

## SEXUALIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS

### SEXUALITY IN HYSTERECTOMIZED WOMEN

**Daniel Jara\***

Enfermero Matrón, Centro de Salud Familiar Ancora San Alberto Hurtado, Chile

**Camila Salgado**

Enfermera Matrona, Clínica Las Lilas, Chile

---

Artículo recibido el 10 de mayo, 2010. Aceptado en versión corregida el 17 de junio, 2010

#### RESUMEN

La Histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más frecuente en el mundo. Su principal indicación es por patología benigna. Este procedimiento quirúrgico produce impacto en la sexualidad de la mujer, que necesitan ser evaluadas. Se propone realizar revisión sistemática de evidencia con el objetivo de conocer la sexualidad de las mujeres histerectomizadas por patología benigna. Se consultan bases de datos científicas, seleccionándose investigaciones cuantitativas y cualitativas publicadas en los últimos años. Los resultados muestran que tanto el tipo como el abordaje de la histerectomía, parecen no repercutir de forma directa en la sexualidad. Las mujeres que se someten al procedimiento refieren experimentar mayoritariamente cambios positivos. Sin embargo, la ooforectomía, independiente del tipo o abordaje utilizados, resulta perjudicial posterior a la cirugía. La pareja juega un rol determinante en el proceso de toma de decisión, así como en la sexualidad posterior al procedimiento. Es necesario elaborar estudios chilenos respecto al tema, de modo de acercar los resultados a la realidad del país. Por otro lado, es fundamental capacitar al personal de salud respecto a la relevancia de la histerectomía y sus repercusiones, así como estimular al profesional de enfermería a desarrollar programas psicoeducativos para estas mujeres y sus parejas. **Palabras clave:** mujeres, histerectomía, sexualidad, calidad de vida.

#### ABSTRACT

Hysterectomy is the second most common gynecological surgery in the world. Its main use is for benign disease. The impact associated with this surgical procedure in the sexuality of women, determined to be necessary to assess the impact in this area. Objective: to determine the sexuality of women undergoing hysterectomy for benign disease, identify the various factors that influence in decision making and the role attributed to the couple. Methodology: was consulted scientific databases, selecting studies published in the last years. Results: both type and the approach to hysterectomy appear to have a direct effect on sexuality. Women who undergo the procedure referred mostly positive experience. However, oophorectomy, regardless of the type or approach used, is detrimental after surgery. The pair plays a decisive role in the decision making process as well as in sexuality after the procedure. Conclusions: it is necessary to promote the development of Chilean studies on the subject, so as to bring the results to the reality of the country. On the other hand, it is essential to train health personnel regarding the relevance of hysterectomy and its impact and to encourage nursing professionals to develop psychoeducational programs for these women and their partners. **Key words:** women, hysterectomy, sexuality, quality of life.

---

\* correspondencia e-mail: dsjara@uc.cl

## INTRODUCCIÓN

La Histerectomía [HT] es la segunda cirugía ginecológica que se realiza en el mundo después de la cesárea (Schaffer & Word, 2002). En Estados Unidos y Reino Unido es la cirugía ginecológica mayor más común realizada (Roovers, Van der Bom, Van der Vaart, & Heintz, 2003). En lo que concierne a la realidad nacional la HT también es una práctica recurrente (Urrutia, Araya, Villarroel, & Viñales, 2004), estimándose que afecta a más del 20% de las mujeres chilenas (Ahumada & Trujillo, 1994). Las últimas cifras del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Chile [DEIS] indican que durante el año 2008 se realizaron 11,920 HT en todo el país (DEIS, 2010). Cifra significativa pensando que la población femenina representa un 50.5% y que se encuentra en transición hacia el envejecimiento, etapa de la vida donde preferentemente se realiza esta cirugía (DEIS, 2008).

