

FUNCIÓN SEXUAL TRAS 9 MESES DE UNA HISTERECTOMÍA:

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL FSM[®] VERSUS PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA MUJER

*Carmen Ángel Parra
Gaspar González de Merlo
Esteban González Mirasol
Carolina Serrano Diana
M^a Carmen Serna Torrijos*



Medicina

 **3ciencias**

FUNCIÓN SEXUAL TRAS 9 MESES DE UNA HISTERECTOMÍA:

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL FSM® VERSUS PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA MUJER

Carmen Ángel Parra

Gaspar González de Merlo

Esteban González Mirasol

Carolina Serrano Diana

M^a Carmen Serna Torrijos



Editorial Área de Innovación y Desarrollo,S.L.

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: Los autores

© difusión y reproducción: ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: octubre 2017

ISBN: 978-84-947803-3-2

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2017.40>

Índice

1.	INTRODUCCIÓN	7
1.1.	Anatomía del aparato genital femenino	8
1.2.	Histerectomía.....	13
1.3.	Sexualidad.....	14
1.4.	Fisiología de la respuesta sexual femenina.....	16
1.5.	Disfunción sexual femenina.....	21
1.6.	Histerectomía y función sexual.....	24
2.	JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	27
3.	MATERIAL Y MÉTODO.....	29
3.1.	Diseño del estudio	29
3.2.	Cuestionario para evaluar la función sexual: Cuestionario de Función sexual de la Mujer	30
3.3.	Otras variables estudiadas.....	33
3.4.	Análisis estadístico.....	34
3.5.	Aspectos éticos y financiación	36
4.	RESULTADOS.....	37
4.1.	Características sociodemográficas.....	37
4.2.	Salud y situaciones relacionadas con la función sexual	37
4.3.	Indicación y síntomas antes de la histerectomía	41
4.4.	Apoyo familiar y de pareja, Satisfacción con la imagen corporal y con el Papel como mujer ..	41
4.5.	Función sexual antes de la histerectomía	42
4.6.	Variables que pueden influir en la función sexual antes de la histerectomía	45
4.7.	Cirugía realizada.....	48
4.8.	Situación a los 9 meses de la histerectomía	49
4.8.1.	Síntomas tras la histerectomía y satisfacción con los resultados.....	49
4.8.2.	Función sexual	49
4.9.	Cambios en la función sexual tras la histerectomía.....	53
4.9.1.	Cambios según el Cuestionario de Función Sexual (FSM®)	53
4.9.2.	Cambios según la percepción subjetiva de la mujer	56
4.10.	Comparación de los cambios según el instrumento de medida FSM® versus los cambios percibidos por la mujer	59
4.11.	Influencia de distintas variables en la percepción subjetiva de las mujeres de la variación de su vida sexual a los 9 meses de la histerectomía.....	60
5.	DISCUSIÓN	63
6.	CONCLUSIONES.....	69
7.	ANEXOS.....	71
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

1. INTRODUCCIÓN

Los posibles cambios en la función sexual (FS) tras la histerectomía (HT) inquieta y genera ansiedad a las mujeres que han de pasar por dicha intervención quirúrgica^{1,2}. De hecho, dos estudios encontraron que el potencial deterioro de la función sexual después de esta cirugía es una de las causas de inquietud, previas a la intervención, más frecuentes^{2,3}. Las pacientes consideran una deficiencia en su asistencia médica la falta de información acerca de las posibles consecuencias de la histerectomía sobre su función sexual⁴. La histerectomía, por tanto, supone para la paciente una preocupación por su salud, como cualquier otra intervención quirúrgica, pero además se añade gran impacto psicológico dado lo mencionado anteriormente. Desgraciadamente, este asunto rara vez es expresado por las pacientes, ni reconocido o discutido por los ginecólogos.

Estas preocupaciones no son infundadas, ya que varios estudios han indicado que entre el 11 y el 37% de las mujeres sometidas a histerectomía declaran empeoramiento en su función sexual tras la cirugía³⁻⁸. En estos mismos estudios se halla también un 16-47% de mujeres que declaran que no hay cambios en su vida sexual y entre un 34-70% que refieren mejoría en su vida sexual tras la histerectomía.

En un intento de resolver dichas dudas, se han realizado y publicado multitud de revisiones y estudios sin llegar a ninguna conclusión, ya que algunos de ellos deducen que la histerectomía no provoca cambios en la sexualidad de la mujer⁹⁻¹³, otros que la mejora^{1,14-16,6} mientras que otros encuentran un deterioro de la misma^{3,4,12,16-19}.

La función sexual es compleja. Influyen muchos factores como la imagen corporal, la relación de pareja, las relaciones familiares y sociales, el estatus socioeconómico, la educación, la disponibilidad y función sexual de la pareja, los tratamientos, los cambios hormonales y las expectativas culturales. Dado lo anterior, a menudo es difícil predecir cómo las pacientes van a responder a la cirugía. Sin embargo, es fundamental que se investigue sobre esto para poder asesorarlas antes de la intervención quirúrgica y ayudar a las que presenten deterioro de su función sexual tras la misma.

A pesar de la importancia de este asunto, la literatura es contradictoria y quedan lagunas en el conocimiento del cambio en la función sexual tras la histerectomía.

Nuestro propósito es investigar si la función sexual cambia tras 9 meses de una histerectomía. Para ello utilizaremos tanto un cuestionario validado como instrumento de medición de función sexual como la percepción subjetiva y propia de las mujeres.

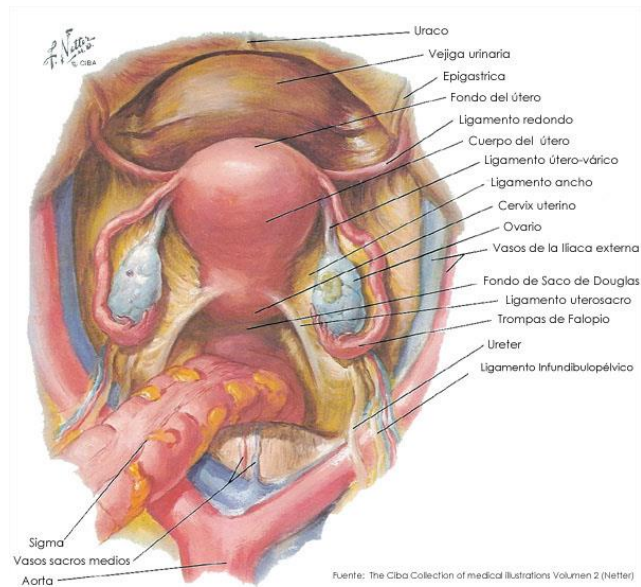
Después, compararemos los resultados del cuestionario con los resultados de la percepción del cambio subjetiva de las mujeres.

Vamos a realizar en primer lugar una introducción a la función sexual femenina, teniendo en cuenta la anatomía, la fisiología y las disfunciones de la misma.

1.1. Anatomía del aparato genital femenino

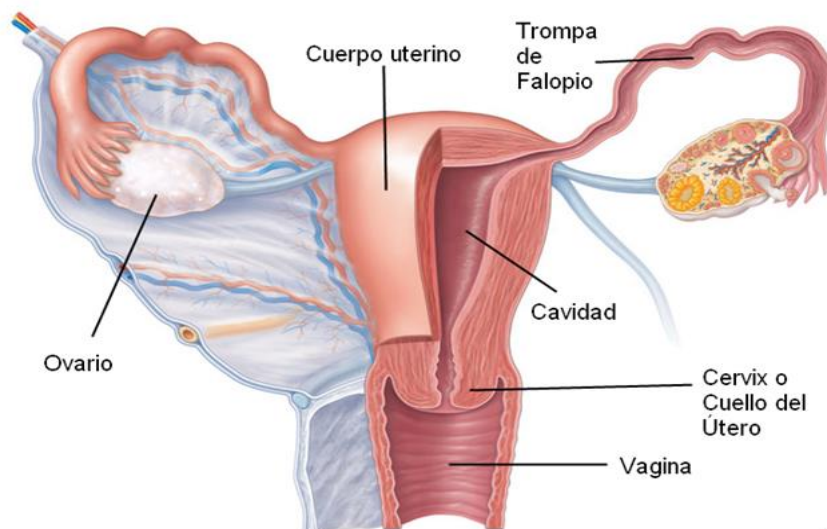
Vamos a revisar de forma concisa la anatomía del aparato genital femenino haciendo hincapié en aquellas estructuras que pueden verse afectadas a la hora de realizar una histerectomía.

Figura 1. Contenido pelviano visto desde arriba y atrás.



Fuente: Netter, F.H. Colección CIBA de ilustraciones médicas. Masson; 1995.

Figura 2. Aparato genital femenino interno.



Fuente: Netter, F.H. Colección CIBA de ilustraciones médicas. Masson; 1995.

El aparato genital femenino (Figuras 1 y 2) está compuesto por:

OVARIOS: son los órganos productores de los óvulos. Contienen los elementos de una glándula de secreción interna. Es un órgano par, uno derecho y otro izquierdo, colocados en la cavidad pélvica por detrás de los ligamentos anchos y adyacentes a la pared lateral de la excavación pélvica. El ovario mide aproximadamente 3,5 cm de altura, 2 cm de anchura y 1 cm de espesor.

El ovario está casi completamente libre y descubierto en la cavidad peritoneal. Se mantiene en su posición por el mesoovario y por el ligamento lumboovárico (ligamento infundíbulo-pélvico), tuboovárico y uteroovárico. El mesoovario lo une con el ligamento ancho, es muy corto. El ligamento lumboovárico está compuesto por fibras conjuntivas y musculares lisas que envuelven los vasos uteroováricos y por un repliegue de peritoneo parietal levantado por estos vasos. El ligamento uteroovárico es un cordón de fibras musculares lisas que se extienden desde el ángulo lateral del útero al extremo inferior del ovario.

Las arterias del ovario proceden de la ovárica y de la uterina. La arteria ovárica (procedente de la aorta abdominal) llega al ovario siguiendo el ligamento lumboovárico. Al alcanzar el ovario, da una rama tubárica externa que aborda la trompa y proporciona algunos ramos al extremo superior del ovario. Desciende a lo largo del ovario y da algunas ramas que se hunden en el ovario. Cuando llega al extremo inferior de este órgano se anastomosa con la uterina y, de la anastomosis, nacen nuevos ramos ováricos.

Los nervios proceden del plexo intermesentérico, por medio del plexo ovárico que acompaña a la arteria ovárica.

Estos órganos son los que se extirpan al realizar una ooforectomía; puede ser unilateral si sólo se extrae un ovario o bilateral si son ambos. Como veremos más adelante, en algunas ocasiones la ooforectomía se asocia a la histerectomía.

TROMPAS UTERINAS O DE FALOPIO: son dos conductos que se extienden a lo largo del borde superior de los ligamentos anchos, desde los ángulos laterales del útero a la superficie del ovario. Su longitud es de 10 a 14 cm. Se distinguen cuatro partes que difieren entre sí por su situación, su dirección, su forma y sus relaciones, son: la porción intersticial, el istmo, la ampolla y el pabellón o infundíbulo.

Las arterias de la trompa proceden del arco arterial formado en el mesosalpinx por la arteria tubárica externa, rama de la ovárica, y por la arteria tubárica interna, rama de la uterina, anastomosadas entre sí.

Los nervios acompañan a los vasos. Proceden del plexo intermesentérico, por el plexo de la arteria ovárica y del plexo hipogástrico, por el plexo de la arteria uterina.

Cuando se lleva a cabo una ooforectomía en muchas ocasiones se asocia también salpingectomía que es la extirpación de la trompa; al realizar ambas resecciones se habla de anexectomía puesto que llamamos anexo o anejo a la trompa y ovario de cada lado.

ÚTERO: es el órgano destinado a contener al óvulo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando llega a su completo desarrollo.

Está situado en la cavidad pélvica, en la línea media, entre la vejiga y el recto, por encima de la vagina y por debajo de las asas intestinales y del colon ileopélvico.

Su forma es la de un cono truncado, aplanado de adelante hacia atrás, y cuyo vértice se orienta hacia abajo. Presenta un poco más abajo de su parte media un estrangulamiento llamado istmo, que divide este órgano en dos partes: una superior, el cuerpo, y otra inferior, el cuello o cérvix.

En la nulípara, el útero mide por término medio 6,5 cm de longitud y 4 cm de anchura en el cuerpo y 2,5cm en el cuello. Mientras que en la múltipara, la longitud es de 7,5 cm de media y la anchura similar.

Los bordes laterales del cuerpo están en relación con los ligamentos anchos, que se extienden a cada lado desde el útero a la pared lateral de la excavación pélvica. A lo largo de estos bordes caminan los vasos uterinos.

Los ángulos laterales se continúan con el istmo de la trompa. De cada uno de ellos parte también el ligamento redondo y el ligamento uteroovárico del mismo lado.

El útero se fija a las paredes de la pelvis por tres pares de ligamentos: los ligamentos laterales o ligamentos anchos, los ligamentos anteriores o ligamentos redondos y los ligamentos posteriores o úterosacos. Tienen por finalidad fijar este órgano para que mantenga su posición normal cuando se desplaza bajo la presión de los órganos vecinos.

Pero éstos no son los ligamentos que mantienen el útero en su lugar. El aparato de sustentación del útero es el periné, que sostiene a este órgano por medio de la pared vaginal, sobre la cual se apoya el cuello del útero.

El útero recibe la vascularización de la arteria uterina (rama de la división anterior de la ilíaca interna). Después de haber cruzado el uréter, la uterina alcanza el cuello del útero un poco por encima del fondo de saco lateral de la vagina, y asciende muy sinuosa por el lado del útero a alguna distancia del cuello, al cual se acerca de abajo hacia arriba, para adosarse luego al borde lateral del cuerpo uterino. Un poco antes de llegar al cuello, la uterina desprende: ramas vesicovaginales, una arteria cervicovaginal destinada a la parte inferior del cuello y a la pared anterolateral de la vagina. Da enseguida, en toda la altura de su trayecto, numerosas ramas muy flexuosas para el cuello y para el cuerpo del útero.

La inervación corre a cargo del plexo uterino. Dicho plexo se desprende del borde anterior del plexo hipogástrico, camina en la parte anterosuperior del ligamento úterosacro y aborda el útero a nivel del istmo.

Este es el órgano que se extirpa cuando se realiza una histerectomía; cuando se realiza la misma se seccionan los ligamentos que fijan el útero a las paredes de la pelvis, así como la arteria uterina y los nervios que llegan a través del plexo uterino.

VAGINA: es un conducto que se extiende desde el cuello uterino a la vulva. Está colocada en la cavidad pélvica, por delante del recto, por detrás de la vejiga y por debajo del útero. Su dirección es oblicua hacia abajo y hacia adelante. No es toda rectilínea, cuando el recto y la vejiga están vacíos o casi vacíos, describe una ligera curva cóncava hacia atrás.

La longitud de la vagina es, por término medio, de 8 cm. La pared anterior, de 7 cm de longitud, es un poco más corta que la pared posterior, que alcanza los 9 cm.

El extremo superior de la vagina, inserto en el cuello uterino, se ensancha en forma de cúpula que se apoya directamente sobre la parte intravaginal del cuello. En su extremo inferior, la vagina se abre en el fondo del vestíbulo.

Existen en la superficie interior de la vagina pliegues transversales que son engrosamientos de la mucosa. Estos pliegues, llamados también crestas o arrugas de la vagina, están desarrollados particularmente en los dos tercios inferiores de la misma. Se atenúan o desaparecen cerca del extremo superior del conducto.

La porción superior de la vagina está irrigada por las ramas vaginales de la uterina y de la cervicovaginal, la porción media e inferior recibe irrigación de la arteria vaginal propiamente dicha (que deriva de la arteria rectal media y de la arteria pudenda interna) y la arteria hemorroidal media da también algunas ramas a la pared vaginal posterior. Estas diferentes arterias se anastomosan entre sí y con las del lado opuesto.

La inervación procede del plexo úterovaginal, que es una extensión del plexo hipogástrico inferior y realiza el mismo recorrido que la arteria uterina. La inervación del tercio externo de la vagina proviene de la rama perineal profunda del nervio pudendo y es inervación somática.

A la hora de realizar una histerectomía total se secciona y, posteriormente, sutura (quedando una cicatriz) la vagina por la zona que contacta con el cérvix que llamamos cúpula vaginal.

Cuando además existe prolapso genital del tipo cistocele o rectocele, se realiza plastia de la pared anterior o posterior de la vagina con la consiguiente sección de estructuras vasculares y nerviosas, y la sutura subsiguiente, que originará una cicatriz en la vagina, bien en cara anterior o en cara posterior y, en algunos casos, en ambas caras.

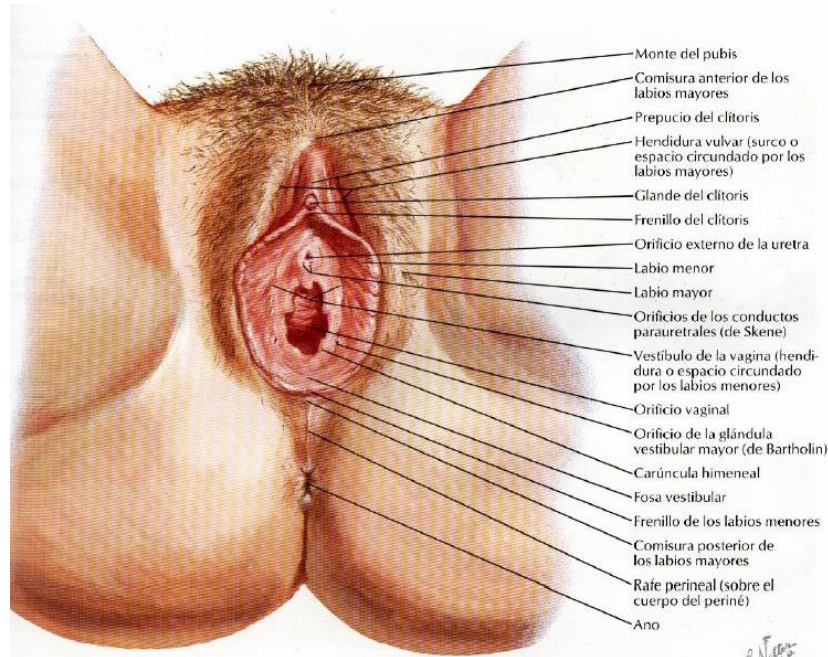
Cuando la paciente precisa una técnica para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, como la malla transobturadora, ésta queda situada entre la vagina y la uretra.

