunia. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de orgasmo, percepción de deseo sexual, grado de excitación y satisfacción sexual. El 58,46% de las mujeres que refieren cambios en su vida sexual, señalan que estos fueron positivos. Se concluye que la sexualidad al tercer mes posterior a la HT sería una etapa de transición entre la sexualidad basal y la sexualidad definitiva postoperatoria, por lo que se plantea la importancia de la educación durante el periodo de seguimiento de estas mujeres.

PALABRAS CLAVES: **Sexualidad, histerectomía, mujer**

SUMMARY

Prospective longitudinal analytic study on characteristic of the sexual life of 104 hysterectomized women within 3 months after surgery from a public hospital in Santiago. Data collection was done by means of an interview. For the analysis, t Student, Q Cochrane and Kappa test were used. The new beginning of sexual life started at an average of 46.3 ± 17.2 days. There was significant change in sexual intercourse frequency, orgasm presence, incontinence and dyspareunia prevalence. There was not significant change in sexual orgasm frequency, perception of sexual desire, degree of sexual excitement and sexual satisfaction. The 58.46% women, who refer changes in her sexual life, said that it is positives. Therefore, the sexuality within 3 months is a transition stage between the basal and final sexuality and the sexual education is very important in the following to women.

KEY WORDS: **Sexuality, hysterectomy, women**

INTRODUCCIÓN

La histerectomía (HT) es una de las cirugías más comunes en los países desarrollados (1, 2,

3), y las patologías ginecológicas benignas son su principal causa (3, 4, 5). En nuestro país, 1 de cada 5 mujeres, en algún momento de su vida será sometida a esta cirugía (6).

* Proyecto financiado por la Dirección de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El efecto de la HT evoluciona a lo largo del tiempo (7), siendo una experiencia compleja de medir (8). El mayor porcentaje de las mujeres espera no tener cambios en su vida sexual (4), lo que ha sido publicado tanto a nivel internacional (1) como nacional (9). Sin embargo, en el estudio realizado en Chile, algunas variables medidas presentaron cambios positivos al sexto mes (9).

El objetivo de esta investigación evalúa las características de la vida sexual de estas mujeres a los tres meses posterior a la HT, con el objetivo de estudiar un período intermedio entre la sexualidad basal preoperatorio y lo que las publicaciones establecen como período de recuperación de las mujeres en el ámbito sexual (10, 11).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico, longitudinal, prospectivo, realizado en un total de 104 mujeres histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Sótero del Río, durante el período comprendido entre diciembre de 2002 y abril de 2003, y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: patología ginecológica benigna, vida sexual activa y pareja estable en los últimos tres meses, sin patología psiquiátrica diagnosticada o en tratamiento y que desearan participar. La justificación de los criterios de exclusión fue previamente publicada (9). Se realizó una entrevista estructurada al tercer día posterior a la cirugía, con el objetivo de determinar las características de la sexualidad basal. Se decidió realizar la entrevista en el período postoperatorio para evitar el efecto del estrés preoperatorio en las mediciones (2). Se repitió la aplicación del instrumento a los 3 meses posterior a la HT, con el objetivo de medir un período intermedio entre lo que las publicaciones establecen como período de recuperación de las mujeres en el ámbito sexual, que serían los seis meses (10, 11), y cuyos resultados se encuentran ya publicados (9). Las variables estudiadas son las características descriptivas de las mujeres, de su patología y cirugía y de la vida sexual. En relación a las variables de vida sexual se incluyen: presencia y frecuencia de relaciones sexuales y de orgasmo, presencia de incontinencia urinaria y dispareunia, grado de excitación, deseo sexual, satisfacción sexual y percepción de cambio en su vida sexual producto de la histerectomía. El grado de excitación, el deseo y la satisfacción fueron medidos por escala de Likert. Esta investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica

de Chile. Se solicitó firmar voluntariamente consentimiento informado a cada una de las mujeres del estudio. Los datos se analizaron a través del programa SPSS 12.0 y se utilizó medidas de tendencia central y dispersión, análisis de frecuencia, T Student para muestras dependientes, test de Kappa para medir concordancia entre las respuestas y Q de Cochran para diferencias de proporciones. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