Un 90% de la indicación de HT, se debe a enfermedades ginecológicas benignas, tales como sangramiento uterino anormal, dolor pélvico crónico y leiomiomas (miomas) (Carlson, Miller, & Flower 1994). Esta última, es la principal indicación de HT entre la población chilena (Gimbel et al., 2005; Saini, Kuczynski, Gretz, & Sills, 2002; Urrutia et al., 2004; Urrutia & Araya, 2005).

La función sexual es una dimensión de la calidad de vida en sí misma (Cerdeña, Pino, & Urrutia, 2006). Según la Organización Mundial de la Salud [OPS], salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, por lo que requiere de un acercamiento integral, positivo y respetuoso hacia ella (OMS, s.f.). Cuando se evalúa calidad de vida después de la cirugía ginecológica es importante medir aspectos de la función sexual pero es uno de los más difícil de medir (Ellström, Aström, Möller, Olsson, & Hahlin, 2003). Las dimensiones de la sexualidad evaluadas son la frecuencia de relaciones sexuales,

dispareunia, orgasmo, sequedad vaginal, deseo sexual, satisfacción y placer sexual. Sin embargo, los instrumentos que exploran aspectos más amplios de la sexualidad son a menudo muy extensos, presentan carencia de pruebas psicométricas y no utilizan sistemas de medición establecidas, sino que son instrumentos diseñados específicamente para cada estudio (Katz, 2003).

Por otro lado, existen pocas publicaciones acerca del proceso en la toma de decisión y realización de la HT (Rhodes, Kjerulff, Langenberg, & Guzinski, 1999), procedimiento culturalmente cargado con fuertes creencias y actitudes por parte de las mujeres y sus parejas (Richter, McKeown, Corwin, Rheume & Fraser, 2000).

## METODOLOGÍA

Se realiza revisión sistemática de evidencia científica en bases de dato PubMed, Proquest Nursing Journals, Proquest Nursing Journals, Scielo, Cochrane Library, Cochrane Library, Academic Search Premier y CINHALL. La metodología de búsqueda comprende la utilización de artículos con acceso gratuito, textos completos y publicados entre los años 1996 a 2009. Las palabras clave utilizadas son: mujeres, histerectomía, sexualidad y calidad de vida. Finalmente se seleccionan 18 investigaciones cuantitativas y cinco cualitativas, solo cuatro de ellos se encuentran en español y corresponden a estudios chilenos. La revisión tiene como propósito conocer la sexualidad de las mujeres histerectomizadas por patología benigna, con el fin de contribuir a la formación de un cuerpo de conocimiento científico y profesional que permita la creación de nuevos cuidados de enfermería. Para esto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la sexualidad de las mujeres histerectomizadas por patología benigna? Los objetivos planteados son identificar las dimensiones de la sexualidad, los factores que influyen en ella, el rol de la pareja en el proceso y las variaciones en la sexualidad post HT.

## ANÁLISIS

La HT consiste en la remoción quirúrgica del útero (Ivanova, Johnson & Lethaby, 2006; Johnson et al., 2006) y tiene como consecuencias inmediatas el cese de la menstruación y la imposibilidad de tener hijos. Cuando se acompaña de la escisión de los anexos se produce además menopausia artificial o quirúrgica (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001).

El efecto de la HT en la sexualidad resulta ser complejo e involucra múltiples variables como creencias culturales, factores psicológicos y calidad de la relación con la pareja (El-Toukhy, Hefni, Davies, & Mahadevan, 2004). La función sexual por su parte, puede influir frente a la decisión de las mujeres para someterse al procedimiento quirúrgico (Saini et al., 2002), pues su impacto en esta área ha dado lugar a resultados contradictorios, revelando tanto mejoras en la vida sexual post HT, como perjuicios. Los efectos negativos estarían relacionados con la probabilidad que el acortamiento de la bóveda vaginal produzca dispareunia y la dificultad de lograr el orgasmo interno, causado por las terminaciones nerviosas del plexo utero-vaginal al extirpar el cervix (Rhodes et al., 1999). El orgasmo externo causado por la estimulación del clítoris, no se vería afectado.