VULVA: se designa con el nombre de vulva al conjunto de órganos genitales externos de la mujer. La vulva, limitada por la sínfisis del pubis, el esfínter anal y las tuberosidades isquiáticas, está compuesta por los labios, el espacio interlabial y el tejido eréctil como podemos ver en la Figura 3.

Está ocupada en su parte central por una depresión media llamada vestíbulo en cuyo fondo se abren la uretra y la vagina. A ambos lados están dos anchos repliegues cutáneos yuxtapuestos: el labio mayor por fuera y el labio menor por dentro. Los labios mayores se pierden por delante en una eminencia media, el pubis o monte de Venus. Los labios menores se unen en su extremo

anterior a un órgano eréctil medio, llamado clítoris. Está formado por la unión de dos cuerpos eréctiles que son los cuerpos cavernosos. Otros dos órganos eréctiles, los bulbos vestibulares o vulvares, se colocan en el fondo del vestíbulo y a ambos lados del orificio vaginal. Por último, dos glándulas están anexas a la vulva; se conocen con el nombre de glándulas de Bartholino.

Figura 3. Aparato genital femenino externo.



Fuente: Netter, F.H. Colección CIBA de ilustraciones médicas. Masson; 1995.

El clítoris (Figura 4) es un órgano eréctil formado por los cuerpos cavernosos y por sus envolturas. Los cuerpos cavernosos son análogos a los del pene. Se insertan en el borde inferior de las ramas isquiopubianas. Están recubiertos por dentro por los músculos isquiocavernosos. Desde su origen, los cuerpos cavernosos se extienden hacia adelante, hacia arriba y hacia adentro, para llegar así hasta la parte anterior del extremo inferior de la sínfisis, en donde se unen en la línea media para formar el cuerpo del clítoris. El cuerpo del clítoris continúa luego la dirección de los cuerpos cavernosos y se dirige hacia adelante y hacia arriba, pero cambia bien pronto de dirección para orientarse hacia abajo y hacia atrás. El codo así formado se llama rodilla del clítoris. El cuerpo del clítoris disminuye de volumen a medida que se separa de su origen y termina en un extremo cónico con vértice redondeado, el glande del clítoris. Está recubierto por el tegumento de la vulva, que forma en las caras superiores y laterales del órgano un repliegue, el capuchón o prepucio clitoroideo. Al clítoris se le anexa un ligamento suspensorio semejante al del pene.

Figura 4.1. Clítoris (cuerpo cavernoso, bulbo vestibular, glande).

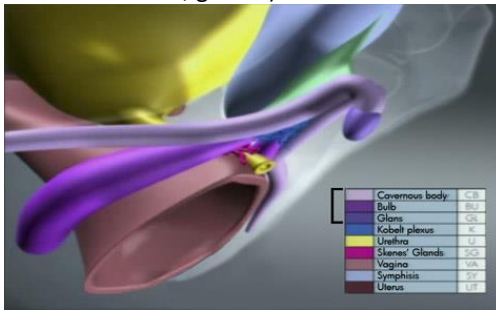
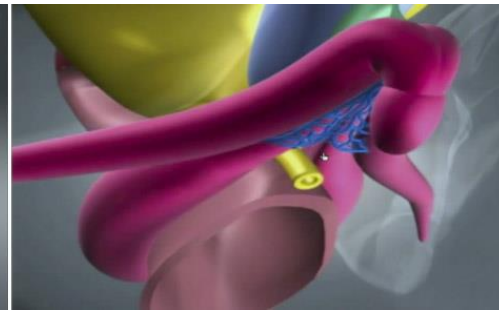


Figura 4.2. Clítoris erecto.



Fuente: Imágenes tomadas de la presentación "Le clitoris cet inconnu" de la Dra. Odile Buisson
© université Paris Diderot/Novembre 2011 www.treizeminutes.fr.

Los bulbos vestibulares son dos órganos eréctiles anexos a la vulva, colocados a ambos lados de los orificios de la vagina y de la uretra. Está dividido en dos partes separadas una de otra en la línea media por los orificios de la uretra y de la vagina, así como por el vestíbulo de la vulva (Figura 4). La Figura 4 es interesante puesto que muestra el clítoris y los bulbos vestibulares en reposo (1) y en erección (2), y su relación anatómica con varios de los órganos vulvares y pélvicos.

Las arterias de la vulva proceden de las arterias pudendas externas, ramas de la femoral, y, sobre todo, de la arteria pudenda interna, rama de la hipogástrica.

Los nervios del monte de Venus y de la parte anterior de los labios mayores, emanan de las ramas genitales de los nervios abdominogenitales y genitocrurales. La parte posterior de los labios mayores está inervada por el ramo perineal externo y por el ramo superficial del nervio perineal, rama del pudendo interno. Los labios menores reciben sus nervios de los ramos superficial y profundo del nervio perineal. Igualmente, el ramo profundo de este nervio inerva el bulbo. Los nervios dorsales del clítoris inervan a este órgano. Los nervios vasomotores proceden de los plexos simpáticos que acompañan a las arterias para las glándulas de Bartholino y los bulbos. Los de los cuerpos cavernosos, emanan del nervio cavernoso del clítoris, que procede del plexo hipogástrico.

Me parece interesante la anatomía del clítoris y de los bulbos vestibulares por su importancia en la función sexual femenina, pero, cuando se realiza una histerectomía, en principio, no tienen por qué verse afectadas ni la irrigación ni la inervación vulvar, salvo que lleve añadida cirugía del suelo pélvico.

1.2. Histerectomía

La histerectomía es una intervención quirúrgica muy frecuentemente realizada en los países desarrollados, es la segunda cirugía que más se lleva a cabo en mujeres tras la cesárea.

Se trata de la extracción del útero o matriz y su nombre proviene del griego ὑστέρα *hystera* "útero" y εκτομία *ektomia* "sacar por corte". Requiere de una técnica quirúrgica reglada en la que se pinzan, seccionan y ligan estructuras ligamentosas y vasculares²⁰. Las vías mediante las

cuales puede realizarse son la vía vaginal, abdominal, laparoscópica y vaginal asistida por laparoscopia.

Principalmente se desempeña por patología benigna, sobre todo por miomatosis uterina^{21,22,23}. En 2003 se estudiaron las tasas en Alicante (España) observando que la frecuencia aumentaba a partir de los 40-45 años y que la tasas de histerectomías por patología benigna era de 13,48 por 10000 habitantes²⁴.

La histerectomía puede ser total o subtotal, la primera consiste en la extracción total del útero y la segunda es cuando se deja el cérvix. En la mayoría de los casos se realiza la primera.

Puede realizarse al mismo tiempo extirpación de los anejos (ovarios y trompas) denominándose histerectomía con anexectomía uni o bilateral según se extraigan uno o ambos anejos.

Después de una histerectomía siempre ocurrirá un cese de menstruaciones. Sólo si se extirpan ambos ovarios (ooforectomía bilateral) se instaurará la menopausia hormonal por el cese brusco de producción hormonal de las gónadas.

La mayoría de histerectomías, como hemos dicho, tienen como indicación la miomatosis uterina, siguiéndola en frecuencia el prolapso uterino. Otras indicaciones menos frecuentes son: carcinoma cervical y uterino, endometriosis y hemorragia uterina disfuncional resistente a tratamiento conservador.

Como cualquier cirugía lleva asociada morbilidad, un estudio del American CDC encontró una mortalidad del 6 por cada 10000 histerectomías para histerectomías no asociadas a cáncer ni a embarazo²⁵. Las posibles complicaciones son: infecciones, hemorragias y/o hematomas, lesiones de órganos vecinos, fístulas vesicovaginales e intestinales, reintervenciones quirúrgicas, lesiones neurológicas y/o vasculares.

1.3. Sexualidad

Existen múltiples definiciones del concepto de sexualidad, Gómez Zapiain en el prólogo al libro de Alonso-Arbiol²⁶ define la sexualidad como todo aquello relacionado con las partes, con los sexos, que resultaron de la opción de las especies por el sistema de reproducción sexual como forma óptima de adaptación, supervivencia y evolución. Dando un gran salto hasta el momento actual de la humanidad, la sexualidad es todo aquello relacionado con todas las maneras posibles de ser mujer u hombre, en toda su diversidad.

La sexualidad es una materia compleja del ser humano²⁷, interviene en algunos de los comportamientos humanos más complicados. Es multidimensional y dinámica.

La definición de sexualidad de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* es la que me parece más completa y la que mejor manifiesta la importancia de la misma para la vida de una persona:

"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de

pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."²⁸

Me parece muy interesante reflejar la declaración de los derechos sexuales redactada en el año 1997 en el Congreso de la *Asociación Mundial de Sexología*, puesto que, como personal sanitario, podemos ver reflejada nuestra responsabilidad en algunos de ellos. La declaración de los derechos sexuales fue posteriormente revisada y adoptada en su asamblea general en 1999²⁹ y son los siguientes:

1. El derecho para la libertad sexual.
2. El derecho para la autonomía sexual, la integridad sexual y la seguridad del cuerpo sexual.
3. El derecho de privacidad sexual.
4. El derecho de igualdad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión de las emociones sexuales.
7. El derecho para la libre asociación sexual.
8. El derecho para hacer elecciones reproductivas libres y responsables.
9. El derecho a la **información sexual basada en datos científicos**.
10. El derecho a una **educación de sexualidad comprensiva**.
11. El derecho al **cuidado de la salud sexual**.

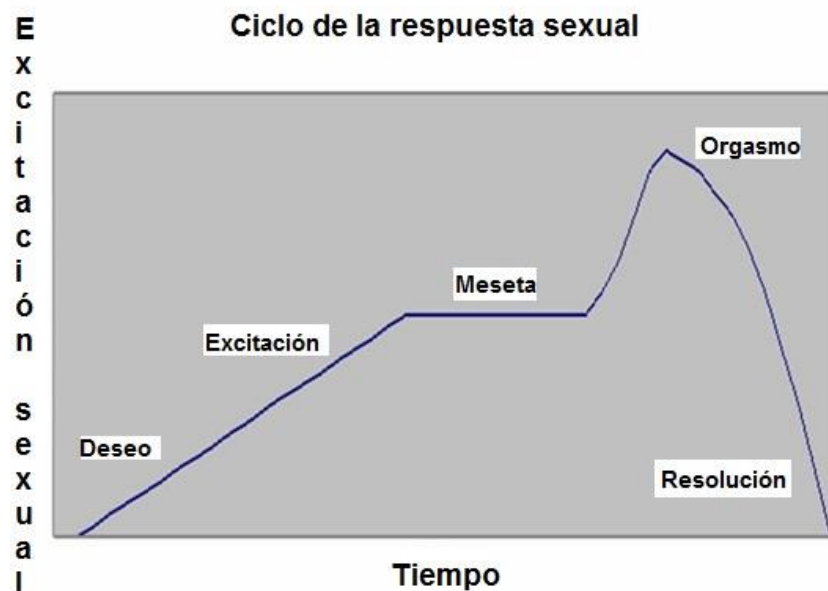
Señalo los derechos 9, 10 y 11, que, como he dicho antes, reflejan nuestra responsabilidad: debemos dar una información sobre sexualidad respaldada por la ciencia, debemos educar sobre sexualidad de manera que nos entiendan y debemos cuidar de la salud sexual de nuestras pacientes.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social que se relaciona con la sexualidad: no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia³⁰.

1.4. Fisiología de la respuesta sexual femenina

La respuesta sexual es el conjunto de cambios físicos y mentales que se asocian a la realización de actos sexuales³¹. Consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y, en grado diverso, al de la totalidad del organismo.

Figura 5. Respuesta sexual humana.

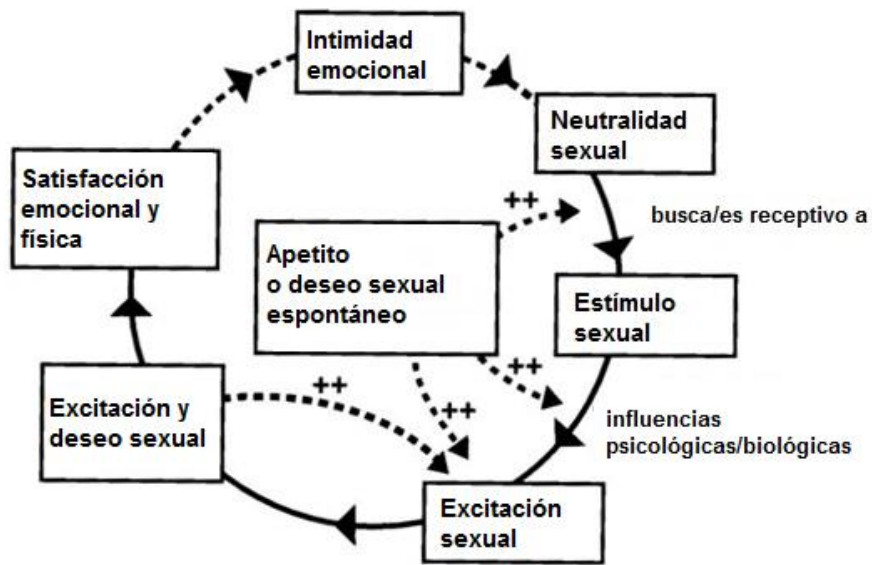


Fuente: Masters y Johnson, 1966.

Masters y Jonhson describieron la respuesta sexual como un proceso fisiológico de fases consecutivas (Figura 5): deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se trata de un modelo lineal que describe la respuesta sexual como invariable, igual en hombres y mujeres, donde el deseo siempre precede a la excitación³¹.

Basson propuso un modelo no lineal que comprende la retroalimentación física, emocional y cognitiva (Figura 6). Este modelo puede encajar más con las dificultades sexuales que aparecen antes y después de la histerectomía, así como con determinados procesos patológicos y/o sus tratamientos farmacológicos. La excitación conduce al deseo, que estimula la predisposición para recibir y dar nuevos estímulos. La satisfacción emocional y física se obtiene mediante un aumento en el deseo sexual y la excitación. Factores biológicos, sociales y fisiológicos pueden afectar negativamente a este ciclo, provocando Disfunción Sexual Femenina³².

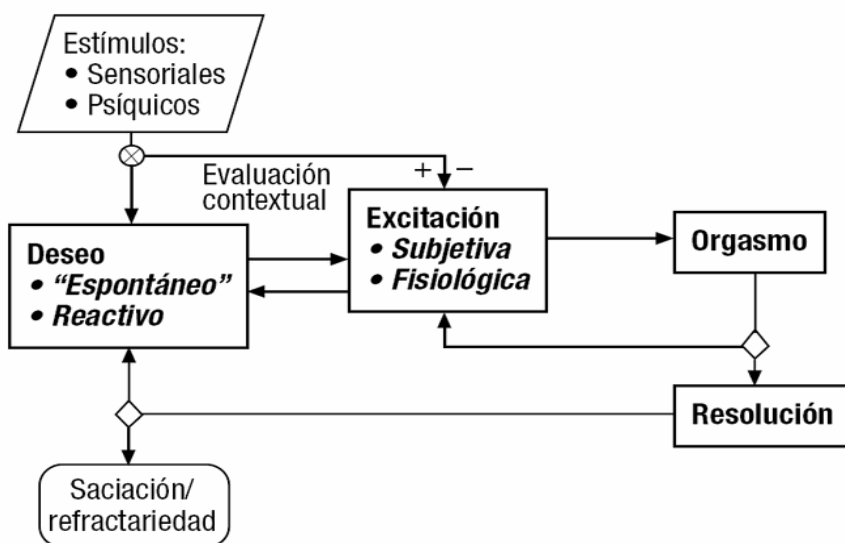
Figura 6. El ciclo de respuesta sexual.



Fuente: Basson R. Human sex-response cycles. J Sex Marital Ther. febrero de 2001;27(1):33-43.

Mas describe la RS como una secuencia cíclica de fases características: Deseo, Excitación, Orgasmo y Resolución (Figura 7)³³. Conlleva cambios psicológicos, neurofisiológicos, vasculares y hormonales^{34,35}. Comprende un conjunto de cambios físicos que afectan a la totalidad del organismo, así como mentales, que incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia.

Figura 7. Esquema operativo del ciclo de la respuesta sexual femenina (RSF).



Fuente: Mas M. Cerebro, emoción y la respuesta sexual humana. En: Mora F, editor El cerebro sintiente. Barcelona: Ariel; 2000. p. 77-111.

El deseo (también llamado apetito sexual o libido) es el estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación para responder a ellos para gratificarse, que precede a la realización de actos sexuales y/o la acompaña. Tiene componentes cognitivos y afectivos, además de un sustrato neurohormonal. Puede presentarse de modo "espontáneo" o bien "reactivo"; este último se produce en respuesta a diversos estímulos sensoriales y otras incitaciones por parte de la pareja, incluida la propia excitación fisiológica inducida de modo reflejo, en un contexto de afecto positivo. Dicho fenómeno es más frecuente y relevante en la mujer, particularmente en el contexto de una relación prolongada y de buena calidad afectiva. A su vez, en la excitación sexual se distinguen ahora dos componentes: los cambios fisiológicos, que vamos a ver seguidamente, y la excitación subjetiva que motiva tratar de intensificar la estimulación sexual y desarrollar completamente el ciclo de la RS.

La fisiología de la respuesta sexual viene extensamente descrita en los múltiples trabajos del Dr. Mas³⁸⁻⁴¹. A continuación expondré un resumen orientado a ver qué aspectos de la fisiología de la RS pueden verse afectados por la histerectomía.

En la Tabla 1 podemos observar los principales cambios genitales y extragenitales asociados a la respuesta sexual femenina.

Tabla 1. Principales cambios genitales y extragenitales asociados a la respuesta sexual femenina.