De las 104 mujeres entrevistadas, 90 ingresan al análisis de datos. Las pérdidas de seguimiento se explican en la Figura 1. El promedio de edad de las mujeres corresponde a $45,3 \pm 6,7$ años, con un rango entre 33 y 69 años. La escolaridad promedio fue de $8,9 \pm 3,3$ años. El 11,1% ($n=10$) de las mujeres se encontraba menopáusica al momento de la HT, y sólo 2 de ellas usaban terapia de reemplazo hormonal (TRH). La causa principal de HT fue la miomatosis uterina (Tabla I). En el 74,4% de los casos la HT fue por vía abdominal, el porcentaje restante por vía vaginal. Al 97,8% de las mujeres se le realizó HT total, sólo dos mujeres presentaron HT subtotal. La ooforectomía fue realizada en el 56,3% ($n=51$) de las mujeres, y de éstas el 82,4% ($n=42$) fue bilateral. A los tres meses posteriores a la cirugía, 13 mujeres refieren ser usuarias de TRH, cabe señalar que de estas mujeres sólo 1 de ellas había iniciado TRH antes de la cirugía.

Del total de la muestra, el 8,8% ($n=8$) fue sometida a cirugía uroginecológica, de ellas el 25,0% ($n=2$) con técnica de tension-free vaginal tape (TVT) y el 75,0% ($n=6$) con técnica de Burch. Al 20% ($n=18$) de las mujeres se le practicó cirugía del piso pélvico, dentro de las que se encuentra la promontofijación con un 55,5% ($n=10$), plastia anteroposterior con un 16,7% ($n=3$) y plastia posterior con un 27,8% ($n=5$).

Las mujeres iniciaron actividad sexual en promedio a los $46,3 \pm 17,2$ días posterior a la HT, con un rango entre 10 y 90 días. Al tercer mes post-cirugía, 10 mujeres no habían iniciado actividad sexual, lo que corresponde al 11,1% de la muestra en estudio. Es relevante señalar que de las 10 mujeres sin actividad sexual, 7 de ellas manifiestan que el "miedo" es la causa por la cual no han reiniciado, 1 por indicación de la matrona, 1 por problemas de la pareja y 1 por referir falta de deseo.

En relación a la frecuencia de relaciones sexuales el promedio semanal fue de 2,24 relacio-