Por otra parte, otros estudios muestran que la sexualidad post HT no se ve afectada negativamente (Kuppermann et al., 2005; Urrutia et al., 2004; Vomvolaki, Kalmantis, Klosos, & Antsaklis, 2006) y que la mayoría de las mujeres cree que el resultado del procedimiento será beneficioso para sus vidas (Ellström et al., 2003). Estos beneficios estarían explicados por el cese de los síntomas preoperatorios, por ejemplo, en el caso de la dispareunia el beneficio estaría dado por la escisión del útero patológico (Saini et al., 2002; Urrutia et al., 2004). En contra parte, el retiro de los ovarios tiene un efecto deletéreo, lo que sugiere que la conservación de ellos es un determinante que influye en el resultado de la HT (Urrutia et al., 2004).

Los estudios sugieren que no existen diferencias en la función sexual entre la mujeres que se sometieron a Histerectomía Total [HAT], que consiste en el retiro del útero incluyendo el cervix e Histerectomía Subtotal [HAS], en donde se conserva el cuello uterino (Gimbel et al., 2005; Kuppermann et al., 2005; Zobbe et al., 2004). Del mismo modo, no se observan cambios significativos en la sexualidad postcirugía según la vía de abordaje utilizada (Ellström et al., 2003; Roovers et al., 2003) ya sea abdominal, vaginal o laparoscópica (Davies, Hart, Magos, Hadad, & Morris, 2002; El-Toukhy et al., 2004; Galyer, Conaglen, Hare, & Conaglen, 1999; Richman & Sarrel, 2004; Tamizian, Gilby, Symonds, Cust, & Arulkumaran, 2002; Urrutia et al., 2004; Urrutia & Araya, 2005).

Respecto a la evolución de la frecuencia de Relaciones Sexuales [RS], se observa una disminución significativa de la frecuencia RS a los tres meses post HT (Urrutia & Araya, 2005), a los seis meses no se perciben diferencias (El-Toukhy et al., 2004; Urrutia et al., 2004) y a los dos años esta se incrementa (Rhodes et al., 1999). Los estudios que comparan la frecuencia de las RS según el tipo de HT son discrepantes, pues mientras Zobbe et al. (2004) y Kuppermann et al. (2005) sugieren que no existen diferencias significativas, Saini et al. (2002) reportan que las mujeres sometidas a HAT presentan peores resultados posquirúrgicos en esta dimensión que aquellas sometidas a HAS. Por otro lado, no se perciben diferencias estadísticas según el tipo de abordaje quirúrgico utilizado (El-Toukhy et al., 2004; Roovers et al., 2003).

En cuanto a la dispareunia, las investigaciones muestran que el dolor disminuye significativamente post HT (El-Toukhy et al., 2004; Rhodes et al., 1999; Urrutia et al., 2004; Urrutia & Araya, 2005; Zobbe et al., 2004). Situación observada a partir de los tres meses (Urrutia & Araya, 2005) y que se mantiene a los seis (El-Toukhy et al., 2004; Urrutia et al., 2004), 12 (Zobbe et al., 2004) y 24 meses postcirugía (Rhodes

et al., 1999). No se observan diferencias significativas entre el tipo de HT (Saini et al., 2002; Zobbe et al., 2004), así como tampoco, según el abordaje utilizado (El-Toukhy et al., 2004).

Respecto al orgasmo Urrutia y Araya (2005) reportan una disminución significativa en la presencia de orgasmo a los tres meses post HT. Sin embargo, a los seis y 12 meses los resultados no muestran diferencias significativas respecto a los resultados previos a la cirugía (El-Toukhy et al., 2004; Urrutia et al., 2004) y por el contrario, a los dos años la presencia de orgasmo tiende a incrementarse en casi un 10% (Rhodes et al., 1999).