Fase	Cambios genitales	Cambios extragenitales
<i>Excitación</i>	Lubricación vaginal	Erección de los pezones
	Tumescencia del clítoris, bulbos, labios menores y uretra	Hiperventilación
	Alargamiento y dilatación del fondo vaginal y elevación del útero	Taquicardia
	Estrechamiento del tercio externo de la vagina ("plataforma orgásmica")	Aumento de presión arterial
	Elevación del cuerpo y el glande del clítoris ("retracción del clítoris")	"Rubor sexual": eritema en la cara, tronco y nalgas (inconstante)
	Congestión interna de los labios menores	Ingurgitación de las areolas mamarias
<i>Orgasmo</i>	Contracciones de la "plataforma orgásmica" vaginal	Aumento de la tensión muscular
	Contracciones del ano	Espasmos musculares en el abdomen, el cuello y los miembros (variable)
	Emisión de secreciones uretrales y parauretrales (inconstante)	Aumento de ventilación pulmonar
	Contracciones uterinas (variable)	Aumento de taquicardia

		<p>Aumento de presión arterial</p> <p>Jadeo, vocalizaciones (variable)</p> <p>Secreción de oxitocina</p> <p>Secreción de prolactina</p> <p>Alteración del estado de conciencia</p>
<i>Resolución</i>	<p>Disminución lenta de la congestión pélvica</p> <p>Posible retorno a la fase orgásmica o entrada en "periodo refractario", con pérdida de la tumescencia vulvar y reducción de la lubricación vaginal</p>	<p>Descongestión rápida de las areolas mamarias</p> <p>Descenso rápido de la frecuencia cardíaca y la presión arterial</p> <p>Sudoración</p> <p>Secreción elevada de prolactina sostenida (20-60 minutos)</p>

Los diversos fenómenos se relacionan en la secuencia aproximada en que aparecen (aunque muchos son simultáneos).

Fuente: Mas M. M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. Rev Int Andrología. Enero de 2007;5(1):11-21.

El aumento de aporte sanguíneo a los sinusoides de los órganos eréctiles (clítoris y bulbos), y al plexo vascular de las paredes vaginal y uretral e interior de los labios menores, característico de la fase de excitación, es consecuencia de la relajación de las células musculares lisas de las trabéculas y/o las arteriolas que los irrigan. La regulación de su actividad contráctil se hace mediante fibras nerviosas postganglionares parasimpáticas y simpáticas, presentes en las trabéculas y las paredes de las arteriolas, que actúan coordinadamente con las células endoteliales adyacentes.

Así, las células musculares lisas de los tejidos eréctiles y de los vasos sanguíneos que los irrigan están sometidos a la influencia de numerosos mediadores químicos de origen neural, paracrino y autocrino como noradrenalina, óxido nítrico (NO), péptido intestinal vasoactivo (VIP), etc. Su balance determina el de mensajeros intracelulares del que, a su vez, depende el nivel de Ca^{2+} en el citosol de las células musculares que, a su vez, determina el estado de contracción o relajación.

La respuesta sexual es el resultado de una sucesión de reflejos neurovegetativos y somáticos, modulados a su vez por multitud de factores que incluyen desde los niveles sanguíneos de diversas hormonas hasta procesos cognitivos y estados emocionales. Todo ello es regulado por el Sistema Nervioso.

Los órganos genitales femeninos están inervados por las dos grandes divisiones del Sistema Nervioso Autónomo. Las fibras simpáticas proceden del plexo hipogástrico y tienen su origen en la columna intermedio-lateral de la médula espinal toracolumbar (T11-L2); su actividad produce

vasoconstricción de los órganos eréctiles y de la vagina. Las fibras parasimpáticas, originadas en los niveles medulares sacros S2-S4, forman los nervios pélvicos o erectores, su actividad produce, mediante la liberación de óxido nítrico (NO) y péptido intestinal vasoactivo (VIP), vasodilatación de los órganos eréctiles y lubricación vaginal³⁷.

El nervio pudendo (raíces S2-S4) proporciona la principal inervación somatomotora a los músculos que participan en la respuesta orgásmica (pubococcígeo, bulbocavernoso, isquiocavernoso, etc.). Este nervio lleva también las principales fibras sensitivas de la región genital.

En la Tabla 2, se resume la inervación de la región pelviana (vegetativa y somática) que interviene en la respuesta sexual. La lesión de estos nervios por traumatismos y como secuela de tratamiento quirúrgico es causa frecuente de disfunciones sexuales. La capacidad de funcionamiento de estos nervios resulta también muy afectada por diversos trastornos crónicos como la diabetes o la insuficiencia renal, y por agentes terapéuticos (por ejemplo: antihipertensivos)²⁶.

Tabla 2. Principales nervios periféricos que regulan el funcionamiento de los órganos genitales durante la respuesta sexual.

Raíces	Nervio	Tipo	NT	Función
S3 (S2, S4)	<i>N. pélvico</i>	Parasimpático	Óxido nítrico (NO)	Erección
			Neuropéptido (VIP)	Lubricación vaginal
			Acetilcolina	Emisión seminal
T12-L2	<i>N. hipogástrico</i>	Simpático	Noradrenalina	Contracciones uterinas
				Detumescencia
S2-S4	<i>N. pudendo</i>	Somatomotor (m. bulboesponjoso, m. isquiocavernoso, m. pubococcígeo)	Acetilcolina	Erección
		Somatosensorial (sensibilidad genitales externos)		Eyaculación
				Contracciones orgásmicas
				Sensibilidad táctil

NT: neurotransmisor/es

Fuente: Alonso-Arbiol, Itziar. Actualizaciones en sexología clínica. Universidad del País Vasco; 2005. 172p.

A la función sexual humana se le reconoce un importante soporte hormonal, especialmente por parte de los esteroides gonadales. El papel fundamental de los estrógenos es el mantenimiento del trofismo de la vagina y su capacidad de respuesta a estímulos sexuales con vasodilatación y aumento de lubricación.

Existe un aumento de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina tras el mismo. Se han descrito también aumentos más difusos y sostenidos (no confirmados en todos los estudios) de adrenalina, gonadotrofinas y testosterona asociados a la actividad sexual.

El papel de los andrógenos en la función sexual femenina es más controvertido. En el varón, está bien establecido que los andrógenos testiculares (fundamentalmente testosterona) contribuyen de modo importante a promover el deseo sexual y al mantenimiento del estado funcional de los tejidos eréctiles. En la mujer, hay muchos datos que indican un papel similar de los andrógenos, tanto en estimular el apetito sexual como en el desarrollo y mantenimiento de parte de los órganos sexuales más relevantes para la RS, como el clítoris. Por otra parte, hay algunos estudios que cuestionan la acción facilitadora del deseo sexual femenino atribuida a los andrógenos. Las discrepancias pueden deberse a las dificultades que supone su estudio, por diferencias de diseño y variadas características de las mujeres evaluadas (jóvenes normales, premenopáusicas disfuncionales, menopausia inducida, menopausia natural, etc.), a las limitaciones técnicas para medir fiablemente unos niveles sanguíneos de testosterona considerablemente inferiores (en 10 a 20 veces) a los del varón, al desacuerdo en cuales son los indicadores bioquímicos de actividad androgénica más idóneos, etc. Los ovarios y las glándulas suprarrenales comparten la producción de testosterona a partes iguales. Hay una disminución en la producción progresiva con la edad³⁸. La insuficiencia de andrógenos es una causa reconocida de disfunción sexual. Se asocia con disminución de la libido, pérdida de la respuesta sexual ante estímulos, incluso empeoramiento de la congestión vulvar y vaginal. Las mujeres premenopáusicas con quejas sobre su función sexual tienen menos niveles de precursores androgénicos adrenales y testosterona que aquellas de la misma edad sin quejas³⁸.

Entre otros tipos de hormonas que pueden contribuir a modular la función sexual cabe destacar la prolactina. A su elevación postorgásmica, comentada anteriormente, se le ha atribuido el fenómeno del "periodo refractario" durante la fase de resolución. Por otra parte, la hiperprolactinemia con frecuencia se acompaña de disminuciones del apetito sexual, en varones y mujeres, aunque es difícil discernir si el efecto se debe al propio aumento de prolactina o al hipogonadismo secundario frecuente en esta enfermedad.

1.5. Disfunción sexual femenina

La expresión de la sexualidad es importante a lo largo de toda la vida de una mujer, y, por lo tanto, necesita ser comprendida tanto en su aspecto fisiológico como en su patología.

La disfunción sexual femenina (DSF) se define como alteraciones en el deseo sexual y cambios psico-fisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual que causan malestar emocional y psicológico importante y dificultad en las relaciones interpersonales, es decir, implica que a la mujer le

preocupa este problema en mayor o menor grado; incluso si una mujer presenta las características que definen una disfunción sexual, a menos que eso le esté causando sufrimiento personal, ella no tiene una disfunción sexual, y ningún clínico debería crear un problema donde no lo hay²⁷.

La disfunción sexual femenina es considerada como una amplia gama de trastornos con notable solapamiento entre los mismos³⁹ o, como expresa Clayton en su revisión sobre Deseo sexual hipoactivo: "los trastornos sexuales son a menudo concomitantes" como por ejemplo el hecho de que el deseo sexual hipoactivo se asocie con trastornos de la excitación o con dificultades en el orgasmo frecuentes en las mujeres postmenopáusicas⁴⁰. Así mismo, las mujeres con Trastorno por deseo sexual hipoactivo tienen más probabilidades de estar insatisfechas con su vida sexual y con su relación de pareja⁴¹.

La disfunción sexual femenina es un fenómeno multifactorial: influyen factores fisiológicos, psicológicos y sociales; como la edad, la menopausia, las enfermedades, los tratamientos médicos y la cirugía de órganos pélvicos.

Se asocia con una salud mental y física disminuida^{40,42}. Según Mestre, existe una asociación entre disfunción sexual femenina y una pobre salud física, mental y un deterioro en la calidad de vida. Desde el punto de vista clínico es importante tener en cuenta distintos factores que influyen en la salud sexual, el papel del contexto interpersonal, social y de la salud mental son importantes, pero también lo son la enfermedad crónica y la salud sexual de la pareja³⁰.

Es un tema que no se aborda frecuentemente por la falta de tiempo, porque puede resultar embarazoso, porque no se tiene en cuenta en mujeres mayores, por la incertidumbre acerca de los tratamientos y por la formación pobre en estos campos^{43,44}. Sin embargo, la sexualidad es sumamente importante para la calidad de vida del ser humano, de hecho, como ya hemos comentado, es un derecho humano básico. Está demostrado que los desórdenes sexuales empeoran la calidad de vida y aumentan la morbilidad⁴⁵. Por lo tanto, debemos mejorar el conocimiento y la comprensión de la fisiopatología de la sexualidad.

A la hora de saber la prevalencia de la disfunción sexual femenina surgen dificultades ya que existen diferentes sistemas de clasificación y, en los trabajos de investigación realizados, o bien no se utiliza ninguna clasificación validada o bien no se especifica la misma.

Las disfunciones sexuales se clasifican, según la AFUD⁴⁶, en:

- **Trastorno del deseo hipoactivo:** ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamientos o fantasías sexuales que causa marcado malestar o dificultades en las relaciones interpersonales. La motivación para buscar la excitación es escasa o nula y debe tenerse en cuenta una involución fisiológica a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja. Es la disfunción más frecuente.

- **Trastorno de la excitación,** que se subdivide en:

- **Trastorno subjetivo de la excitación:** ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y del placer con cualquier tipo de estimulación sexual, a pesar de existir lubricación genital y otros signos fisiológicos propios de un proceso excitatorio.

- **Trastorno de la excitación sexual genital:** ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta por una mínima tumefacción y lubricación genital, además de sensibilidad reducida a las caricias vulvares. Existe sensación subjetiva de excitación ante estímulos sexuales no genitales.

- **Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital:** ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y el placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital con cualquier tipo de estimulación sexual.

- **Trastorno de la excitación sexual persistente:** espontánea, molesta y no querida excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo. La excitación no es aliviada por uno o más orgasmos, persistiendo horas e incluso días.

- **Trastorno del orgasmo:** ausencia o disminución de la intensidad del orgasmo con una adecuada estimulación, a pesar de sentir excitación sexual.

- **Dispareunia:** dolor persistente o recurrente al intentar o completar la penetración. Se incluyen las mujeres que no toleran los movimientos vaginales debido al dolor.

- **Vaginismo:** dificultad persistente para permitir la entrada del pene, los dedos u otro objeto en la vagina a pesar de que la mujer lo desee por espasmos musculares involuntarios recurrentes o persistentes de la musculatura del tercio externo de la vagina.

- **Trastorno por aversión sexual:** extrema ansiedad o disgusto ante la idea o el intento de practicar cualquier actividad sexual.

El primer paso para la evaluación de la DSF es la realización de una historia sexual, médica y psicosocial. Es importante preguntar también por el papel de la pareja sexual. Los cuestionarios validados son una herramienta fiable para la medición de la función sexual, son fáciles de realizar, discretos, económicos y se obtienen unos valores normalizados y útiles para la clínica⁴⁷. Los cuestionarios validados son el único instrumento que permite cuantificar los cambios entre antes y después de un tratamiento, y evaluar tanto individual como globalmente si el impacto de la aplicación de un determinado tratamiento ha sido positivo, negativo o neutro para la salud sexual de la mujer³⁰.

Así pues, la anamnesis y la utilización de cuestionarios estandarizados nos darán un diagnóstico de la disfunción sexual, así como de la presencia de distintas enfermedades o tratamientos que pueden afectar a la función sexual.

La exploración física es necesaria si se sospecha alguna patología orgánica⁴⁸, consta de un examen físico, con atención especial a los sistemas vascular y neurológico. La exploración ginecológica debería realizarse si prevemos alguna causa física (es importante investigar anomalías anatómicas, signos de atrofia, verrugas, infecciones, cicatrices y deficiencia de estrógenos).

En resumen, la disfunción sexual femenina se mide principalmente con cuestionarios.

Existen muchos cuestionarios⁴⁹⁻⁵², lo que me lleva a elegir el *Cuestionario de Función sexual de la Mujer (FSM)*⁵³ (Anexo I) es que se trata de un cuestionario que podemos realizarle a las mujeres pero que también pueden cumplimentarlo ellas mismas (favorece su sinceridad al preservar su intimidad), que está adaptado al entorno cultural y validado al español⁵⁴, que tarda en cumplimentarse 5-10 minutos y que evalúa las fases de la respuesta sexual adaptándose a la

clasificación de la AFUD y a los criterios de la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y valora los aspectos relacionales importantes (iniciativa y grado de comunicación sexual). Además puede aplicarse a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, de cualquier edad y orientación sexual, y su objetivo principal es el diagnóstico de disfunción sexual. Es un cuestionario de función sexual genérico útil para la comparación de la función sexual entre grupos de pacientes sin la misma patología. En el apartado de Material y métodos me extiendo más en su descripción.

Un gran número de enfermedades y trastornos diversos de nuestro organismo tienen efectos perjudiciales sobre la función sexual. Las causas y los mecanismos son muy variados. Unas veces se trata de una interferencia específica con los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual por parte del proceso patológico, por ejemplo: diabetes, insuficiencia renal, hiperprolactinemia, oclusiones vasculares de la pelvis, esclerosis múltiple, traumatismos méduloespinales, tumores o epilepsia temporal. Otras veces puede deberse a los efectos de tratamientos con numerosos fármacos (algunos antihipertensivos, neurolépticos, anticonvulsivantes, muchas sustancias psicotrópicas) o a procedimientos quirúrgicos, sobretodo de órganos pélvicos (por lesión de los nervios pélvicos)²⁶.

1.6. Histerectomía y función sexual

La experiencia erótica humana es de las más psicósomáticas; por tanto, la integridad de sus bases orgánicas psicofisiológicas son también decisivas para comprender las dificultades sexuales²⁶.

Cuando hemos hablado anteriormente sobre la fisiología de la respuesta sexual femenina, vemos que el útero interviene en varios momentos: se eleva en la fase de *excitación* y se contrae durante el *orgasmo* asociándose a una sensación más placentera. Así pues, nos preguntamos si la histerectomía puede afectar a la función sexual de la mujer.

El impacto de la histerectomía sobre la sexualidad ha sido centro de atención desde siempre. La posibilidad de que la histerectomía provocase secuelas psicológicas fue destacada por primera vez por Krafft-Ebing en 1890 (Ackner 1960). Uno de los primeros estudios que investiga el efecto de la histerectomía sobre el aspecto psicológico fue el de Subramaniam, que descubre que el 20% de las pacientes que han tenido una histerectomía desarrollan síntomas depresivos durante el primer año de seguimiento⁵⁵.

La patología del suelo pélvico afecta a la función sexual. Los síntomas provocados por diferentes patologías ginecológicas como el sangrado uterino anormal, el dolor,... también interfieren con la actividad sexual. Algunos estudios muestran mejora de la función sexual al aliviar los síntomas^{6,14-16,21,56,57}. Pero no todos los estudios coinciden con el anterior y la correspondiente mejoría de la función sexual después de la cirugía que alivia los síntomas no siempre ocurre. Puede ocurrir deterioro en la función sexual tras la cirugía. Las razones que pueden afectar a la sexualidad tras la histerectomía son: las consideraciones anatómicas como la cicatriz que queda en la vagina o la interrupción de nervios, la posible disminución en la sensibilidad de la vagina, el hecho de quitar el cérvix, el empeoramiento del orgasmo en aquellas mujeres con contracciones

uterinas durante el mismo, las preocupaciones porque el útero pueda contribuir a aportar una sensación de bienestar y feminidad, etc^{3,4,18,19,58}.

Lonneé-Hoffmann en su revisión encuentra una mejoría de la calidad de vida y de la función sexual tras la histerectomía realizada por causa benigna, independientemente de la vía y de si es total o subtotal. Ahora bien, también se observa que entre un 10-20% de mujeres empeoran su función sexual, esto ocurre sobre todo si antes existen problemas sexuales o depresión, también se observa que se empeora con más probabilidad si la indicación de la histerectomía es endometriosis. Si la histerectomía lleva añadida ooforectomía bilateral sí que se encuentra empeoramiento de la función sexual de forma significativa⁵⁹.

El mayor estudio prospectivo hasta la fecha es el *Maryland Women's Health Study*¹⁶, nombrado más arriba, en el que se midió el impacto de la histerectomía (abdominal y vaginal, 44% con ooforectomía bilateral) en la función sexual mediante un cuestionario validado explorando cuatro aspectos de la función sexual (dolor con el coito, orgasmo, sequedad y libido); 1101 mujeres completaron las entrevistas prequirúrgicas y a los 6, 12, 18 y 24 meses. Mostraron un incremento significativo en la frecuencia de actividad sexual y una mejora en la dispareunia (de 41 pasó a 15%), el orgasmo, la libido y la sequedad vaginal. Las alteraciones postoperatorias como dispareunia, anorgasmia, baja libido y sequedad vaginal, se asociaron con la existencia del problema previo a la operación y con depresión preoperatoria. El incremento en la edad fue un factor de riesgo para la anorgasmia.