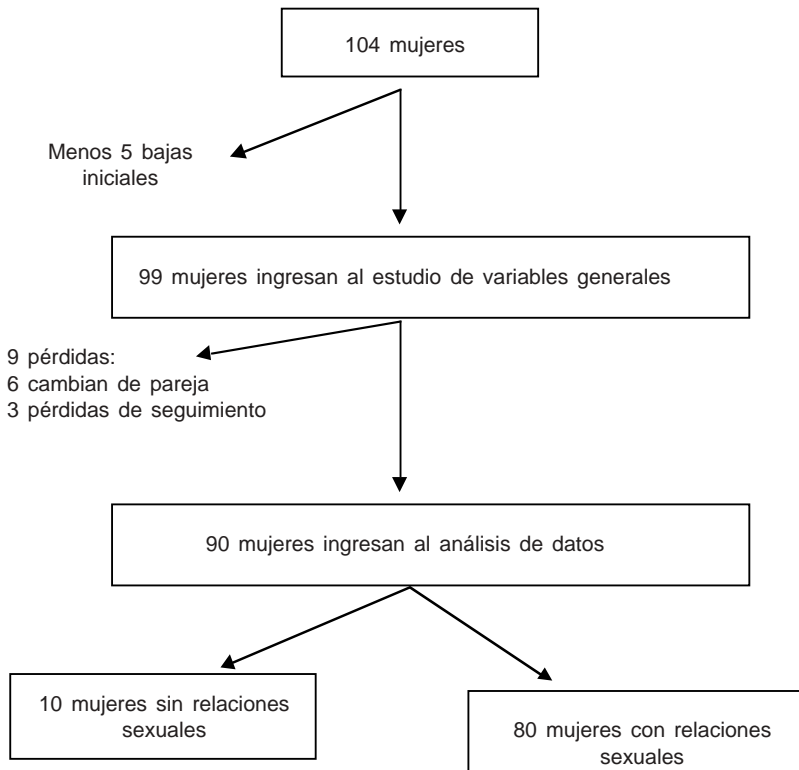


Figura 1. Pérdida de casos durante el seguimiento de las mujeres

nes sexuales en la primera entrevista y 1,76 a los tres meses, existiendo diferencias significativas entre los promedios ($p=0,001$). El 96,7% de las mujeres presenta orgasmo antes de la HT, disminuyendo la prevalencia al 78,8% a los 3 meses, siendo altamente significativa la diferencia de proporciones ($p=0,000$). La frecuencia de orgasmo, en un total de 10 relaciones fue de 6,6 antes de la

HT y 6,4 después de ésta, no presentando diferencias significativas ($p=0,643$).

La prevalencia de incontinencia urinaria durante la relación sexual fue de 22,7% basal y 8,8% a los 3 meses. La prevalencia de dispareunia fue de 71,1% basal y 30% a los 3 meses. Ambas variables presentan diferencias significativas ($p=0,000$).

Tabla I

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGÚN CAUSA DE LA HISTERECTOMÍA (n=90)

| Causa de histerectomía | (n) | (%) |
|------------------------------------|-----|------|
| Miomatosis uterina | 60 | 53,1 |
| Prolapso genital | 19 | 16,9 |
| Tumor anexial | 11 | 9,7 |
| Incontinencia de orina de esfuerzo | 11 | 9,7 |
| Endometriosis | 5 | 4,4 |
| Algia pélvica | 5 | 4,4 |
| Absceso tubo-ovárico | 2 | 1,8 |
| Total | 113 | 100 |

(*) La frecuencia total es mayor a 90 ya que algunas mujeres presentan más de una causa.

Tabla II

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGÚN GRADO DE EXCITACIÓN EN LA ENTREVISTA BASAL Y AL TERCER MES POSTERIOR A LA HT (n=90)

| Grado de excitación | Entrevista basal | | Entrevista a 3 meses | |
|---------------------|------------------|------|----------------------|------|
| | n | (%) | n | (%) |
| Muy alto | 11 | 13,7 | 2 | 2,5 |
| Alto | 40 | 50,0 | 45 | 56,2 |
| Medio | 21 | 26,3 | 21 | 26,2 |
| Bajo | 6 | 7,5 | 7 | 8,8 |
| Nulo | 2 | 2,5 | 5 | 6,3 |
| Total | 80 | 100 | 80 | 100 |

Tabla III

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGÚN DESEO SEXUAL EN LA ENTREVISTA BASAL Y AL TERCER MES POSTERIOR A LA HISTERECTOMÍA (n=90)

| <i>Deseo sexual</i> | <i>Entrevista basal</i> | | <i>Entrevista 3 a meses</i> | |
|---------------------|-------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| | <i>n</i> | <i>(%)</i> | <i>n</i> | <i>(%)</i> |
| Muy alto | 4 | 5,0 | 5 | 6,3 |
| Alto | 28 | 35,0 | 29 | 36,2 |
| Medio | 34 | 42,5 | 27 | 33,7 |
| Bajo | 9 | 11,2 | 12 | 15,0 |
| Nulo | 5 | 6,3 | 7 | 8,8 |
| Total | 80 | 100 | 80 | 100 |