Sin embargo, los resultados obtenidos en esta área según el tipo de HT, resultan contradictorios, pues mientras estudios sugieren que no existen diferencias significativas al valorar el orgasmo y la calidad de este (Kuppermann et al., 2005; Zobbe et al., 2004), otros reportan que las mujeres sometidas a HAT presentan una capacidad más baja de lograr el orgasmo que las sometidas a HAS a los dos años posteriores al procedimiento (Saini et al., 2002). Si se comparan las distintas vías de abordaje no existe diferencia estadística en la proporción de mujeres que reporta mejora en la habilidad para lograr el orgasmo (El-Toukhy et al., 2004).

En la dimensión sequedad vaginal, se observa que las mujeres que no experimentan sequedad vaginal aumentan a los 24 meses posteriores a la HT. La sequedad vaginal causada por la deficiencia de estrógenos, se agudizaría en la mujer premenopáusica con HT más ooforectomía bilateral [SOB]. No se observan diferencias significativas respecto a la lubricación vaginal al comparar HAT con HAS (Zobbe et al., 2004) y tampoco si se valora según el abordaje utilizado (Roovers et al., 2003).

Con respecto a la percepción del deseo sexual no se observan cambios post HT (El-Toukhy et al., 2004; Urrutia et al., 2004). De la misma forma, Galyer et al. (1999) tampoco encuentran diferencias significativas al comparar el deseo sexual

de mujeres sometidas a HT y las que padecieron otra cirugía no ginecológica. El elemento hormonal, andrógeno, tampoco resulta ser un determinante (Galyer et al., 1999). Sin embargo, Rhodes et al. (1999) y Kuppermann et al. (2004) reportaron que el deseo sexual se incrementa significativamente después del acto quirúrgico. Del mismo modo no se manifiestan diferencias significativas al comparar HAT con HAS (Kuppermann et al., 2005; Zobbe et al., 2004), pero sí se reporta una mejoría significativa en esta dimensión cuando la vía de abordaje es laparoscópico (El-Toukhy et al., 2004).

Actividad sexual [AS], el reinicio de la AS representa una prueba para la mujer al valorar los reales resultados de la cirugía. A los tres meses post HT, cerca del 11% de las mujeres no ha reiniciado AS, siendo la causa principal el miedo (Urrutia & Araya, 2005), porcentaje que se reduce al 3-4% a los seis meses (Roovers et al., 2003; Urrutia et al., 2004), momento en que las mujeres que estaban sexualmente activas presentan incremento de la actividad sexual (El-Toukhy et al., 2004). Por otro lado, entre el 45.5-53% de las mujeres que no presenta AS previo a la HT, sí la experimenta entre los 6 y 24 meses postintervención (Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003), sin que se encuentren diferencias significativas entre las distintas vías de abordaje (Roovers et al., 2003).

Satisfacción y placer sexual, la satisfacción sexual no presenta variaciones a los tres meses post HT (Urrutia & Araya, 2005), ni a los seis meses (El-Toukhy et al., 2004). Otros estudios sugieren que la satisfacción sexual se incrementa debido a la disminución de la sintomatología previa al procedimiento (Roovers et al., 2003; Urrutia et al., 2004; Urrutia et al., 2005). Zobbe et al. (2004) y Kuppermann et al. (2005), observan que no existen diferencias significativas en esta dimensión al comparar HAT y HAS. Al comparar las distintas vías de abordaje no existen diferencias estadísticas (El-Toukhy et al., 2004), siendo posible observar que en todas las

mujeres, independiente del abordaje utilizado, esta se incrementa (Roovers et al., 2003). La mayoría de las mujeres refiere haber experimentado cambios positivos en su vida sexual a los tres y seis meses post HT (Urrutia et al., 2004).

Rol de la pareja frente a la Histerectomía, la relación que posee la mujer con su pareja y la comunicación establecida previamente a la cirugía es un factor importante, tanto para la satisfacción en su vida sexual post HT, como para el proceso en la toma de decisión de realizar la cirugía (Chou, Lee, Sun, Lin, & Chen, 2006; Gimbel et al., 2005; Richter et al., 2000; Urrutia, Araya, Rivera, Viviani, & Villaroel, 2007; Wu Chao, Yang, & Che, 2005). Destaca que la participación y la ayuda de los esposos permite aliviar la ansiedad y reducir la incertidumbre innecesaria (Wu et al., 2005).