Clarke publicó un estudio que incluía 366 mujeres que habían sido sometidas a histerectomía abdominal por patología benigna en el que encontró, después de tres meses, mejoría en el dolor, en el sangrado, en el malestar, aumento del deseo sexual y más pacientes describían que disfrutaban más con el sexo que antes de la cirugía⁶⁰.

Sin embargo, Sobral Portela en su revisión concluye que tras la histerectomía aparecen problemas importantes en la función sexual, máxime cuando la vía de realización es vaginal⁶¹. Celik encuentra un deterioro de la función sexual tras la histerectomía al estudiar 90 mujeres, pero a todas ellas se les realiza ooforectomía bilateral también (lo que concuerda con la revisión de Lonneé-Hoffmann). En este estudio el empeoramiento se da igual tanto si la vía es vaginal o abdominal, y tanto si se administra terapia hormonal sustitutiva tras la ooforectomía o no¹⁸.

Lo que dejan claro multitud de estudios es que la información y la educación por parte del personal sanitario sobre los potenciales resultados adversos en la sexualidad de la mujer tras la histerectomía, aumentan la satisfacción con los resultados del procedimiento y mitiga la ansiedad preoperatoria^{9,59}.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Hemos decidido realizar este estudio porque la histerectomía es una intervención quirúrgica habitual en el manejo de diferentes patologías ginecológicas y sigue existiendo controversia en la literatura científica sobre si afecta o no a la sexualidad de la mujer. Dada la influencia que la función sexual tiene sobre la calidad de vida de las personas, nos parece muy interesante poder ofrecer a nuestras pacientes una información real antes de la cirugía.

Nuestros objetivos son:

1. Estudiar qué variables pueden influir en la función sexual de la mujer antes de la histerectomía.
2. Estudiar los cambios en la función sexual de la mujer tras 9 meses de la histerectomía mediante un instrumento que es el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM®).
3. Estudiar los cambios en la función sexual de la mujer preguntando a la mujer directamente si percibe que su vida sexual ha cambiado tras 9 meses de la histerectomía.
4. Estudiar si los cambios medidos con el Cuestionario FSM® coinciden con la percepción subjetiva sobre dichos cambios que tiene cada mujer.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Diseño del estudio

Es un estudio observacional longitudinal prospectivo con medidas intrasujeto (pre-post intervención) en el que comparamos la función sexual antes de la histerectomía y a los 9 meses tras la misma.

Partimos de todas las pacientes a las que se les indica una histerectomía por patología ginecológica benigna en la consulta de ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) desde el 1 de Noviembre de 2012 hasta el 31 de Noviembre de 2014.

Los criterios de inclusión son: tener como indicación de la histerectomía una patología benigna, ser sexualmente activas, no padecer patología psiquiátrica grave que impida la realización de las entrevistas, hablar y entender bien el español y no padecer una enfermedad maligna concomitante.

Excluiremos del estudio a las pacientes que habiendo realizado la primera entrevista no completen ninguna de las siguientes y a aquellas que durante el tiempo que dura el estudio desarrollen enfermedades graves que pueden afectar a la función sexual, como patología oncológica.

Desde el 1 de Noviembre de 2012 hasta el 31 de Noviembre de 2014, se programan para histerectomía a 299 mujeres. Setenta (23,4%) no cumplen criterios de inclusión: 59 no son sexualmente activas, 4 presentan demencia, 2 no hablan castellano, 1 presenta una hipoacusia que impide la comunicación, 1 se indica por CIN III y 3 pacientes presentan un carcinoma concomitante (una de las pacientes un carcinoma epidermoide en la cara, otra un carcinoma de mama y otra un carcinoma de colon que se va a intervenir al mismo tiempo que la histerectomía). Por tanto, 229 (76,5%) mujeres son candidatas a participar en nuestro estudio.

De las 229 candidatas, 51 no aceptan participar (22,2%). Estas mujeres no son diferentes significativamente de las que participan ni en edad, ni en indicación de la histerectomía, ni en la raza. Las razones por las que no participan son por falta de tiempo, por tener vergüenza al hablar sobre su vida sexual y algunas pacientes simplemente comunicaron no desear participar.

De este modo, 178 (77,7%) participan y se les realiza la primera entrevista. De estas, 1 paciente de 69 años fallece por un ACVA al mes de la cirugía y excluimos a 2 mujeres: una que es diagnosticada de linfoma de Hodking a los 8 meses de la histerectomía y está en tratamiento con quimioterapia y otra cuyo resultado de anatomía patológica tras la histerectomía es de adenocarcinoma de endometrio (se había indicado por útero miomatoso).

Finalmente, 166 pacientes forman parte de nuestro estudio. De estas pacientes todas realizan la primera entrevista, 160 completan también las entrevistas a los 3 y 9 meses de la histerectomía, 5 completan sólo la entrevista a los 3 meses de la cirugía y 1 completa solamente la entrevista a los 9 meses.

La primera entrevista es telefónica en 85 (51,2%) mujeres, por correo en 55 (33,1%) y presencial en 26 (15,6%). La mayoría de las mujeres mantiene la modalidad de realización de la entrevista

a lo largo de todo el estudio, una minoría la varían con más tendencia a cumplimentarla por correo.

Aproximadamente un mes antes de la histerectomía llamamos por teléfono a aquellas mujeres que cumplen los criterios de inclusión para informarles de la existencia del estudio, en qué consiste, que precisa de su consentimiento y que es totalmente confidencial y voluntario

Si la paciente desea participar, se le ofrece realizar la primera entrevista presencial (se cita en la consulta de ginecología), telefónica (se acuerda una cita para llamarla por teléfono y se le envía por correo la hoja informativa y el consentimiento informado firmados por la investigadora principal, con una copia para ella, junto con un sobre franqueado para que devuelva el consentimiento firmado) o por correo, en cuyo caso se envía a la paciente la hoja informativa y el consentimiento informado firmados por la investigadora principal, con la copia para la mujer y la entrevista, junto con un sobre franqueado para que devuelva el consentimiento informado firmado y la entrevista completada.

La primera entrevista consiste en obtener los datos sociodemográficos, los antecedentes médico-quirúrgicos de la mujer y el estudio de la Función Sexual mediante el *Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM®)*.

Una vez llevada a cabo la histerectomía, obtenemos los datos correspondientes a la misma a través de la historia clínica de la paciente.

A los 9 meses de la histerectomía realizamos una nueva entrevista que consiste en unas cuestiones acerca del postoperatorio, de la sintomatología, de la satisfacción con la intervención quirúrgica y de algunos aspectos psicosociales, y se vuelve a evaluar la Función Sexual mediante el *Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM®)* y les preguntamos a las mujeres si han percibido cambio en su Función Sexual y si responden que sí que ha cambiado su vida sexual, les preguntamos si el cambio ha sido a mejor o a peor.

En todo momento se informa a las pacientes de la confidencialidad y se insiste en la voluntariedad y la posibilidad de abandono del estudio sin dar ninguna explicación, al tiempo que se valora y se agradece la colaboración. Del mismo modo, a las participantes que no desean participar o que abandonan el estudio en algún momento se les muestra comprensión y se les da las gracias.

3.2. Cuestionario para evaluar la función sexual: Cuestionario de Función sexual de la Mujer (FSM®) (Anexo I)

Se trata de un cuestionario que puede realizar la mujer por sí misma, validado en España y que tarda en cumplimentarse 5-10 minutos. El hecho de que la mujer pueda realizar por sí misma el cuestionario favorece su sinceridad al preservar su intimidad y permite una exhaustiva exploración de su esfera sexual en un corto espacio de tiempo.

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 (DEAS) puntúan de 1 a 5 o de 1 a 15. Las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones importantes en todas las encuestas (frecuencia sexual, 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). Recoge datos descriptivos acerca del desempeño sexual y resulta útil en la exploración y el diagnóstico de las disfunciones sexuales. Tiene gran capacidad de aproximación diagnóstica al discriminar entre un mayor número de dominios; la pregunta alternativa 7b le confiere mayor potencia diagnóstica puesto que pregunta las razones por las que no se tiene actividad sexual con penetración, si antes se ha contestado eso.

Puede aplicarse a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, de cualquier edad y orientación sexual, precisa haber tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas para poder completarlo (hemos incluido en el estudio a algunas mujeres sexualmente activas que, eventualmente, no han tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas por la patología que las lleva a operarse)..

Muestra fidelidad en la evaluación de las fases de la respuesta sexual (criterios DSM-IV), algo que otros no logran por la época en la que se diseñaron como el *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS)⁴⁹, por valorar sólo alguna fase como el *Sexual Arousal Inventory* (SAI)⁵⁰, o por su reducido número de ítems como la *Arizona Sexual Experiences Scale* (ASEX)⁵¹.

Está adaptado al entorno cultural y validado al español⁵⁴, a diferencia de cuestionarios de estructura similar como el *Female Sexual Function Index* (FSFI)^{62,63}. El FSFI es el cuestionario genérico más utilizado y el más encontrado en la bibliografía científica para valorar la función sexual en la mujer; tiene un total de 19 ítems que evalúan 6 dominios de la DSF y hace hincapié en el dominio del trastorno de excitación sexual femenina, nosotros no lo hemos utilizado porque no está validado en nuestro país.

Otras de las características que nos ha llevado a elegir el FSM[®] es que es un cuestionario de función sexual genérico, útil para la comparación de la función sexual entre grupos de pacientes sin la misma patología. Existen cuestionarios específicos para una patología concreta como por ejemplo el *Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ) que evalúa la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y/o prolapso de órganos pélvicos³⁰.

Los cuestionarios validados son el único instrumento que permite cuantificar los cambios ente antes y después del tratamiento, y evaluar tanto individual como globalmente si el impacto de la aplicación de un determinado tratamiento ha sido positivo, negativo o neutro para la salud sexual de la mujer³⁰.

Los dominios que evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual son:

- **Deseo**, se puntúa entre 1 y 15, y se codifica en Trastorno grave (puntuación entre 1 y 3), Trastorno moderado (puntuación entre 4-7) y Sin trastorno (puntuación entre 8-15).

- **Excitación**, se puntúa entre 1 y 15, y se codifica en Trastorno grave (puntuación entre 1-3), Trastorno moderado (puntuación entre 4-7) y Sin trastorno (puntuación entre 8-15).

- **Lubricación**, se puntúa entre 1 y 5, y se codifica en Trastorno grave (puntuación 1), Trastorno moderado (puntuación 2) y Sin trastorno (puntuación entre 3-5).

- **Orgasmo**, se puntúa entre 1 y 5, y se codifica en Trastorno grave (puntuación 1), Trastorno moderado (puntuación 2) y Sin trastorno (puntuación entre 3-5).

- **Problemas con la penetración vaginal**, se puntúa entre 1 y 15, y se codifica en Trastorno grave (puntuación entre 1-3), Trastorno moderado (puntuación entre 4-7) y Sin trastorno (puntuación entre 8-15).

- **Ansiedad anticipatoria**, se puntúa entre 1 y 5, y se codifica en Trastorno grave (puntuación 1), Trastorno moderado (puntuación 2) y Sin trastorno (puntuación entre 3-5).

Dentro del cuestionario FSM®, también se recogen **Aspectos relacionales** de la sexualidad (como la Iniciativa y Confianza con la pareja) y la evaluación de la **Satisfacción sexual** (Capacidad de disfrutar y Satisfacción general con la vida sexual). Estos ítems han sido considerados de la misma manera, en forma de su puntuación tal y como la proporciona el test; y de forma interpretada, según el propio test.

Los dominios que evalúan los aspectos relacionales de la actividad sexual son:

- **Iniciativa sexual**, se puntúa entre 1 y 5, y se codifica en Ausencia de iniciativa sexual (puntuación 1), Moderada iniciativa sexual (puntuación 2) y Buena iniciativa sexual (puntuación entre 3-5).

- **Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja**, se puntúa entre 1 y 5, y se codifica en Ausencia de confianza para comunicar (puntuación 1), Moderada confianza para comunicar (puntuación 2) y Buena confianza para comunicar (puntuación entre 3-5).

Los dominios que evalúan la satisfacción sexual son:

- **Capacidad de disfrutar con la actividad sexual**, se puntúa entre 1 y 10, y se codifica en Incapaz de disfrutar (puntuación entre 1-2), Moderada capacidad de disfrutar (puntuación entre 3-5) y Buena capacidad de disfrutar (puntuación entre 6-10).

- **Satisfacción con su vida sexual en general**, se puntúa entre 1 y 5, y se codifica en Insatisfacción sexual general (puntuación 1), Moderada satisfacción sexual general (puntuación 2) y Buena satisfacción sexual general (puntuación entre 3-5).

Los dominios de interés descriptivos del test valoran la **Frecuencia** de actividad sexual y la **Actividad sexual con o sin penetración** y por qué. Se ha simplificado así mismo, considerando la actividad sexual sin penetración vaginal como presente o ausente. Estos dominios son:

- **Actividad sexual sin penetración vaginal** (si la hay) y las causas: dolor, miedo, falta de interés, no tener pareja sexual, incapacidad por parte de su pareja.

- **Frecuencia de actividad sexual** a la semana: 1-2 veces, de 3 a 4 veces, de 5 a 8 veces, de 9 a 12 veces, más de 12 veces.

- La existencia o no de **pareja sexual**.

3.3. Otras variables estudiadas

Registraremos los datos sociodemográficos: la edad de la paciente, su raza, si trabaja (recogido como: paro, ama de casa, trabajo remunerado, jubilada) y su nivel de estudios (agrupado como: sin estudios, estudios primarios, secundarios o universitarios).

Realizaremos una anamnesis indagando en posibles enfermedades que puedan afectar a la función sexual como: depresión, anorexia nerviosa, alteración neurológica (que incluye: epilepsia, lesión del lóbulo temporal, tumor hipotalámico o hipofisario, accidente cerebrovascular (ACVA), tumor, esclerosis múltiple y lesión de médula espinal), diabetes mellitus, hipogonadismo, hiperprolactinemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica/arteriosclerosis, HTA, enfisema pulmonar, insuficiencia renal crónica/hemodiálisis, trastorno neurológico degenerativo, artritis/artrosis. Si la alteración tiroidea no es clínica no lo considero enfermedad que puede afectar la FS. Si está correctamente corregido, tampoco.

Recogemos la toma de tratamientos que pueden afectar a la función sexual, como: antihipertensivos, digitálicos, antidepresivos, litio, benzodiazepinas, antipsicóticos, antiepilépticos, levodopa, antihistamínicos H2, antiandrógenos, estrógenos, ketoconazol.

Se registrará si la paciente ha sido sometida a intervenciones quirúrgicas que puedan influir en la función sexual, como: cirugía vaginal, pélvica, colorrectal, mastectomía, ostomías, traumatismo de nervios pelvianos, mutilación genital u otras.

Se anotará si las pacientes tienen hábitos tóxicos como el tabaco, alcohol u otras drogas, y las cantidades de los mismos.

Les preguntaremos sobre sus antecedentes obstétrico - ginecológicos como la paridad, el método de planificación familiar utilizado (nada, coito interrumpido, métodos naturales de control del ciclo, preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma y/o esponja, anticoncepción hormonal con combinado de estrógenos y progesterona, anticoncepción hormonal con sólo progesterona, dispositivo intrauterino (DIU) de cobre o de levonorgestrel (Mirena®)), menopausia, y, en caso de menopausia, si utiliza terapia hormonal sustitutiva y cuál.

Preguntaremos a las pacientes su orientación sexual: heterosexual, homosexual o bisexual.

Valoraremos la indicación de la histerectomía: miomatosis uterina, prolapso genital, metrorragia, patología benigna y premaligna endometrial (pólipo, hiperplasia), dolor abdominal, algias pélvicas, endometriosis u otras. Agrupamos la metrorragia, la patología benigna y premaligna endometrial, el dolor abdominal, las algias pélvicas, la endometriosis o cualquier otra en "otras indicaciones".

También recogemos los síntomas que presenta previos a la intervención: metrorragia, dolor abdominal, síntomas urinarios por compresión, dispareunia, sensación de bulto en genitales, incontinencia urinaria u otros.

Se le ha preguntado a la mujer por el apoyo recibido por parte de la pareja y de la familia ante la histerectomía, recogiendo las respuestas como: nada, poco, suficiente, bien o muy apoyada. Dado las pocas respuestas de nada, se han agrupado las contestaciones de poco o nada.

Igualmente, se le pregunta por la satisfacción con su imagen corporal y su papel como mujer, recogiendo las respuestas como: nada, poco, suficiente, bien o muy apoyada. Dado las pocas respuestas de nada, se han agrupado las contestaciones de poco o nada.

Una vez realizada la intervención, recogeremos las variables relacionadas con la misma: si la histerectomía ha sido total o subtotal (sólo existe un caso de histerectomía subtotal que fue realizada así por la dificultad técnica que conllevaba la histerectomía total dadas las características de ese caso), la vía de abordaje (laparoscopia, vaginal, abdominal, vaginal asistida por laparoscopia), si se asocia ooforectomía biltateral o no, si a la histerectomía se le ha añadido alguna otra cirugía (plastia anterior, plastia posterior, corrección de desgarro perineal, malla suburetral antiincontinencia o alguna otra), los días de ingreso hospitalario, si la anestesia ha sido raquídea o general y si ha habido alguna complicación o reintervención.

A los 9 meses de la cirugía recogeremos los síntomas que presenta tras la intervención, la satisfacción con la misma, evaluaremos la función sexual según el *Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM®)* y, además, preguntaremos a la paciente si cree que su vida sexual ha variado tras la histerectomía y, si ha variado, si ha sido a mejor o a peor.

3.4. Análisis estadístico

Empleamos los datos obtenidos del Cuestionario de Función sexual de la Mujer, de varias formas:

En primer lugar, con la puntuación como nos proporciona el test realizado en cada uno de los dominios que evalúa. Consideramos que se trata de una ordenación, por lo que para su evaluación 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. Consideramos que se trata de 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 que evalúan la presencia de Disfunción Sexual (que son Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, y Ansiedad anticipatoria), y como “algún trastorno” a las que tienen cualquier grado de trastorno en alguno de estos mismos dominios. Otra forma de cualificar ha sido estudiando la presencia de trastorno grave, donde definimos “presencia de trastorno grave” a la presencia de trastorno grave en al menos uno de los estos mismos dominios evaluadores.