Tabla IV

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN GRADO DE SATISFACCIÓN SEXUAL (n=90)

| <i>Grado de satisfacción sexual</i> | <i>Entrevista basal</i> | | <i>Entrevista 3 a meses</i> | |
|-------------------------------------|-------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| | <i>n</i> | <i>(%)</i> | <i>n</i> | <i>(%)</i> |
| Muy alto | 10 | 12,5 | 14 | 17,5 |
| Alto | 48 | 60,0 | 46 | 57,5 |
| Medio | 18 | 22,5 | 17 | 21,3 |
| Bajo | 4 | 5,0 | 3 | 3,7 |
| Total | 80 | 100 | 80 | 100 |

Hubo concordancia entre las respuestas de las mujeres en la entrevista basal y al tercer mes en cuanto a grado de excitación alcanzado (Valor de Kappa=0,377; significativo) y percepción de deseo sexual (Valor de Kappa=0,290; significativo) (Tablas II y III), lo que indica que no hubo cambio posterior a la HT. La satisfacción sexual (Tabla IV) no presentó diferencias significativas entre las dos mediciones, resultando concordantes las respuestas de las mujeres entre ambas entrevistas (Valor Kappa 0,186; significativo).

El 81,3% (n=65) de las mujeres manifestó haber tenido cambio en su vida sexual. De este grupo, 58,46% (n=38) señaló cambios positivos, mientras que el porcentaje restante señaló cambios negativos.

DISCUSIÓN

Este estudio corresponde a un análisis de los datos de la evolución de la sexualidad al tercer mes en mujeres chilenas histerectomizadas, el cual forma parte de un estudio previamente publicado, que investigó la evolución de la sexualidad a los 6 meses postoperatorios (9).

En relación al inicio de la actividad sexual al tercer mes postoperatorio, a diferencia de lo reportado al sexto mes (9), el grado de dispersión disminuye considerablemente, ya que el mayor porcentaje de las mujeres inicia vida sexual antes de los tres meses. El 11,1% de las mujeres que no ha iniciado actividad sexual se asemeja a lo reportado en otros estudios (11), sin embargo, en ésta muestra el tiempo en el cual no han reiniciado actividad sexual es tres meses menor. El reinicio de la vida sexual depende de la seguridad y confianza que la mujer tiene de sí misma,

factores que sin lugar a dudas deben ser fortalecidos a través de la educación entregada por los profesionales del área. Las expectativas negativas, que en este estudio se refleja en el "miedo" hace que la mujer enfrente su sexualidad con ansiedad y conductas evitativas, postergando el reinicio de la actividad sexual (12), lo que se refleja en el porcentaje de mujeres sin vida sexual.

Al analizar la literatura, existe escasa bibliografía que señale las características de la vida sexual antes de los 6 meses post quirúrgicos (13), lo que probablemente estaría indicando que los investigadores en esta área asumen que este es un período de transición hacia la estabilidad de la sexualidad post HT. Sin embargo, consideramos importante dar a conocer estos resultados por las implicancias que tienen en la vida de las mujeres y en el enfrentamiento de los profesionales de la salud durante este período, ya que es conocida la relación existente entre el conocimiento de la sexualidad y las actitudes de los profesionales (14).

La frecuencia de relaciones sexuales al igual que la presencia de orgasmo disminuyó significativamente al tercer mes posterior a la cirugía, a diferencia de lo publicado en la evolución de estas mismas mujeres a los seis meses (9) y lo señalado por otros investigadores en estudios entre los 6 y 12 meses post cirugía (4, 11, 13, 15, 16, 17). Estos resultados respaldan nuestra hipótesis que éste es un período de transición hacia la estabilidad o mejoría de los parámetros sexuales en comparación con los prequirúrgicos.

Con respecto a la frecuencia de relaciones sexuales creemos importante reflexionar acerca del significado que puede tener para las mujeres y

sus parejas, si bien el número de relaciones sexuales por sí sola no entrega información acerca de la calidad de la vida sexual, puede ser un factor que influye negativamente en la percepción de las parejas si lo comparan con la frecuencia preoperatoria, lo que es importante tener en consideración durante el seguimiento de las mujeres y sus parejas.