El hombre, por su parte, se encuentra desinformado respecto de lo que implica la cirugía y sus efectos a corto y largo plazo, siendo uno de los temas más recurrentes la sexualidad y calidad de las RS posteriores al procedimiento (Chou et al., 2006; Richter et al., 2000). Se observa un alto grado de desconocimiento de la anatomía femenina y de la función del útero (Chou et al., 2006), destacando que no se le atribuye mayor relevancia a la HT, mientras no se desee tener más hijos Chou et al., 2006; Richter et al., 2000).

Proceso de toma de decisión para la realización de la Histerectomía, aun cuando la HT es un tema que tiene un gran impacto para la mujer y su entorno social, donde existe una gran cantidad de mitos, prejuicios y valores atribuidos al útero y la feminidad (Ahumada et al., 2001), son pocas las publicaciones que abordan puntos como el proceso de toma de decisión que siguen las mujeres a este respecto (Rhodes et al., 1999). Las mujeres que deciden no someterse a la HT generalmente tienen dos características principales: desean preservar el útero y evitar la cirugía (Ahumada et al., 2001; Wu et al., 2005), por lo que recurren a otras intervenciones no qui-

rúrgicas. El deseo de preservar el órgano puede estar determinado por la asociación del útero a eventos que marcan a la mujer como la menstruación, el embarazo y parto y al riesgo de alterar la feminidad y el rol de mujer (Ahumada et al., 2001).

Por otro lado, en las mujeres que se someten al procedimiento se identifican obstáculos psicológicos irracionales, aumento del tamaño del mioma e incapacidad de soportar las incomodidades físicas (Wu et al., 2005). La severidad de la sintomatología y la probabilidad que el mioma se malignice resultan ser determinantes para someterse a la cirugía (Ahumada et al., 2001; Wu et al., 2005). Sin menospreciar la necesidad que existe de consultar una segunda opinión antes de tomar cualquier decisión (Richter et al., 2002; Wu et al., 2005).

Rol de enfermería en la sexualidad de la mujer hysterectomizada, enfermería cumple un rol influyente en la toma de decisión para realizar o no la cirugía y en la recuperación post HT. Sin embargo, los aspectos de la sexualidad de la mujer a menudo son ignorados por los diferentes proveedores de cuidados, incluidos los profesionales de enfermería (Urrutia, Riquelme, & Araya 2009). Se observa la importancia de tratar las actitudes que evitan que se incluya esta área de la mujer en el cuidado y el tratamiento (Katz, 2003).

La educación, como área del rol del profesional enfermero-matrn o enfermera matrona, es primordial en estas mujeres, ya que al ser la sexualidad una faceta multidimensional requiere que se abarquen todas las áreas de la persona garantizando la entrega de un cuidado integral. Una intervención sugerida es la realización de talleres psicoeducativos en HT (Ahumada et al., 2001) que provea la información demandada por las mismas usuarias (Vomvolaki et al., 2006), tanto en forma grupal como individual. Esto facilita una mayor recepción de los contenidos si se complementa con material audiovisual (Urrutia et al., 2009).

Relación médico-usuaria, la relación establecida entre la mujer y los médicos, así

como con otros profesionales de la salud puede influenciar el proceso de toma de decisión (Richter et al., 2002). La naturaleza de la comunicación establecida es importante para las mujeres y a menudo no satisfactoria cuando la interacción es impersonal y el lenguaje utilizado poco entendible. Destaca la sensación de recibir información insuficiente y deficiente información por parte del profesional de salud respecto a la anatomía, cambios en el funcionamiento sexual y fisiología de los órganos genitales (Chou et al., 2006; Galyer et al., 1999; Richter et al., 2000; Richter et al., 2002; Urrutia et al., 2004). Los médicos, por su parte, se ven como proveedores de información y cerca de la mitad de ellos indican que la mujer es quien toma la decisión finalmente, señalan que no realizarían una HT si no la creen necesaria aun cuando la mujer la solicite (Richter et al., 2002).