Para intentar resumir la existencia de cambios entre la presencia o no de alteración en cada uno de los dominios, damos el valor de 1 a presentar trastorno grave, de 2 a presentar trastorno moderado, y de 3, a la ausencia de trastorno. Creamos una nueva variable que nos permita determinar el cambio, que es el resultado de la sustracción de los resultados en el 9º mes con respecto a la situación previa a la intervención. Esta variable se codifica como “igual” si la sustracción tiene valor 0; como “mejoría” cuando el resultado es positivo (lo que implica el paso de trastorno grave a moderado o sin trastorno, o de trastorno moderado a sin trastorno); y como “empeora” cuando el resultado de la sustracción es un número negativo (lo que implica el cambio entre ausencia de trastorno a cualquier grado de trastorno, o de trastorno moderado a grave).

Los datos se introducirán en una base de datos creada a propósito para este estudio en el programa Microsoft Office y se exportarán al programa SPSS 12.0 (SPSS Inc®, Chicago III, EEUU) con el que se llevará a cabo el análisis estadístico. El nivel de significación estadística ha sido el valor estándar de p menor de 0,05.

Se utilizarán estadísticos descriptivos de acuerdo a métodos de cálculo estándar. Las variables categóricas se mostrarán como frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables cuantitativas gaussianas se indicarán como media, desviación típica, intervalo de confianza al 95%. Las variables cuantitativas no-gaussianas y ordinales se indicarán como mediana y cuartiles.

Dado que la base del estudio es la comparación de diversos resultados de las mismas personas en momentos distintos (antes de la intervención y nueve meses después) 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 test FSM®. Empleamos un modelo lineal general de medidas repetidas, con aproximación multivariante (MANCOVA), con un factor intrasujetos, que son los tres 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 FS.

Los test no paramétricos los hemos empleado para valorar los cambios en el test FSM, al considerar que se trata de una variable que nos proporciona una ordenación. Para comparar los cambios en los tres 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 para modificar la significación estadística.

En caso de comparar proporciones, empleamos el test de McNemar en tablas 2x2, 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.

3.5. Aspectos éticos y financiación

El protocolo del 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 las informó del estudio al indicar la intervención en la consulta, entregándosele una hoja informativa y un consentimiento informado, cuya firma ha sido imprescindible para la participación en el mismo. Se ha insistido en la confidencialidad, en que es totalmente voluntario, en que pueden abandonar cuando quieran el estudio sin dar ninguna explicación y en que nada de lo que hagan influirá en el trato hacia ella.

En la primera entrevista con la paciente se le asignará un número para salvaguardar la privacidad. Todos los datos con información identificable se eliminarán después.

Se mantendrá una confidencialidad estricta y se seguirá la legislación aplicable en materia de protección de datos (Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal).

Este estudio no ha recibido fuentes de financiación. Los principales gastos han sido los derivados de la realización de las entrevistas, sobre todo las realizadas por correo.

4. RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas

La edad media de las mujeres que hemos estudiado es de 50,9 años, con desviación típica de 9,3, con una mediana de 48,50 y límites entre 33 y 78 años.

Cuando examinamos el empleo, encontramos que la mayoría tienen un trabajo remunerado (n=79; 47,6%) o son amas de casa (n=60; 36,1%). Catorce casos (8,4%) están jubiladas y 12 (7,2%), en paro. Sólo hay una persona que es estudiante.

La mayoría de las mujeres tiene algún tipo de estudios: primarios (n=89; 53,6%), secundarios (n=42; 25,3%) y universitarios (n=19; 11,4%). Sólo 16 (9,6%) no poseen estudios.

Todas las mujeres que hemos estudiado son de raza blanca.

4.2. Salud y situaciones relacionadas con la función sexual

En las tablas 3, 4 y 5 podemos ver las mujeres que padecen enfermedades, que toman tratamientos o que han sido expuestas a intervenciones quirúrgicas con posible repercusión sobre la función sexual y la calidad de vida.

Con respecto a las enfermedades, ninguna mujer padece trastornos alimentarios, epilepsia, enfisema pulmonar ni insuficiencia renal crónica. Sólo una presenta alteración neurológica. El resto de enfermedades de nuestras pacientes lo vemos en la tabla 3.

En cuanto a los tratamientos, ninguna paciente toma levodopa, antihistamínicos H2, antiandrógenos ni ketoconazol. Sólo una toma litio. El resto de tratamientos que toman nuestras pacientes aparecen en la tabla 4.

Acerca de las intervenciones quirúrgicas, ninguna paciente fue sometida a cirugía colorrectal, a traumatismos de nervios pélvicos ni a mutilación genital. Podemos ver en la tabla 5 las cirugías que les fueron realizadas a las mujeres de nuestro estudio.

Tabla 3. Frecuencia de aparición de enfermedades que pueden afectar a la función sexual.

Cualquier enfermedad	56 (33,7%)
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%)

La suma de los porcentajes resulta más de 33,7% porque hay mujeres que padecen más de una enfermedad.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Frecuencia de consumo de tratamientos que pueden afectar a la función sexual.

Cualquier tratamiento	54 (32,5%)
Antihipertensivos	35 (21,1%)
Antidepresivos	14 (8,4%)
Benzodiazepinas	14 (8,4%)
Digitálicos	2 (1,2%)
Antiepilépticos	2 (1,2%)
Estrógenos	2 (1,2%)

La suma de los porcentajes resulta más de 32,5% porque hay mujeres que toman más de un tratamiento.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Frecuencia de intervenciones quirúrgicas que pueden afectar a la función sexual.

Cualquier intervención	15 (9%)
Cirugía pélvica	8 (4,8%)
Mastectomía	4 (2,4%)
Cirugía vaginal	3 (1,8%)

Ninguna paciente ha sido sometida a más de una intervención quirúrgica que pueda afectar a la función sexual.

Fuente: elaboración propia.

Al estudiar los hábitos tóxicos, vemos que 41 mujeres fuman (24,7%); veintiuna (12,7%) fuman 10 o más cigarrillos diarios y 20 (12%) fuman menos de 10 cigarrillos diarios. Todas las pacientes refirieron no consumir otras drogas.

Noventa y cuatro mujeres (57%) tuvieron 1 ó 2 partos vaginales, 47 (28,5%) más de 2 partos vaginales, y 24 (14,5%) ningún parto vaginal.

Veintidós mujeres (13,3%) fueron sometidas a una o dos cesáreas, a 143 (86,1%) no se le realizó ninguna cesárea.

Las mujeres en periodo menopáusico y las de edad fértil con su método de planificación familiar lo podemos ver en la tabla 6.

Tabla 6. Mujeres en periodo menopáusico y en periodo fértil. Método de planificación familiar utilizado por las que están en periodo fértil.

	n	Porcentaje con respecto al total
Periodo menopáusico	61	61 (36,7%)
Periodo fértil	105	105 (63,3%)
		Porcentaje con respecto a las mujeres en periodo fértil
Nada	26	24,7%
Preservativo	23	21,9%
Vasectomía	21	20%
ETB	15	14,2%
DIU-LVG	4	3,8%
ACHOs	3	2,8%
CI	2	1,9%
DIU-Cu	2	1,9%
ASG	1	0,9%
Métodos naturales	1	0,9%
No contestan	7	6,6%

ETB: esterilización tubárica bilateral; DIU-LVG:DIU levonorgestrel; ACHOs: anticonceptivos hormonales combinados; CI: coito interrumpido; DIU-Cu: DIU de cobre; ASG: anticonceptivos hormonales de sólo gestágeno; 7 mujeres (4,2%) no contestan esta pregunta.

Fuente: elaboración propia.

En tratamiento con terapia hormonal sustitutiva actualmente hay 2 (1,2%) de las pacientes, y en el pasado lo tomaron 6 (3,6%) del total de pacientes.

Trece mujeres (7,8%) no tienen pareja, 153 (92,2%) sí la tienen.

Sólo 2 (1,2%) mujeres refieren que su orientación es homosexual.

4.3. Indicación y síntomas antes de la histerectomía

La indicación de la histerectomía fue miomatosis en 83 mujeres (50%), prolapso genital en 68 (41%) y otras causas en 15 casos (9%). Estas últimas son: metrorragia, endometriosis, mutación BRCA-2, hiperplasia endometrial y dolor pélvico crónico.

Casi todas tenían algún tipo de síntoma (n=157; 94,6%), podemos ver la presencia de cada uno de ellos en la tabla 7.

Tabla 7. Síntomas que presentaban las mujeres operadas.

Síntomas	n	Porcentaje con respecto al total
Metrorragia	70	42,2%
Sensación bulto en genitales	68	41%
Dolor abdominal	53	31,9%
Síntomas por compresión	38	22,9%
Incontinencia de orina	14	8,4%
Díspareunia	7	4,2%

Los porcentajes suman más de 100 porque alguna tiene más de un síntoma.

Fuente: elaboración propia.

4.4. Apoyo familiar y de pareja, Satisfacción con la imagen corporal y con el Papel como mujer

En las tablas 8 y 9 podemos ver cómo de apoyadas por su pareja y por su familia se sienten las mujeres antes de la cirugía, así como su nivel de satisfacción con su imagen corporal y su papel como mujer.

Tabla 8. Sentimiento de apoyo ante la histerectomía por parte de la pareja y de la familia antes de la cirugía.

Apoyada	Por la pareja	Por la familia
Poco o nada	8 (4,8%)	4 (2,4%)
Suficiente	12 (7,2%)	14 (8,4%)
Bien	43 (25,9%)	41 (24,7%)
Muy apoyada	90 (54,2%)	107 (64,5%)
No pareja	13 (7,8%)	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Satisfacción con la imagen corporal y con el papel como mujer antes de la histerectomía.

Satisfecha	Con la imagen corporal	Con el papel como mujer
Poco o nada	41 (24,7%)	14 (8,3%)
Suficiente	31 (18,7%)	18 (10,8%)
Bien	79 (47,6%)	85 (51,2%)
Muy satisfecha	15 (9%)	49 (29,5%)

Fuente: elaboración propia.

4.5. Función sexual antes de la histerectomía

A 9 mujeres (5,4%) la patología por la que se opera les ha impedido tener actividad sexual en el último mes antes de la cirugía (la tienen habitualmente). Las 157 mujeres restantes (94,6%) sí que han tenido actividad sexual en el último mes.

En la Tabla 10 podemos ver la mediana y los percentiles 25 y 75 de las puntuaciones de cada dominio del test FSM® y en la Tabla 11, los porcentajes de trastorno en cada dominio.

Tabla 10. Puntuación test FSM® antes de la histerectomía.

	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Deseo	7	5,5	10
Excitación	10	7	13
Lubricación	3	3	5
Orgasmo	5	3	5
Problemas con la penetración vaginal	13	10	15
Ansiedad anticipatoria	5	3	5
Iniciativa sexual	2	1	3
Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja	5	2	5
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	9	6	10
Satisfacción con su vida sexual en general	4	3	3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 11. Función sexual antes de la histerectomía.

	n	Trastorno grave	Trastorno moderado	Sin trastorno
Deseo	157	12 (7,6%)	67 (42,7%)	78 (49,7%)
Excitación	155	7 (4,5%)	38 (24,5%)	110 (71%)
Lubricación	155	15 (9,7%)	22 (14,2%)	118 (76,1%)

Orgasmo	154	16 (10,4%)	20 (13%)	118 (76,6%)
Problemas con la penetración vaginal	154	3 (1,9%)	19 (12,3%)	132 (85,7%)
Ansiedad anticipatoria	155	15 (9,7%)	14 (9%)	126 (81,3%)
Iniciativa sexual	156	45 (28,8%)	49 (31,4%)	62 (39,7%)
Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja	157	16 (10,2%)	24 (15,3%)	117 (74,5%)
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	154	10 (6,5%)	26 (16,9%)	118 (76,6%)
Satisfacción con su vida sexual en general	155	9 (5,8%)	12 (7,7%)	134 (86,5%)

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 satisfacción sexual; Sin trastorno = Buena satisfacción sexual.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 12. Actividad sexual con penetración vaginal.

	n	Porcentaje
Sí	134	85,4%
No, por dolor	7	4,5%
No, por no tener pareja	5	3,2%
No, por miedo	4	2,5%
No, por falta de interés	4	2,5%
No, por vergüenza por el bulto	2	1,3%
No, por incapacidad de la pareja	1	0,6%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Frecuencia de actividad sexual.

Veces/mes	n	Porcentaje
1-2	62	40,3%
3-4	44	28,6%
5-8	31	20,1%
9-12	8	5,2%
>12	9	5,8%

Fuente: elaboración propia.

4.6. Variables que pueden influir en la función sexual antes de la histerectomía

Deseo

Vemos que en el Deseo influye la edad, las mayores de 55 años presentan más porcentaje de trastorno que las menores de forma significativa. Influye también el nivel de estudios, cuanto mayor es el nivel de estudios menor es la presencia de trastorno del Deseo. La menopausia ejerce un efecto negativo sobre el Deseo. Cuando la indicación de la histerectomía es por patología de suelo pélvico encontramos más trastorno del deseo que cuando es por miomatosis y otras patologías. Acorde con lo anterior, cuando la mujer presenta sensación de bulto en genitales, como síntoma antes de la histerectomía, presenta más porcentaje de trastorno, mientras que cuando el síntoma es metrorragia, el porcentaje de trastorno es menor de forma significativa. Por último, cuanto menos satisfechas con su imagen corporal están las mujeres más presencia hay de trastorno del Deseo.

Al ajustar por edad, vemos que solamente influyen de forma significativa sobre el Deseo en mujeres menores de 55 años el nivel de estudios y la satisfacción con la imagen corporal.

En resumen, el Deseo está influido por la edad principalmente y, en las menores de 55 años, también por el nivel de estudios y la satisfacción con la imagen corporal.

Excitación

Hay relación del nivel de estudios con el trastorno en la Excitación, cuanto mayor es el nivel de estudios menos trastorno existe. Encontramos también un efecto negativo de la diabetes sobre la Excitación.

Así pues, la existencia o no de trastorno en la Excitación con lo que más se relaciona es con el nivel de estudios y con la presencia de diabetes.

Lubricación

Existe relación entre un mayor nivel de estudios y menor existencia de trastorno en la Lubricación. Cuando la indicación de la histerectomía es por patología de suelo pélvico existe más trastorno grave. En concordancia con lo anterior observamos mayor porcentaje de trastorno grave de la lubricación cuando las mujeres presentan sensación de bulto en genitales antes de operarse.

Orgasmo

Las mayores de 55 años presentan más trastorno grave en el Orgasmo, aunque la significación estadística es límite.

Vemos influencia de la profesión sobre la existencia de trastorno en el Orgasmo, las mujeres con trabajo remunerado o en paro tienen menos trastorno en el Orgasmo, sin embargo las amas de casa y las jubiladas tienen más.

El nivel de estudios también influye en el trastorno en el Orgasmo, a mayor nivel de estudios menor es la existencia de trastorno en el Orgasmo.

Padecer alguna enfermedad que puede afectar a la función sexual vemos que influye en que existe mayor trastorno en el Orgasmo. Concretamente, la depresión y la diabetes mellitus influyen negativamente en el trastorno del Orgasmo.

Tomar algún tratamiento que puede afectar a la función sexual se relaciona con mayor existencia de trastorno en el Orgasmo con una significación estadística límite, pero vemos que la toma de antidepresivos y benzodiazepinas presenta una asociación estadísticamente significativa.

Las mujeres menopáusicas presentan más porcentaje de trastorno en el Orgasmo.

A mayor satisfacción con la imagen corporal menor existencia de trastorno en el Orgasmo.

Al ajustar por edad, siguen influyendo significativamente el padecer una enfermedad que puede afectar a la función sexual, padecer depresión o diabetes mellitus, tomar antidepresivos y tomar benzodiazepinas. Sin embargo, la profesión, el nivel de estudios y la satisfacción con la imagen corporal sólo influyen en las menores de 55 años. La menopausia, al ajustar por edad, deja de ser significativa.

Problemas con la penetración vaginal

No encontramos ninguna relación significativa de ninguna variable con los Problemas en la penetración.

Vemos que trastornos graves de la Penetración sólo hay en menopáusicas, pero la significación es límite.

Cuando la indicación es por patología del suelo pélvico observamos más trastorno grave. Así como cuando la mujer antes de operarse tiene sensación de bulto en genitales (acorde con lo anterior) o dispareunia.

Ansiedad anticipatoria

Existe influencia del nivel de estudios, a mayor nivel de estudios menos probabilidad de trastorno de Ansiedad anticipatoria. Se observa más presencia de trastorno grave de la Ansiedad anticipatoria en mujeres con sensación de bulto en genitales, existe relación pero no alcanza la significación estadística. También observamos que a mayor satisfacción con la imagen corporal, menor es la presencia de Trastorno de Ansiedad anticipatoria, esto alcanza significación estadística en menores de 55 años. Así mismo, a mayor satisfacción con su papel como mujer, menor porcentaje de trastorno de Ansiedad anticipatoria.

Iniciativa sexual

Hay relación de la edad sobre la Iniciativa sexual, las mayores de 55 años tienen significativamente menos iniciativa que las menores de 55 años. También existe relación de la profesión con la Iniciativa, las mujeres que trabajan en la casa y las jubiladas tienen menos iniciativa que las que tienen un trabajo remunerado o están en paro. Asimismo existe relación con el nivel de estudios, las pacientes con mayor nivel de estudios presentan mejor Iniciativa sexual. Padecer enfermedades con posible repercusión sobre la función sexual disminuye la iniciativa sexual con una significación límite, siendo significativa la diabetes. La menopausia se relaciona con menor iniciativa sexual. La indicación de la histerectomía por patología de suelo pélvico influye negativamente en la Iniciativa sexual. De los síntomas previos a la cirugía, la sensación de bulto en genitales y la incontinencia de orina se relacionan con peor Iniciativa sexual. La satisfacción con el papel como mujer tiene una relación con la Iniciativa sexual en el límite de la significación estadística, a mayor satisfacción, mejor es la iniciativa

Al ajustar por edad, vemos que, en las menores de 55 años, influye sobre la Iniciativa sexual la profesión, el nivel de estudios, la incontinencia de orina, la satisfacción con la imagen corporal y con el papel como mujer. Mientras que en las mayores de 55 años ninguna variable influye, sólo la edad.

Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja

Vemos que la edad influye sobre la Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja, las mayores de 55 años tienen menos confianza. También influye el nivel de estudios, a mayor nivel de estudios, mayor es la confianza. Padecer enfermedades que pueden afectar a la función sexual repercute negativamente sobre la Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja, y, concretamente, la depresión afecta significativamente a la confianza. En consonancia con lo anterior, la toma de antidepresivos predispone a tener una menor Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja. El apoyo de la pareja influye sobre la Confianza, cuanto más apoyada se siente por su pareja ante la histerectomía más Confianza para comunicar preferencias sexuales tiene.

Al ajustar por edad, vemos que en menores de 55 años influye solamente el nivel de estudios, padecer depresión y la toma de antidepresivos sobre la Confianza. Y en mayores de 55 años lo que afecta es el apoyo de la pareja ante la histerectomía, a menor apoyo menor Confianza.

Capacidad de disfrutar con la actividad sexual

Hay relación de la edad con la Capacidad de disfrutar con la actividad sexual, las mayores de 55 años presentan mayor incapacidad para disfrutar que las menores. Las mujeres con mayor nivel de estudios presentan mayor Capacidad de disfrutar. Padecer enfermedades que pueden afectar a la función sexual afecta negativamente a la Capacidad de disfrutar, vemos que las mujeres que padecen depresión y diabetes tienen menos capacidad de disfrutar. Tomar antidepresivos disminuye la Capacidad de disfrutar. La menopausia se relaciona con menor Capacidad de disfrutar. La indicación de la histerectomía por patología del suelo pélvico se relaciona con menor Capacidad para disfrutar. La sensación de bulto en genitales antes de la cirugía influye en tener menor Capacidad para disfrutar. A mayor satisfacción con su imagen corporal las mujeres presentan mayor Capacidad de disfrutar.

Al ajustar por edad, vemos que en las menores de 55 años influye el nivel de estudios y la satisfacción con la imagen corporal, mientras que en las mayores de 55 años influye el padecer enfermedades que pueden afectar a la función sexual y, concretamente, padecer diabetes. Todas las demás variables que hemos visto que influían, al ajustar por edad, comprobamos que es debido a esta última.

Satisfacción con su vida sexual en general

Padecer diabetes se relaciona con menor Satisfacción con la vida sexual en general. La satisfacción con la imagen corporal se relaciona con la Satisfacción con su vida sexual en general, a mayor satisfacción con la imagen mayor satisfacción con la vida sexual.

Frecuencia de actividad sexual

Existe relación entre padecer depresión y tomar antidepresivos y tener una menor Frecuencia de actividad sexual.

4.7. Cirugía realizada

Todas las histerectomías han sido totales, excepto un subtotal por dificultades técnicas.

La vía de abordaje ha sido abdominal en 73 mujeres (44%), vaginal en 88 (53%) vía y laparoscópica en 5 (3%) laparoscópicas.

En 19 casos (11,4%) se ha realizado ooforectomía bilateral.

En la tabla 14 podemos ver los casos en los que se ha realizado cirugía de suelo pélvico añadida a la histerectomía.

Tabla 14. Cirugía de suelo pélvico añadida a la histerectomía.

Cualquier cirugía SP	58 (34,9%)
Plastia anterior	50 (30,1%)
Corrección desgarró perineal	20 (12%)
Plastia posterior	14 (8,4%)
TOT	3 (1,8%)

Los porcentajes suman más de 34,9% porque a algunas pacientes se les ha realizado más de una técnica.

SP: suelo pélvico; TOT: banda transobturadora para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Fuente: elaboración propia.

La anestesia ha sido raquídea en 90 mujeres (54,2%) y general en 76 (45,8%).

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

4.8. Situación a los 9 meses de la histerectomía

4.8.1. Síntomas tras la histerectomía y satisfacción con los resultados

En 118 pacientes (74,7%) desaparecen totalmente los síntomas por los que se operaba. Cuatro mujeres (2,5%) refieren presentar los mismos síntomas que la llevaron a operarse. El resto refieren disminución considerable, sin desaparición completa.

A los 9 meses de la cirugía, 136 (82%) mujeres no presentaba ningún síntoma nuevo, mientras que 25 (15%) sí. Los síntomas fueron: síntomas climatéricos (n=8; 4,8%), dolor en la cicatriz (n=5; 3%), dolor abdominal (n=4; 2,4%), anomalías urinarias (n=2; 1,2%), hemorragia (n=2; 1,2%), dispareunia (n=2; 1,2%), sensación de bulto en genitales (n=2; 1,2%). Cinco pacientes (3%) no responden.

A los 9 meses, 144 mujeres (86,7%) están satisfechas con los resultados de la histerectomía, 17 (10,2%) no lo están y 5 mujeres (3%) no contestan.

4.8.2. Función sexual

A los 9 meses de la cirugía, la patología por la que se opera o las secuelas de la cirugía impiden tener actividad sexual (en mujeres sexualmente activas) a 3 mujeres (1,8%). 156 mujeres (94%) sí que han tenido actividad sexual en el último mes antes de realizar el cuestionario y 7 mujeres (4,2%) no contestan a los 9 meses.

En la Tabla 15 podemos ver la mediana y percentiles de la puntuación en cada dominio del test FSM® y en la Tabla 16, la existencia de trastorno grave, moderado o ausencia de trastorno en todos los dominios evaluadores de la actividad sexual a los 9 meses de la histerectomía.

Tabla 15. Puntuación test FSM® a los 9 meses de la histerectomía.

	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Deseo	8	6	10
Excitación	11	7	13
Lubricación	4	2	5
Orgasmo	4	3	5
Problemas con la penetración vaginal	14	10	15
Ansiedad anticipatoria	5	4	5
Iniciativa sexual	2	1,5	3
Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja	5	3	5
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	8	6	10
Satisfacción con su vida sexual en general	4	3	4

Fuente: elaboración propia.

Tabla 16. Función sexual a los 9 meses de la histerectomía.

	n	Trastorno grave	Trastorno moderado	Sin trastorno
Deseo	157	10 (6,4%)	57 (36,3%)	90 (57,3%)
Excitación	154	4 (2,6%)	35 (22,7%)	115 (74,7%)
Lubricación	154	12 (7,8%)	30 (19,5%)	112 (72,7%)
Orgasmo	153	14 (9,2%)	12 (7,8%)	127 (83%)
Problemas con la penetración vaginal	154	3 (1,9%)	8 (5,2%)	143 (92,9%)
Ansiedad anticipatoria	154	14 (9,1%)	4 (2,6%)	136 (88,3%)
Iniciativa sexual	153	38 (24,8%)	42 (27,5%)	73 (47,7%)
Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja	154	11 (7,1%)	19 (12,3%)	124 (80,5%)
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	153	11 (7,2%)	15 (9,8%)	127 (83%)
Satisfacción con su vida sexual en general	153	8 (5,2%)	9 (5,9%)	136 (88,9%)

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 satisfacción sexual; Sin trastorno = Buena satisfacción sexual.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 17. Actividad sexual con penetración vaginal a los 9 meses de la histerectomía.

	n	Porcentaje
Sí	141	90,4%
No, por dolor	3	1,9%
No, por no tener pareja	5	3,2%
No, por miedo	1	0,6%
No, por falta de interés	1	0,6%
No, por vergüenza por el bulto	0	0%
No, por incapacidad de la pareja	5	3,2%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 18. Frecuencia de actividad sexual a los 9 meses de la histerectomía.

Veces/mes	n	Porcentaje
1-2	45	29,2%
3-4	45	29,2%
5-8	41	26,6%
9-12	13	8,4%
>12	10	6,5%

Fuente: elaboración propia.

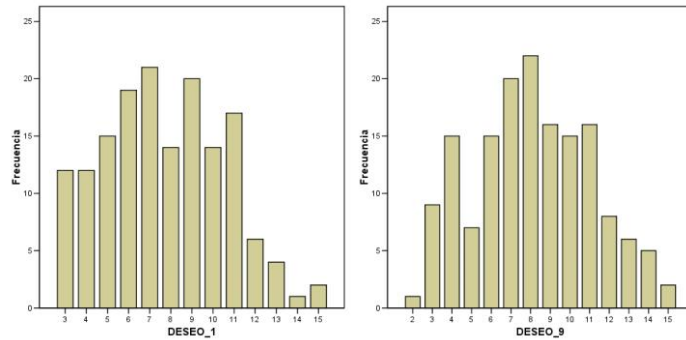
4.9. Cambios en la función sexual tras la histerectomía

4.9.1. Cambios según el Cuestionario de Función Sexual (FSM®)

Para valorar los cambios que se producen tras la histerectomía, vamos a comparar los resultados de la puntuación de los distintos dominios que se evalúan en el cuestionario FSM® entre la entrevista realizada antes de la histerectomía y la que se realiza a los 9 meses.

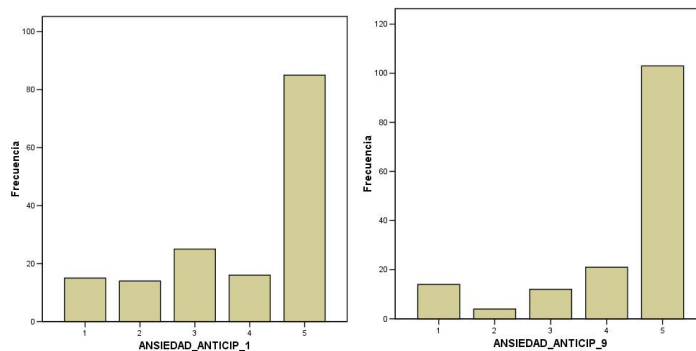
De forma global, podemos decir que nos encontramos con un incremento en la puntuación en alguno de los dominios, mientras que no lo hay en otros. En ningún caso, nos hallamos una disminución en las puntuaciones. En la Figura 8 observamos que hay un cambio significativo en la puntuación de Deseo ($p=0,003$). Un cambio semejante lo vemos en el estudio de la Ansiedad anticipatoria, ($p=0,0001$) en la Figura 9.

Figura 8. Frecuencia de las puntuaciones del dominio Deseo del test FSM® antes y a los 9 meses de la histerectomía.



Fuente: elaboración propia.

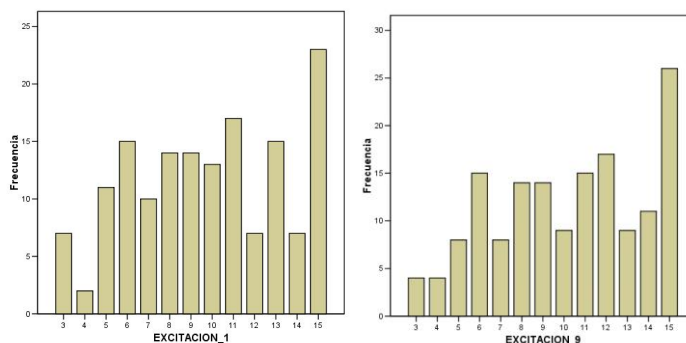
Figura 9. Frecuencia de las puntuaciones del dominio Ansiedad anticipatoria del test FSM® antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía.



Fuente: elaboración propia.

Las puntuaciones en la Excitación (Figura 10) y la Frecuencia de actividad sexual también cambian significativamente ($p=0,02$ y $0,004$, respectivamente).

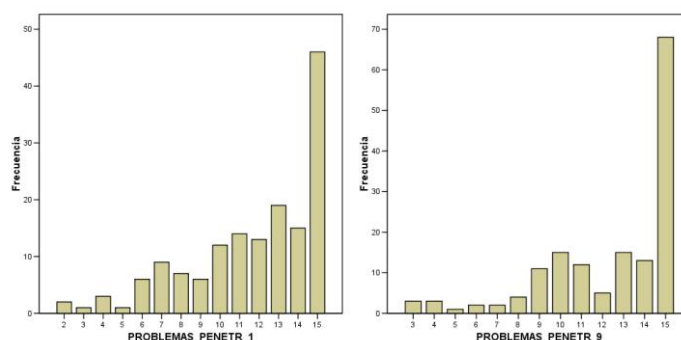
Figura 10. Frecuencia de las puntuaciones del dominio Excitación del test FSM® antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía.



Fuente: elaboración propia.

En el dominio **Problemas con la penetración vaginal** nos encontramos con cambios a mejor ($p=0,0001$) que podemos ver en la Figura 11.

Figura 11. Frecuencia de las puntuaciones del dominio Problemas con la penetración vaginal del test FSM® antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía.



Fuente: elaboración propia.

No hay cambios en los dominios de Lubricación, Orgasmo, Iniciativa sexual, Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja, Capacidad de disfrutar con la actividad sexual y en la Satisfacción con su vida sexual en general.

Hemos evaluado el cambio también comparando la existencia o no de cambios, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de trastornos en cada uno de los dominios, entre antes y a los 9 meses de la histerectomía (Tabla 19).

Tabla 19. Cambios entre la presencia o no de trastorno según el test FSM® comparando entre antes y a los 9 meses de la histerectomía.

	Peor	Igual	Mejor
Deseo	12,8%	65,5%	21,6%
Excitación	9%	77,9%	13,1%
Lubricación	15,2%	72,4%	12,4%
Orgasmo	5,6%	82,6%	11,8%
Problemas con la penetración vaginal	2,8%	86,1%	11,1%
Ansiedad anticipatoria	6,9%	85,5%	14,5%
Iniciativa sexual	15,2%	61,4%	23,4%
Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja	6,8%	79,6%	13,6%
Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	7,6%	78,5%	13,9%
Satisfacción con su vida sexual en general	6,2%	84,2%	9,6%
Frecuencia de actividad sexual	18,6%	46,2%	35,2%

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 20 podemos ver un aumento de Actividad sexual con penetración del 86,5% al 91,9% tras 9 meses de la histerectomía.

Tabla 20. Actividad sexual con penetración antes y a los 9 meses de la histerectomía.

Antes de la HT	A los 9 meses de la HT		
	No	Sí	
No	10	10	20 (13,5%)
Sí	2	126	128 (86,5%)
	12 (8,1%)	136 (91,9%)	

p=0,03; HT: histerectomía

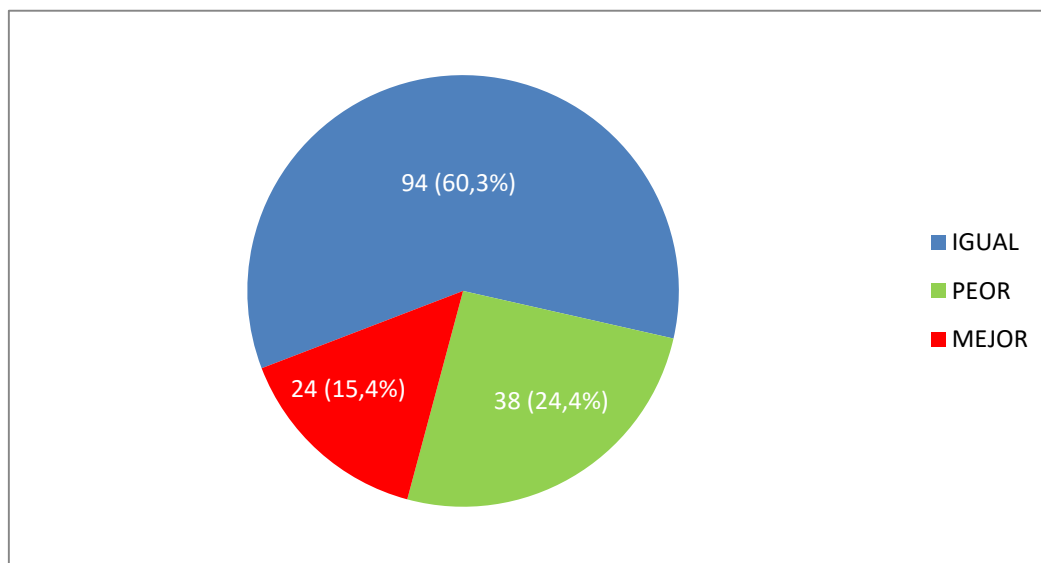
Fuente: elaboración propia.

4.9.2. Cambios según la percepción subjetiva de la mujer

A parte del instrumento de medida de la Función sexual que hemos utilizado (*Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM*[®]), hemos querido saber cómo creen las mujeres que ha variado su vida sexual a los 9 meses de la histerectomía.

En la Figura 12 vemos que el 60,3% de las mujeres perciben que su vida sexual no varía después de la histerectomía. El 24,4% de ellas piensa que su vida sexual empeora y el 15,4% que mejora.

Figura 12. Respuesta de las mujeres a la pregunta: ¿Crees que tu vida sexual después de 9 meses de la histerectomía es igual, peor o mejor?



Fuente: elaboración propia.

Cuando las pacientes respondieron que sí que había variado, tanto a mejor como a peor, se les realizó una pregunta abierta para saber las causas que podemos ver en la Tabla 20.

Tabla 21. Respuesta de las mujeres a la pregunta: ¿Cómo crees que ha variado tu vida sexual tras 9 meses de la histerectomía?

	n	Porcentaje
Igual	95	59,7%
Peor por disminución del deseo	20	12,8%
Peor por dolor en introito	6	3,9%
Peor por menos orgasmos y menos intensos	5	3,2%
Peor por sequedad vaginal	3	2%
Peor por dolor abdominal	2	1,2%
Peor porque le cuesta más excitarse	2	1,2%
Peor por miedo a que empeoren o vuelvan los síntomas al tener actividad sexual	2	1,2%
Mejor por desaparición de los síntomas	22	13,8%
Mejor por no tener miedo a embarazo	2	1,2%

No coinciden los porcentajes totalmente con la Figura 42 porque alguna mujer contestó la primera pregunta pero no la segunda.

Fuente: elaboración propia.

Quince mujeres, ante la pregunta abierta de ¿Cómo crees que ha variado tu vida sexual tras 9 meses de la histerectomía? dieron respuestas más amplias y las hemos recogido textualmente. Aquéllas mujeres que percibieron empeoramiento por disminución en el deseo comentaron:

- "Tengo menos deseo y he engordado bastante. También tengo una cicatriz horrible que me parte el vientre y me lo dobla por la mitad".
- "Ha variado en: falta de deseo sexual y dolor y miedo en la penetración".
- "Ya no tengo pareja. Aun así no siento ningunas ganas de excitarme, de hacer el amor. No me apetece el sexo".
- "Mi vida sexual ha empeorado. Nunca o casi nunca tengo ganas y me siento mal".