En relación a la presencia de orgasmo destacamos que esta variable posiblemente requiera de más tiempo de evolución para alcanzar su estabilidad o mejoría, ya que al ser éste un periodo de transición el foco de la pareja estaría centrado en los "miedos" o dificultades que puedan tener en las relaciones, lo que se ve reflejado en un 17,9% menos de prevalencia de orgasmo, disminución que al sexto mes sólo fue de 4,6% (9). Sin embargo, la frecuencia del orgasmo no presenta diferencias significativas, lo que concuerda con los resultados obtenidos al sexto mes (9) y con otras publicaciones (4, 15, 17).

El grado de excitación y percepción de deseo sexual al tercer mes concuerda con lo reportado al sexto (9), no existiendo diferencias en relación a las mediciones basales. Este resultado puede estar señalando que esta área no se ve afectada por el proceso quirúrgico ni por la adaptación a la enfermedad causante de la histerectomía, dado el largo periodo de latencia que las mujeres presentan previo a su resolución (18,19). En publicaciones previas la variable percepción de deseo (4,15,17), tampoco mostró variación.

En relación a las diferencias encontradas al tercer mes en la prevalencia de dispareunia e incontinencia urinaria durante la relación sexual, los resultados son esperables dado que el acto quirúrgico tiene como objetivo la resolución inmediata de estos problemas (2, 4, 16, 17) y, por lo tanto, la prevalencia debe claramente disminuir. Lo anterior explica que las prevalencias publicadas al sexto mes no tengan mayores diferencias con éstas (9).

En relación a la mantención del grado de satisfacción sexual, las mujeres coinciden con otras investigaciones que señalan que no hay cambio (15,17). Sin embargo, esta variable formaría parte junto con la prevalencia de orgasmo de aquellas características que requieren de un mayor tiempo de adaptación y mejoría en sus resultados, ya que al sexto mes la satisfacción muestra cambios positivos al igual que la prevalencia de orgasmo (9,11). Quizás estas sean las variables más sensibles al proceso quirúrgico y, por lo tanto, deben ser consideradas en la educación entregada por

los profesionales durante el seguimientos de estas mujeres.

Es importante señalar que casi la mitad de las mujeres en estudio fueron ooforectomizadas bilaterales y sólo 25% de ellas son usuarias de TRH. Sin embargo, esta prevalencia es mayor a la encontrada al sexto mes (9), lo que puede explicarse por la cercanía de la indicación médica y educación entregada (20). Es importante destacar que los resultados obtenidos pueden verse influenciados por el 75% de mujeres ooforectomizadas sin TRH. La relación entre TRH y los resultados de la HT han sido previamente descritos (21,22) señalando un efecto negativo en las no usuarias de TRH (5, 23).

La sexualidad es uno de los aspectos a considerar al momento de intervenir a las mujeres histerectomizadas (15). Muchos son los factores que influyen en el proceso de cambio de la sexualidad, descrito como un proceso que va desde un equilibrio temporal hasta un mejoramiento permanente (1). Planteamos, que las mediciones de los parámetros sexuales al tercer mes son aun transitorios, sin embargo existen variables sensibles, las cuales deben ser investigadas por los profesionales que controlan a estas mujeres y discutidas con ellas, quienes sin lugar a dudas estarán viviendo esta experiencia con ansiedad y cuestionamiento en torno a este período (12, 24). La consejería profesional, es imprescindible para facilitar el proceso de adaptación a la sexualidad definitiva postoperatoria, y contribuir a una percepción positiva de las mujeres sobre su cuidado (8). Está descrita la necesidad de las mujeres de ser educadas en aspectos a veces tan básicos para los profesionales como son la anatomía y fisiología del aparato genital (8), sin embargo los profesionales no discuten estos aspectos con las mujeres (4,15), manteniendo los mitos descritos en publicaciones previas (8,12,13). Muchas veces las mujeres señalan como normal los cambios que están viviendo, porque les resulta embarazoso tener problemas, y no presentan iniciativa en la discusión de este tema con los profesionales (25).