Experiencia de recuperación posterior a la Histerectomía, se describe como un proceso que incluye desde la HT hasta la incorporación del acontecimiento a la vida de un individuo. El proceso que la mujer desarrolla comienza con un estado de labilidad emocional, enfoque en los síntomas físicos y ciertos cuestionamientos acerca de la cirugía durante las primeras semanas hasta la incorporación real y completa del acontecimiento a la vida diaria, con plena satisfacción sobre la decisión tomada, lo que ocurre alrededor del primer año posterior a la HT (Linenberger & Cohen, 2004).

## DISCUSIÓN

Los estudios analizados son en su mayoría de origen extranjero, lo que evidencia cierta dificultad en su aplicación a la realidad nacional. Sin embargo, es posible utilizar dos estudios chilenos pioneros en la materia, que orientan conductas a seguir frente a este tema.

Los promedios de edad de las mujeres sometidas a este procedimiento varía entre 41.25 (Richman & Sarrel, 2004) y 50.6 años (Ellström et al., 2003), acorde con lo planteado respecto a la posibilidad de

presentar una HT antes de los 65 años de edad. Por otro lado, la cantidad de estudios existentes randomizados es reducida (Ellström et al., 2003; Kuppermann et al., 2005; Zobbe et al., 2004), situación que perjudica de cierto modo la relevancia que pudiesen adquirir los resultados, pues la gran mayoría de los estudios son de observación retrospectivo y prospectivos.

La pérdida de muestra o escasez de esta, se observa como limitante en gran parte del total de artículos cuantitativos revisados (Davies et al., 2002; Ellström et al., 2003; El-Toukhy et al., 2004; Galyer et al., 1999; Gimbel et al., 2005; Kuppermann et al., 2004; Kuppermann et al., 2005; Richman & Sarrel, 2004; Roovers et al., 2003; Saini et al., 2002; Tamizian et al., 2002; Urrutia et al., 2004; Urrutia & Araya, 2005; Zobbe et al., 2004), donde destaca el artículo de Rhodes et al. (1999) con una muestra significativa de 1299 mujeres, de las cuales 1.101 terminan el estudio. Es importante mencionar que el estudio de Saini et al. (2002), que muestra claras ventajas de la HAS por sobre la HAT, posee una muestra pequeña de 156 mujeres, de las cuales solo 60 terminan el estudio, más aún no todas responden la totalidad de preguntas de los distintos ítemes del cuestionario realizado.

Así, la no estandarización de los procedimientos quirúrgicos realizados, también es una limitante importante (Gimbel et al., 2005; Kuppermann et al., 2005; Roovers et al., 2003; Urrutia et al., 2004; Urrutia & Araya, 2005; Zobbe et al., 2004), pues sugiere que podría existir gran variedad en la realización de la cirugía.

Los estudios cualitativos seleccionados reflejan las percepciones y sentimientos involucrados frente a la histerectomía, respecto al rol de los hombres, de los médicos y de las consideraciones que tiene la mujer para someterse al proceso, temas que no son abordados en extensión en la literatura.

De tal manera, el estudio que evalúa la interacción médico paciente, no permite conocer lo importante que resultan los

demás proveedores de cuidados al excluir a otros profesionales de salud que no realizan hysterectomías (Richter et al., 2002).

Por su parte, el estudio fenomenológico de Linenberger & Cohen (2004), se acerca a describir la experiencia de recuperación de la mujeres que se han sometido al procedimiento y la transición que ellas sufren para convertir el acontecimiento en parte de sus vidas, situación determinante en el pronóstico de estas mujeres para el futuro.