Las que percibieron empeoramiento por dolor en el introito al intentar la penetración vaginal expresaron:

- "Mi vida sexual ha variado a peor, antes tenía una vida sexual normal y estaba satisfecha, actualmente es imposible la penetración; me han cerrado mucho". (A esta paciente la llamé por teléfono a los 18 meses de la intervención y me comunicó que su vida sexual había vuelto a ser como antes, que ya no tenía ningún problema a la hora de la penetración).

- "No puedo hacerlo por dolor en la penetración" (plastia posterior).

Otras advirtieron empeoramiento por tener menos orgasmos y que estos fueran menos intensos:

- "Mi vida sexual ha ido a peor después de la operación. Noto como que el orgasmo es menos intenso".

- "Mi sexualidad ha variado a peor, me cuesta más llegar al orgasmo".

- "No noto nada con la penetración y no consigo llegar al orgasmo sin estimulación del clítoris. Ahora no tengo placer con la penetración, es como si lo tuviera dormido". (Paciente a la que se le ha realizado plastia anterior, plastia posterior y corrección de desgarró perineal).

Otras, achacaron el empeoramiento a tener miedo por si los síntomas de antes de operarse volvían al tener actividad sexual:

- "La vida sexual ha ido a peor por miedo a si se me sale más el bulto, porque después de la cirugía sigo con el bulto, me han dicho que me he quedado con la vejiga baja".

Las pacientes que observaron mejoría, lo atribuyeron a la desaparición de los síntomas que tenían antes de operarse:

- "Mi vida sexual ha mejorado porque antes estaba condicionada por los sangrados. Además, desde la operación, los orgasmos son más intensos".

- "Ha mejorado, porque estoy más tranquila, cómoda, sin sangrados".

- "Mi vida sexual antes de la operación, no tenía vida, ya que con tantos problemas de salud, y el sangrado tan frecuente y excesivo hacía imposible mantener relaciones sin consecuencias a posteriori. Ahora mi vida es prácticamente normal, disfrutamos mi marido y yo como hacía tiempo que no lo hacíamos, ya que el que hayan desaparecido esos problemas horribles de salud, tras la operación, nos da tranquilidad y seguridad de que no va a haber consecuencias hacia mi persona".

- "No sangro y no tengo dolor, con lo que me apetece más".

El resto de las pacientes que mejoraron lo relacionaron con la ausencia de miedo al embarazo tras la histerectomía:

- "He mejorado en la sexualidad porque ahora no tengo miedo de quedarme embarazada".

4.10. Comparación de los cambios según el instrumento de medida FSM® versus los cambios percibidos por la mujer

Tabla 22. Comparación entre la variación subjetiva de la vida sexual con los dominios del cuestionario de FSM®.

	A peor	Igual	Mejor
DESEO	0,14	AUMENTO (0,002)	AUMENTO (<0,0001)
EXCITACIÓN	DESCENSO (0,002)	AUMENTO (0,005)	AUMENTO (0,002)
LUBRICACIÓN	DESCENSO (0,01)	AUMENTO (0,08)	0,21
ORGASMO	0,62	0,42	0,22
PENETRACIÓN	0,68	AUMENTO (<0,0001)	AUMENTO (<0,0001)
ANSIEDAD	0,59	AUMENTO (0,001)	AUMENTO NS (0,054)
INCIATIVA	DESCENSO (0,01)	AUMENTO (0,007)	AUMENTO (0,01)
CONFIANZA	0,77	0,11	0,87
DISFRUTAR	0,39	0,28	0,28
SATISFACCIÓN	DESCENSO (0,02)	AUMENTO (0,001)	0,12
FRECUENCIA	DESCENSO NS (0,28)	AUMENTO (0,001)	AUMENTO (0,01)

FSM: Función sexual de la mujer; NS: no significativo

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 21 vemos que la percepción subjetiva que tienen las mujeres de cómo ha variado su vida sexual es independiente de la puntuación obtenida en el test en los dominios de ORGASMO, CONFIANZA para comunicar preferencias sexuales a la pareja y CAPACIDAD DE DISFRUTAR con la actividad sexual.

Cuando las mujeres tienen la sensación de que su vida sexual ha empeorado, ha disminuido la puntuación en los campos de Excitación, Lubricación, Iniciativa sexual, Satisfacción general, y Frecuencia de actividad sexual (esta última no significativa)

La mejoría se relaciona con incrementos en la puntuación de Deseo, Excitación, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria (no significativa), Iniciativa sexual y Frecuencia de actividad sexual.

Es interesante que aquellas mujeres que refieren que su vida sexual no ha cambiado, han mejorado en puntuación en el test FSM® en Deseo, Excitación, Lubricación, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria, Iniciativa, Satisfacción general y Frecuencia de actividad sexual. Curiosamente las que refieren que su vida sexual es igual presentan mejoría en más dominios que las que refieren que ha mejorado.

La opinión subjetiva de la mujer se relaciona principalmente con la Excitación, la Iniciativa sexual y la Frecuencia de las relaciones sexuales.

4.11. Influencia de distintas variables en la percepción subjetiva de las mujeres de la variación de su vida sexual a los 9 meses de la histerectomía

La profesión influye significativamente, como podemos ver en la Tabla 22, las amas de casa y las jubiladas perciben más empeoramiento que el resto.

También vemos que la ooforectomía bilateral influye, puesto que perciben más empeoramiento que a las que no se les realiza, de hecho ninguna percibe mejoría de las sometidas a ooforectomía (Tabla 23).

La profesión y la ooforectomía bilateral sólo influyen en las menores de 55 años.

Tabla 23. Influencia de la profesión sobre la Variación en la vida sexual a los 9 meses tras la histerectomía.

	n	Peor	Igual	Mejor
Paro	11	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0 (0%)
Ama de casa	58	20 (34,5%)	33 (56,9%)	5 (8,6%)
Trabajo remunerado	78	12 (15,4%)	50 (64,1%)	16 (20,5%)
Jubilada	12	5 (41,7%)	4 (33,3%)	3 (25%)

p=0,04

Fuente: elaboración propia.

Tabla 24. Influencia de la ooforectomía bilateral sobre la Variación en la vida sexual a los 9 meses tras la histerectomía.

	n	Peor	Igual	Mejor
No ooforectomía bilateral	143	32 (22,4%)	87 (60,8%)	24 (16,8%)
Sí ooforectomía bilateral	17	9 (52,9%)	8 (47,1%)	0 (0%)

p=0,004

Fuente: elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

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

Las variables que influyen en la Función sexual antes de la histerectomía, podemos decir que son principalmente la EDAD, los FACTORES CULTURALES, las ENFERMEDADES, la PATOLOGÍA DE SUELO PÉLVICO y la SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

La EDAD ejerce influencia en prácticamente todos los dominios de la Función sexual, a más edad, la puntuación en los dominios evaluadores de la Función sexual es menor.

Los FACTORES CULTURALES, como es el nivel de estudios, llama la atención, porque ejerce influencia sobre la mayoría de los dominios de la Función sexual, a mayor nivel de estudios, observamos puntuaciones más altas. La Profesión (mejor función sexual las que tienen trabajo remunerado o están en paro, comparado con las amas de casa y jubiladas) va a influir sobre el Orgasmo y la Iniciativa sexual.

En aquellos dominios en los que el nivel de estudios no ejerce su influencia (Orgasmo, Satisfacción general y Frecuencia de actividad sexual) la van a ejercer la presencia de ENFERMEDADES, sobretodo DEPRESIÓN y DIABETES, y la toma de ANTIDEPRESIVOS, de manera negativa.

Y en los Problemas con la penetración vaginal, lo que más vemos que influye es la presencia de PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO con sensación de bulto en genitales y la menopausia, que empeorarán la puntuación.

La SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL influirá en el Deseo, Orgasmo, Ansiedad anticipatoria, Iniciativa, Capacidad de disfrutar y Satisfacción con la vida sexual en general; a más satisfacción, mejor Función sexual.

La Satisfacción con el papel como mujer influirá sobre la Ansiedad anticipatoria y la Iniciativa, a más satisfacción, mejores puntuaciones.

Sentirse apoyada por su pareja ante la cirugía repercute en mayor Confianza con la pareja para comunicarle preferencias sexuales en las mayores de 55 años.

El que la edad, las enfermedades⁶⁴ y, concretamente, la depresión³² influyen sobre la función sexual es algo demostrado en multitud de investigaciones. McPherson también observa que a más edad existe más prevalencia de problemas psicosexuales¹⁹.

Coincidimos plenamente con Laumann, que encuentra un 43% de disfunción sexual femenina, que se asocia principalmente con la edad y con el nivel de estudios. Es más frecuente entre mujeres con pobre salud física y emocional y se asocia con la calidad de vida⁶⁵.

Sin embargo, Rosen no encuentra influencias del nivel de estudios sobre la función sexual. Los factores que más influyen en la satisfacción sexual, según su investigación sobre 329 mujeres entre 18 y 73 años, son la edad y el estado de relación de pareja⁶⁶.

Pauls en su revisión también observa que las mujeres con prolapso genital tienen peor satisfacción con su imagen corporal y peor función sexual¹⁵.

Antes de la histerectomía, entre los dominios que evalúan la Respuesta sexual, el que más trastorno grave presenta es el Orgasmo (10,4%) y el que menos, los Problemas con la penetración vaginal (1,9%). La Lubricación y la Ansiedad anticipatoria presentan un 9,7% de trastorno grave, el Deseo 7,6% (si unimos trastorno grave con moderado tendríamos un 50,3% de prevalencia de trastorno del deseo, Lermann encuentra una prevalencia de trastorno por deseo sexual hipoactivo del 23-37%¹⁰) y la Excitación, 4,5%. Un 28,8% tienen Ausencia de iniciativa y un 10,2% Ausencia de confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja. Un 6,5% presentan Incapacidad para disfrutar con la actividad sexual y un 5,8% se consideran Insatisfechas con su vida sexual en general.

Llama la atención que el 86,5% de las mujeres tienen Buena satisfacción sexual, sin embargo, el 59,5% presentan trastorno grave o moderado en alguno de los dominios que evalúan la respuesta sexual. Sólo un 40,5% no tiene trastorno antes de operarse. Coincidimos así con Cruz Navarro⁵⁴, que concluye que en su población hay alta tasa de disfunción sexual con baja sensación de insatisfacción. Coincidimos también con Basson en la complejidad de la respuesta sexual femenina, ya que, por ejemplo, muchas mujeres describen el resultado de su experiencia sexual como satisfactorio, incluso "saciantes" sin necesidad de experimentar orgasmo. En cambio, otras mujeres, para estar satisfechas, pueden necesitar experimentar varios orgasmos o un orgasmo muy intenso³².

Como hemos visto, el 59,5% tiene algún trastorno antes de operarse, es un porcentaje mayor que el que encuentra Cruz Navarro, que observa algún tipo de disfunción sexual en el 30% de las mujeres (350 mujeres en España con el test de función sexual FSM[®])⁵⁴. Es posible que esto se deba a que el 94,6% de nuestras mujeres presentan sintomatología que las lleva tener indicada una histerectomía, pero fundamentalmente influirá el hecho de que la edad media de las participantes de su estudio es 33,5 años mientras que la nuestra es 50,9, ya que después de la histerectomía el 52,7% sigue presentando algún trastorno. Laumann, sin embargo, encuentra un 43% de disfunción sexual femenina⁶⁵.

La edad media de nuestras mujeres participantes es similar a los trabajos de Gütl, Lermann y Roussis^{10,67,68}; y, en general, algo más alta que la mayoría de estudios en los que la edad media está alrededor de los 44 - 48 años^{11-13,16,18,19,21}. El que la media de edad sea algo mayor podría influir en la función sexual, encontrando menos cambio a mejor tras la histerectomía.

A los 9 meses de la histerectomía, entre los dominios que evalúan la Respuesta sexual, el que más trastorno grave presenta es el Orgasmo (9,2%) y el que menos los Problemas con la penetración vaginal (1,9%), como antes y a los 3 meses de la histerectomía. La Lubricación presenta un 7,8% y la Ansiedad anticipatoria presentan un 9,1% de trastorno grave, el Deseo 6,4% y la Excitación 2,6%. Vemos una disminución de trastorno grave en todos los dominios.

Presentan Ausencia de iniciativa el 24,8% de la población y Ausencia de confianza el 7,1%.

Un 7,2% presentan Incapacidad para disfrutar con la actividad sexual y un 5,2% se consideran Insatisfechas con su vida sexual en general.

El 88,9% de las mujeres dicen que tienen Buena satisfacción sexual, un 2,4% más que antes de la histerectomía.

El 90,4% tienen actividad sexual con penetración, las que no la tienen es principalmente por no tener pareja (3,2%) o por incapacidad de la pareja (3,2%). Aumenta el porcentaje de actividad con penetración y las principales razones para no tenerla ya no dependen de la mujer.

El 29,2% tienen actividad sexual 1 o 2 veces por semana y un 6,5% más de 12 veces por semana.

Los cambios de la Función sexual tras la histerectomía, según el test FSM[®], que hemos observado son a mejor en algunos de los dominios evaluadores de la actividad sexual como Deseo, Excitación, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria y Frecuencia de actividad sexual. En el resto de dominios no encontramos cambios (Lubricación, Orgasmo, Iniciativa sexual, Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja, Capacidad de disfrutar con la actividad sexual y Satisfacción con la vida se cual en general).

Coincidimos con Punushapai que, tras histerectomía abdominal, observa incremento del deseo, disminución de la dispareunia (que coincidiría en nuestro test con mejoría en los problemas con la penetración vaginal) y aumento de la frecuencia de coitos⁶⁸. Lermann, sin embargo, al estudiar el trastorno del deseo sexual hipoactivo, no ve que se modifique tras la histerectomía, ni que la vía de abordaje influya en el mismo¹⁰.

El que, tras la histerectomía, encontremos mejoría en la mayoría de los dominios y ningún cambio en el resto, es acorde con gran parte de la bibliografía consultada^{14,59,69,70,71,72}. Según Helström, la eliminación de los síntomas es la principal causa de la mejoría en la función sexual⁷³. Richards refiere que al eliminar el miedo al embarazo, aumenta la libido⁷⁴. Las respuestas que dan las mujeres a por qué mejora su vida sexual coinciden plenamente con estos dos autores, la mayoría dicen que porque desaparecen los síntomas y una pequeña proporción lo achacan a que ya no tienen miedo al embarazo.

Weber en su estudio encuentra que las mujeres experimentan altos grados de satisfacción y que no hay cambios en la función sexual tras la histerectomía abdominal por indicación benigna⁷⁵. Acorde con la revisión de Yazbeck que concluye que la histerectomía no afecta adversamente a la función sexual⁷⁶. La histerectomía por causa benigna parece ser que 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 autoimagen⁷⁷. 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 llevan asociada ooforectomía bilateral hallan empeoramiento; por otro lado, tras la cirugía de suelo pélvico encuentran algo más de dolor cuando se realizaron colporrafias posteriores¹⁵.

Nuestros resultados difieren de los encontrados por Ercan⁷⁸ que observa 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. Pensamos que este estudio tiene dos factores muy importantes a tener en cuenta a la hora de tomar con cautela los resultados: el primero es que el grupo de histerectomía

vaginal tiene una edad media superior al resto que, podría, por sí misma explicar, al menos en parte, el acortamiento vaginal; el segundo es que utiliza el PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire) cuando la patología por la que se operan las mujeres es diversa, no sólo patología de suelo pélvico, es un cuestionario específico y lo aplican en general.

También diferimos de los resultados del estudio llevado a cabo por Goktas que encuentra deterioro de la función sexual y aumento de la depresión tras la histerectomía, pero se ha de tener en cuenta que en este estudio a todas las mujeres se les realiza ooforectomía bilateral, mientras que nosotros sólo al 11,4%, y, como sabemos y hemos revisado en la introducción, la ooforectomía bilateral afecta negativamente a la Función sexual; ocurre lo mismo con estudio de Celik que encuentra empeoramiento de la función sexual tras la histerectomía pero está realizado en postmenopáusicas y en todas realizan ooforectomía bilateral^{18,79}.

Tampoco coincidimos con Sobral Portela, en su revisión concluye que encuentra problemas importantes en la Función sexual tras la histerectomía, sobre todo cuando la vía es vaginal. A tener en cuenta, mezclan histerectomías totales, subtotales y radicales; patología benigna con patología maligna y preservación con extirpación de los ovarios⁶¹.

Rodríguez observa 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 (nosotros, como ya hemos dicho, 11,4%) lo cual ya sabemos que puede ejercer efectos negativos sobre la función sexual, y no evalúan a las mujeres antes y después de la histerectomía, sino que les hacen una entrevista al año de la histerectomía simplemente⁸⁰.

Tampoco coincidimos con McPherson, en su estudio compara población que presenta metrorragia disfuncional y se le realiza ablación endometrial o histerectomía. Incluyen en el estudio el 80% de las ablaciones y el 45% de las histerectomías. Sus hallazgos son contrarios a los nuestros puesto que ellos observan que tras la histerectomía empeora la función sexual al compararlo con la ablación. Las histerectomías llevan asociada ooforectomía bilateral en el 40% de los casos¹⁹.

Nuestros resultados no son acordes con Poad, que realiza un cuestionario a 55 mujeres con histerectomía más cirugía de suelo pélvico, después de la cirugía y estudia el deseo, la lubricación, la dispareunia, el orgasmo y la frecuencia de actividad sexual; encuentra que en la mayoría no hay cambios, con un porcentaje de empeoramiento del 16% en el deseo y entre el 24-38% en la lubricación⁴.

Kilku dice que tras la histerectomía la libido no cambia pero la capacidad para alcanzar el orgasmo disminuye⁵⁸, algo que tampoco es acorde con nuestros hallazgos según el test FSM[®], pero sí hemos visto que parte de las mujeres que consideran que su vida sexual empeora lo relacionan con menos orgasmos y menos intensidad en los mismos.

Hemos tenido en cuenta la impresión subjetiva de las mujeres preguntándoles si creen que su vida sexual después de 9 meses de la histerectomía es igual, mejor o peor. El 60,3% nos dicen que igual, el 24,4% que peor y el 15,4% que mejor. Después nos dicen por qué creen que ha

variado a peor o a mejor. A peor principalmente dicen que es por disminución del deseo, por dolor en introito con la penetración vaginal, porque tienen menos orgasmos o son menos intensos y por miedo a que la patología aparezca de nuevo al tener actividad sexual. Las que mejoran dicen que porque los síntomas desaparecen y porque ya no tienen miedo a quedarse embarazadas.