La sexualidad es un área dinámica del ser humano (25), lo que probablemente se vea reflejado en los resultados de esta publicación, y debe ser tomado en cuenta en los programas educativos dirigidos a este grupo de mujeres. Quizás un punto importante a considerar en futuras investigaciones, son las necesidades educativas de las mujeres histerectomizadas chilenas, para así dar respuesta real a las demandas de salud de este grupo.

AGRADECIMIENTOS: A Luis Villarroel, estafístico del Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, por la asesoría estadística.

BIBLIOGRAFÍA

- Farrell S, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95(6): 1045-51.
- Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *J Adv Nurs* 2003; 42(3): 297-303.
- Schaffer J, Word A. Hysterectomy - still a useful operation. *N Engl J Med* 2002; 347(17): 1360-2.
- Dragisic K, Milad M. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(5): 1416-8.
- Kim K, Lee K. Symptom experience in women after hysterectomy. *JOGNN* 2001; 30(5): 472-80.
- Ahumada S, Trujillo S. La histerectomía: repercusiones psicosociales. Documento de trabajo N° 23. SERNAM. Chile, 1994.
- Lalos O, Berglund AL, Lalos A. Impact of urinary and climacteric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome. *J Adv Nurs* 2001; 33(3): 316-27.
- Wade J, Pletsch P, Morgan S, Menting S. Hysterectomy: What do women need and want to know? *JOGNN* 2000; 29(1): 33-42.
- Urrutia MT, Araya A, Villarroel L, Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2004; 69(4): 301-6.
- Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnström U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(1): 46-51.
- Roovers J, Van der Bom J, Van der Vaart H, Heintz P. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003; 327(7418): 774-8.
- Ahumada A, Aliaga P, Bolívar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2001; 12(3): 229-34.
- Lambden M, Bellamy G, Ogburn-Russell L, Kasberg C, Moore S, Pepin T, *et al.* Women's sense of well-being before and after hysterectomy. *JOGNN* 1997; 6(5): 540-8.
- Lewis S, Bor R. Nurses' knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice. *J Adv Nurs* 1994; 20(2): 251-9.
- Ellstrom M, Astrom M, Moller A, Olsson J, Hahlin M. A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(9): 871-5.
- Rhodes J, Kjerulff K, Langenberg P, Guzinski G. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999; 282(20): 1934-41.
- Zobbe V, Gimbel H, Andersen B, Filtenborg T, Jakobsen K, Sorensen H, *et al.* Sexuality after total versus subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(2): 191-6.
- Williams R, Clark A. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *Journal of Women's Health & Gender - based medicine* 2000; 9(2): S15-S25.
- Kuppermann M, Varner R, Summit R, Learman L, Ireland C, Vittinghoff E, *et al.* Effect of hysterectomy v/s medical treatment on health related quality of life and sexual functioning. *JAMA* 2004; 291(12): 1447-55.
- Blümel JE, Castelo-Branco C, Riquelme R, Araya H, Jaramillo P, Tacla X., Colodrón M, Lavin P. Use of hormone replacement therapy among Chilean women: a comparison between socioeconomic levels. *Menopause* 2002; 9(5): 377-80.
- Khastgir G, Studd J. Patients' outlook, experience, and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(6): 1427-33.
- Blümel J, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sanchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Med Chile* 2002; 130(10): 1131-8.
- Bhavnani V, Clarke A. Women awaiting hysterectomy: a qualitative study of issues involved in decisions about oophorectomy. *BJOG* 2003; 110(2): 168-74.
- Augustus C. Beliefs and perceptions of African American women who have had hysterectomy. *J Transcult Nurs* 2002; 3(4): 296-302.
- Bernhard L. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol.* 2002; 45(4): 1089-98.