Aun cuando es cuestionable la factibilidad que los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, se apliquen a la realidad nacional, se considera una forma de acercamiento al proceso de la HT y de los aspectos de la sexualidad que deben ser abordados posterior a esta. Siendo de este modo, un estímulo positivo para desarrollar estudios de mayor envergadura en el país.

## **CONCLUSIONES**

La HT es una de las cirugías ginecológicas más prevalentes en Chile y en el mundo. Genera un gran impacto en la sexualidad de la mujer y su pareja, quien además cumple un rol determinante antes y después de la HT.

Respecto a la sexualidad se evalúan dimensiones como: frecuencia de relaciones sexuales, dispareunia, orgasmo, sequedad vaginal, deseo sexual, satisfacción y placer sexual.

Al someterse a la HT, las mujeres creen que el procedimiento resultará beneficioso para sus vidas (Ellström et al., 2003). Situación que se ve ratificada, pues la mayor parte de las mujeres refiere haber experimentado cambios positivos en el plano sexual post HT (Urrutia et al., 2004; Urrutia & Araya, 2005) y sin que se vea afectado negativamente (Kuppermann et al., 2005; Urrutia et al., 2004) independiente del tipo de HT y del abordaje utilizado para la cirugía; pues la sexualidad se mantiene e incluso podría mejorar después del procedimiento (Ellström et al., 2003; El-Toukhy et al., 2004; Galyer et al., 1999; Gimbel et al., 2005; Kuppermann et al., 2004; Kupper-

mann et al., 2005; Richman & Sarrel, 2004; Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003; Saini et al., 2002; Urrutia et al., 2004; Urrutia & Araya, 2005; Zobbe et al., 2004).

Los resultados obtenidos de la revisión sistemática sugieren que la remoción del útero no sería un factor que afectaría negativamente la fisiología del orgasmo. Además, la evaluación de la función sexual, mediante la medición hormonal pre y postprocedimiento, no arroja valores significativos de diferencia (Galyer et al., 1999; Richman & Sarrel, 2004). Las mujeres con ooforectomía, por su parte, muestran peores resultados que las que experimentan solo HT, independiente del tipo de cirugía (Saini et al., 2002; Urrutia et al., 2004).

Es posible observar que con el paso del tiempo las dimensiones de la sexualidad son evaluadas como mejor. En el caso de la satisfacción, placer sexual y reinicio de la actividad sexual se presentan mejorías luego de los seis a 24 meses. Los tres primeros meses parecen ser un periodo de transición hacia la sexualidad percibida a los seis meses y a posterior. El período más crítico de la mujer se encuentra en las primeras semanas post HT, pues es el momento donde cuestiona la decisión tomada (Linenberger & Cohen, 2004). Este aspecto es relevante para enfermería a la hora de planificar los cuidados, según lo cual los objetivos de la atención deben ir enfocados a apoyar esta etapa y durante el tiempo posterior a la HT en el que se encuentre la mujer y su pareja, al mismo tiempo se observa la necesidad de informarles sobre los tiempos de recuperación, de manera de no generar ansiedad y frustración anticipada.

No es posible asociar el acto quirúrgico a la variación en el deseo sexual, el cual se ve afectado de forma negativa por el estrés laboral y familiar, fatiga y sentimientos negativos entre la mujer y su pareja. El comportamiento de esta última resulta ser una variable importante (Galyer et al., 1999), pues la pareja es un factor clave de apoyo durante el proceso de toma de

decisión, así como también posterior a la cirugía (Chou et al., 2006; Gimbel et al., 2005; Richter et al., 2000; Wu et al., 2005). Sin embargo, no poseen información suficiente al respecto (Chou et al., 2006; Richter et al., 2000).