Y cuando vemos la correlación entre el test FSM® y la percepción subjetiva de las mujeres observamos que la mayoría de las que dicen ir a mejor lo relacionan con la desaparición de los síntomas (13,8%), coincidiendo con algunos estudios^{5,6}. La mejoría se relaciona con incrementos en la puntuación de Deseo, Excitación, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria (no significativa), Iniciativa sexual y Frecuencia de actividad sexual.

Las que refieren que su vida sexual no ha cambiado, han mejorado en Deseo, Excitación, Lubricación, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria, Iniciativa, Satisfacción general y Frecuencia de actividad sexual según el test FSM®.

La percepción subjetiva que tienen las mujeres de cómo ha variado su vida sexual es independiente de la puntuación obtenida en el test en los dominios de Orgasmo, Confianza con la pareja para comunicar preferencias sexuales o Capacidad de disfrutar.

La opinión subjetiva de la mujer se relaciona principalmente con la Excitación, la Iniciativa sexual y la Frecuencia de las relaciones sexuales valorados con el test FSM®, lo que nos da una idea de la importancia que estos dominios tienen para las mujeres. El que la Excitación tenga tanta importancia para las mujeres coincide con el ciclo de Respuesta sexual femenina que vemos en la Figura 7³⁴, en el que vemos cómo la Excitación no siempre va precedida de Deseo y que puede aumentar este último.

Cuando comparamos la percepción subjetiva de las mujeres con la bibliografía vemos que Dennerstein encuentra que el 29% están igual, el 37% peor y el 34% mejor. Los resultados difieren mucho de los nuestros pero hemos de tener en cuenta varios factores: el principal es que en todas las histerectomías asocian doble ooforectomía, es un estudio antiguo, la entrevista sólo la realizan tras la histerectomía y con plazos muy diferentes, entre 6 meses y 5 años. Aquéllas cuya frecuencia de actividad sexual era menor 1vez/semana presentaron peores resultados sexuales que las de más de 1 vez/semana³. Nathotst-Böös compara HTA con y sin ooforectomía bilateral y encuentra que a las que no se les realiza presentan una vida sexual: 15% igual, 11% peor y 74% mejor; y las que sí tienen ooforectomía: 21% igual, 24% peor y 55% mejor. No coincidimos en los porcentajes, pero sí en que un porcentaje empeora⁶. En el estudio de Peterson el 18% dicen que están igual, el 29% peor y el 52% refieren mejoría²¹.

La mayoría de nuestra población que refiere que su vida sexual cambia a peor lo achaca a disminución en el Deseo (12,8%). Encontramos en la literatura de forma continuada un porcentaje constante (entre un 10-20%) de mujeres que empeoran su Función sexual tras la histerectomía, aunque globalmente existe una mejoría, Lonneé-Hoffmann en su revisión refiere que este empeoramiento se ha relacionado con tener depresión antes de la cirugía, con que la indicación sea endometriosis, con la cicatriz en la vagina, con disminución de la sensibilidad en la vagina, con el hecho de que el útero contribuya contrayéndose al orgasmo en algunas mujeres y estas sean más proclives a empeorar al quitarlo. Aquí, se está teniendo en cuenta que no se

haya realizado ooforectomía bilateral añadida a la histerectomía puesto que esto sí que está claro que se asocia con peor función sexual⁵⁹.

En resumen, observamos ciertas variables que influyen en la función sexual de las mujeres programadas para una histerectomía coincidentes con la literatura publicada al respecto. Vemos que la función sexual de la mujer a los 9 meses de la histerectomía mejora o no cambia tanto utilizando un instrumento de medida validado como la percepción subjetiva de las mujeres; y que en los dominios donde existe mayor coincidencia son en Excitación, Iniciativa sexual y Frecuencia de las relaciones sexuales.

6. CONCLUSIONES

1. Antes de la histerectomía, las variables que más influyen en la función sexual son la **edad**, el **nivel de estudios**, **padecer enfermedades**, presentar **patología de suelo pélvico** y la **satisfacción con la imagen corporal**.
2. Tras la histerectomía, la **función sexual de la mujer mejora o no cambia** según el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM®).
3. Tras la histerectomía, el 60,3% de las mujeres perciben que su vida sexual no varía, el 24,4% de piensa que su vida sexual empeora y el 15,4% que mejora, cuando les preguntamos directamente sobre su impresión propia.
4. Al correlacionar la opinión subjetiva de la mujer con el cuestionario FSM® encontramos **coincidencia principalmente en los dominios de Excitación, Iniciativa sexual y Frecuencia** de las relaciones sexuales.
5. Sobre las mujeres que perciben que su vida sexual ha empeorado tras 9 meses de la histerectomía influye significativamente la profesión (más empeoramiento las amas de casa y jubiladas) y las que llevan asociada ooforectomía bilateral.

7. ANEXOS

ANEXO I:

Iniciales: ____ Fecha de nacimiento: __/__/____ Profesión: _____

Estudios: _____ Fecha de cumplimentación: __/__/____

Pregunta llave: ¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?

Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....

Sí No

Si la respuesta es "Sí" cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

1. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿HA TENIDO FANTASÍAS (PENSAMIENTOS, IMÁGENES...) RELACIONADAS CON ACTIVIDADES SEXUALES?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

2. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿HA TENIDO PENSAMIENTOS Ó DESEOS DE REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

3. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿LE HA RESULTADO FÁCIL EXCITARSE SEXUALMENTE?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

4. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARIADO ¿HA SENTIDO EXCITACIÓN SEXUAL?, POR EJEMPLO SENSACIÓN DE "PONERSE EN MARCHA", DESEO DE "AVANZAR MÁS" EN LA ACTIVIDAD SEXUAL.

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)

- A menudo (4)
- Casi siempre – Siempre (5)

5. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, CUANDO SE SINTIÓ EXCITADA SEXUALMENTE ¿NOTÓ HUMEDAD Y/O LUBRICACIÓN VAGINAL?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre – Siempre (5)

6. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO EN VAGINA Y/O ZONA GENITAL ¿HA SENTIDO DOLOR?

- Casi siempre-siempre (1)
- A menudo (2)
- A veces (3)
- Raramente (4)
- Nunca (5)

7a. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, LA PENETRACIÓN VAGINAL (DEL PENE, DEDO, OBJETO...) ¿PODÍA REALIZARSE CON FACILIDAD? *Instrucciones: No debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b*

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre – Siempre (5)

7b: INDIQUE POR QUÉ MOTIVO NO HA HABIDO PENETRACIÓN VAGINAL DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS *Instrucciones: Cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).*

- Por sentir dolor (a)
- Por miedo a la penetración (b)
- Por falta de interés para la penetración vaginal (c)
- No tener pareja sexual (d)
- Incapacidad para la penetración por parte de su pareja (e)

8. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ANTE LA IDEA O POSIBILIDAD DE TENER ACTIVIDAD SEXUAL ¿HA SENTIDO MIEDO, INQUIETUD, ANSIEDAD.....?

- Casi siempre-siempre (1)
- A menudo (2)
- A veces (3)

- Raramente (4)
- Nunca (5)

9. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿HA ALCANZADO EL ORGASMO CUANDO HA MANTENIDO ACTIVIDAD SEXUAL, CON O SIN PENETRACIÓN?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre – Siempre (5)

10. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿CUANTAS VECES HA SIDO USTED QUIEN HA DADO LOS PASOS INICIALES PARA PROVOCAR UN ENCUENTRO SEXUAL CON OTRA PERSONA? *Nota informativa: El término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.*

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

11. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿SE HA SENTIDO CONFIADA PARA COMUNICAR A SU PAREJA LO QUE LE GUSTA O DESAGRADA EN SUS ENCUENTROS SEXUALES?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre – Siempre (5)
- No tengo pareja (0)

12. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL?

- 1-2 veces (1)
- De 3 a 4 veces (2)
- De 5 a 8 veces (3)
- De 9 a 12 veces (4)
- Más de 12 veces (5)

13. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿DISFRUTÓ CUANDO REALIZÓ ACTIVIDAD SEXUAL?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

14. EN GENERAL, EN RELACIÓN A SU VIDA SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿SE HA SENTIDO SATISFECHA?

- Muy insatisfecha (1)
- Bastante insatisfecha (2)
- Ni satisfecha ni insatisfecha (3)
- Bastante satisfecha (4)
- Muy satisfecha (5)

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. *J Br Menopause Soc.* diciembre de 2006;12(4):153-7.
2. Lalinec-Michaud M, Engelsmann F. Anxiety, fears and depression related to hysterectomy. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* febrero de 1985;30(1):44-7.
3. Dennerstein L, Wood G, Burrows GD. Sexual dysfunction following hysterectomy. *Aust Fam Physician.* mayo de 1977;6(5):535-43.
4. Poad D, Arnold EP. Sexual function after pelvic surgery in women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* agosto de 1994;34(4):471-4.
5. 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.* marzo de 1993;81(3):357-62.
6. Nathorst-Böös J, von Schoultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecol Obstet Invest.* 1992;34(2):97-101.
7. Graig GA, Jackson P. Letter: Sexual life after vaginal hysterectomy. *Br Med J.* 12 de julio de 1975;3(5975):97.
8. Doddts DT, Potgieter CR, Turner PJ, Scheepers GP. The physical and emotional results of hysterectomy; a review of 162 cases. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk.* 21 de enero de 1961;35:53-4.
9. Good MM, Korbly N, Kassis NC, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Prolapse-related knowledge and attitudes toward the uterus in women with pelvic organ prolapse symptoms. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2013;209(5):481.e1-6.
10. 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.* abril de 2013;167(2):210-4.
11. Urrutia S MT, Araya G A, Rivera S, Viviani P, Villarroel L. A predictive model for the quality of sexual life in hysterectomized women. *Rev Médica Chile.* marzo de 2007;135(3):317-25.
12. Goetsch MF. The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *Am J Obstet Gynecol.* junio de 2005;192(6):1922-7.
13. 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.* 1 de abril de 2005;119(2):242-5.
14. Netzer I, Mustafa S, Lowenstein L. Female sexual function and gynecological disorders. *Minerva Ginecol.* octubre de 2010;62(5):467-82.

15. Pauls RN. Impact of gynecological surgery on female sexual function. *Int J Impot Res.* abril de 2010;22(2):105-14.
16. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA J Am Med Assoc.* 24 de noviembre de 1999;282(20):1934-41.
17. Sobral Portela E, Soto González M. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet [Internet].* [citado 18 de noviembre de 2014]; Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X14000306>
18. 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.* 20 de diciembre de 2008;61(4):358-63.
19. McPherson K, Herbert A, Judge A, Clarke A, Bridgman S, Maresh M, et al. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* septiembre de 2005;8(3):234-43.
20. Hirsch, H.A., Käser, O., Iklé, F.A. Atlas de Cirugía Ginecológica. En: 5ª Edición. Madrid: Marban; 2003. p. 123-48; 226-50.
21. Peterson ZD, Rothenberg JM, Bilbrey S, Heiman JR. Sexual functioning following elective hysterectomy: the role of surgical and psychosocial variables. *J Sex Res.* noviembre de 2010;47(6):513-27.
22. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol.* febrero de 2002;99(2):229-34.
23. Schaffer JI, Word A. Hysterectomy--still a useful operation. *N Engl J Med.* 24 de octubre de 2002;347(17):1360-2.
24. Estudios para la salud - Variaciones en las tasas estandarizadas de intervenciones quirúrgicas en Alicante - get_file [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=80e1b74c-ccf5-4fdc-845a-946123126580&groupId=10128
25. Wingo PA, Huerdo CM, Rubin GL, Ory HW, Peterson HB. The mortality risk associated with hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;Aug 1(152(7 Pt 1)):803-8.
26. Alonso-Arbiol, Itziar. Actualizaciones en sexología clínica. UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO; 2005. 172 p.
27. Bernhard LA. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol.* diciembre de 2002;45(4):1089-98.
28. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. 2006.

29. 14th World Congress of Sexology, August 26, 1999. Declaration of Sexual Rights. 1999.
30. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuña-Pons M. Questionnaires in the assessment of sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Actas Urol Esp.* abril de 2015;39(3):175-82.
31. Masters WH, Johnson VE. *Respuesta sexual humana (Human sexual response, 1966)*. Buenos Aires: Inter-Médica; 1978.
32. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther.* febrero de 2001;27(1):33-43.
33. Mas M. Cerebro, emoción y la respuesta sexual humana. En: Mora F, editor *El cerebro sintiente*. Barcelona: Ariel; 2000. p. 77-111.
34. Mas M. M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Andrología.* enero de 2007;5(1):11-21.
35. Florido, Jesús, Cabello, Francisco, Pilar C, Castelo-Branco, Camil, Luis D José, Mas, Manuel. *Disfunciones sexuales femeninas*. Meditex. Documento de consenso S.E.G.O.; 2006.
36. Mas M. M M. Fisiología de la respuesta sexual. En: En: Tresguerres JAF, editor *Fisiología Humana*. 3ª ed. Madrid: c Graw Hill - Interamericana.; 2005. p. 1134-46.
37. Mas M., J. B, Dexeus S. *Neurofisiología de la respuesta sexual humana*. En Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 1-15.
38. Guay A, Munarriz R, Jacobson J, Talakoub L, Traish A, Quirk F, et al. Serum androgen levels in healthy premenopausal women with and without sexual dysfunction: Part A. Serum androgen levels in women aged 20-49 years with no complaints of sexual dysfunction. *Int J Impot Res.* abril de 2004;16(2):112-20.
39. Srivastava R, Thakar R, Sultan A. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv.* agosto de 2008;63(8):527-37.
40. Clayton AH, Dennerstein L, Fisher WA, Kingsberg SA, Perelman MA, Pyke RE. Standards for clinical trials in sexual dysfunction in women: research designs and outcomes assessment. *J Sex Med.* enero de 2010;7(1 Pt 2):541-60.
41. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med.* marzo de 2006;3(2):212-22.
42. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause N Y N.* febrero de 2006;13(1):46-56.
43. Wright JJ, O'Connor KM. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am.* mayo de 2015;99(3):607-28.

44. Pauls RN, Kleeman SD, Segal JL, Silva WA, Goldenhar LM, Karram MM. Practice patterns of physician members of the American Urogynecologic Society regarding female sexual dysfunction: results of a national survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* diciembre de 2005;16(6):460-7.
45. Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, Wheeler SB, Borisov NN, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* agosto de 2009;12(5):763-72.
46. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* diciembre de 2003;24(4):221-9.
47. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril.* abril de 2002;77 Suppl 4:S89-93.
48. Dean J. Examination of patients with sexual problems. *BMJ.* 12 de diciembre de 1998;317(7173):1641-3.
49. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav.* abril de 1986;15(2):157-65.
50. Hoon EF, Joon PW, Wincze JP. An inventory for the measurement of female sexual arousability: the SAI. *Arch Sex Behav.* julio de 1976;5(4):269-74.
51. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.* marzo de 2000;26(1):25-40.
52. Bobes J, Gonzalez MP, Rico-Villandemoros F, Bascaran MT, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Ther.* junio de 2000;26(2):119-31.
53. 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)]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria.* 15 de octubre de 2004;34(6):286-92.
54. Cruz Navarro, N D M. Prevalencia de la disfunción sexual femenina. Estudio en 350 mujeres con el cuestionario de función sexual de la mujer (FSM). XIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Andrología. *Rev Int Andrología.* marzo de 2009;7(1):41-81.
55. Subramaniam D, Subramaniam SK, Charles SX, Verghese A. Psychiatric aspects of hysterectomy. *Indian J Psychiatry.* enero de 1982;24(1):75-9.
56. Vomvolaki E, Kalmantis K, Kioses E, Antsaklis A. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* marzo de 2006;11(1):23-7.

57. Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1983;62(2):141-5.
58. Kilkku P, Grönroos M, Hirvonen T, Rauramo L. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on libido and orgasm. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1983;62(2):147-52.
59. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Curr Sex Health Rep.* 2014;6(4):244-51.
60. Clarke A, Black N, Rowe P, Mott S, Howle K. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: a prospective cohort study. *Br J Obstet Gynaecol.* agosto de 1995;102(8):611-20.
61. Sobral Portela E, Soto González M. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet.* enero de 2015;42(1):25-32.
62. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* junio de 2000;26(2):191-208.
63. M B, Enrique J, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, et al. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):118-25.
64. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 23 de agosto de 2007;357(8):762-74.
65. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA J Am Med Assoc.* 10 de febrero de 1999;281(6):537-44.
66. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther.* 1993;19(3):171-88.
67. 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.* mayo de 2004;190(5):1427-8.
68. Punushapai U, Khampitak K. Sexuality after total abdominal hysterectomy in Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet.* octubre de 2006;89 Suppl 4:S112-7.
69. Gütl P, Greimel ER, Roth R, Winter R. Women's sexual behavior, body image and satisfaction with surgical outcomes after hysterectomy: a comparison of vaginal and abdominal surgery. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* marzo de 2002;23(1):51-9.
70. El-Toukhy TA, Hefni M, Davies A, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* junio de 2004;24(4):420-5.

71. Urrutia S. MT, Araya G. A, Villarroel del P. L, Viñales A. D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres hysterectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(4):301-6.
72. 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]. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* agosto de 2015;43(7-8):533-40.
73. Helström L, Weiner E, Sörbom D, Bäckström T. Predictive value of psychiatric history, genital pain and menstrual symptoms for sexuality after hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* agosto de 1994;73(7):575-80.
74. Richards DH. A post-hysterectomy syndrome. *Lancet.* 26 de octubre de 1974;2(7887):983-5.
75. Weber AM, Walters MD, Schover LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* septiembre de 1999;181(3):530-5.
76. Yazbeck C. [Sexual function following hysterectomy]. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* enero de 2004;32(1):49-54.
77. Salonia A, Briganti A, Dehò F, Zanni G, Rigatti P, Montorsi F. Women's sexual dysfunction: a review of the «surgical landscape». *Eur Urol.* julio de 2006;50(1):44-52.
78. 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 Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 9 de octubre de 2015;
79. Goktas SB, Gun I, Yildiz T, Sakar MN, Caglayan S. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. *Pak J Med Sci.* 2015;31(3):700-5.
80. 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 J Inst Obstet Gynaecol.* febrero de 2012;32(2):180-4.

Medicina