Es por esto que la consejería profesional de enfermería a la pareja es imprescindible para facilitar el proceso de adaptación a la sexualidad definitiva postoperatoria y contribuir a una percepción positiva sobre el cuidado (Chou et al., 2006; Galyer et al., 1999; Ritcher et al., 2000; Ritcher et al., 2002; Urrutia M. et al., 2004). De esta forma, se involucra e incentiva a ambas partes a expresar miedos, dudas, comunicarse y conocer el proceso, hecho clave para desmitificar conceptos arraigados en la cultura respecto a la cirugía (Ahumada et al., 2001).

La relación que se establece entre el profesional de salud y el paciente es un factor importante, aun cuando no es un elemento determinante en la toma de decisión de realizar el procedimiento (Richter et al., 2002; Wu et al., 2005), pues se espera que el primero cumpla un rol más bien informativo acerca de los efectos de la HT en la vida de la mujer (Richter et al., 2002). Razón por lo cual debe ser capaz de abordar el tema de forma efectiva, dejando de lado prejuicios y evitar actitudes que limiten la inclusión del tema en el cuidado, de modo de favorecer la integración de todos los planos de la mujer durante este proceso (Katz, 2003).

La educación brindada debe estar orientada a los periodos pre y postcirugía, realizando programas psicoeducativos en los centros de salud, dirigidos a la mujer y su pareja, para así estimular a estos a una mayor participación y a una mayor autonomía en la toma de decisiones. Además, es fundamental reforzar la comunicación entre el equipo de salud de los distintos niveles de atención junto con la capacitación del personal de salud.

Es importante que se favorezca la realización de más estudios nacionales que midan de forma cuantitativa y cualitativa,

la función sexual y el rol de enfermería durante el proceso.

Finalmente, es necesario comprender a la mujer como persona multidimensional y favorecer el desarrollo de todas sus áreas para estimular su mejor recuperación, entregando las herramientas necesarias acorde al momento en que se encuentra, de modo que se beneficie su capacidad de ejercer su propio cuidado y su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahumada, A., Aliaga, P., & Bolívar, N. (2001). Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 12(3), 229-234.
- Ahumada, S., & Trujillo, S. (1994). *La histerectomía: Repercusiones psicosociales*. Documento de trabajo N° 23. Santiago, Chile: SERNAM.
- Carlson, K., Miller, B., & Flower, F. (1994). The maine women's health study: Outcomes of hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 83(4), 556-565.
- Cerda, P., Pino, P., & Urrutia M. (2006). Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(3), 216-221.
- Chou, C., Lee, T., Sun, C., Lin, S., & Chen, L. (2006). Husbands' experiences before wives' hysterectomy. *Journal of Nursing Research*, 14(2), 113-122.
- Davies, A., Hart R., Magos, A., Hadad, E., & Morris, R. (2002). Hysterectomy: Surgical route and complications. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 104, 148-151.
- Departamento de Estadística e Información en Salud. (2008). *Básicos de Salud Chile*. Recuperado de <http://deis.minsal.cl/index.asp>
- Departamento de Estadística e Información en Salud. (2010). *Histerectomías en Chile 2001 a 2008*. Manuscrito no publicado. Santiago, Chile: Autor.
- El-Toukhy, T., Hefni, M., Davies, A., & Mahadevan, S. (2004). The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: A prospective study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24 (4), 420-425.

- Ellström, M., Aström, M., Möller, A., Olsson, J., Hahlin, M. (2003). A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 871-875.
- Galyer, K., Conaglen, H., Hare, A., & Conaglen, J. (1999). The effect of gynecological surgery on sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(2), 81-88.
- Gimbel, H., Zobbe, V., Andersen, B., Gluud, C., Ottesen, B., & Tabor, A. (2005). Total versus subtotal hysterectomy: An observational study with one-year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45, 64-67.
- Ivanova, V., Johnson, N. J., & Lethaby, A. (2006). Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(1), 52-58.
- Johnson, N., Barlow, D., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, E., & Garry, R. (2006). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. <recuperado de la Base de Datos Cochrane.
- Katz A. (2003). Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discusión of nurses'role. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 297-303.
- Kuppermann, M., Summitt, R., Varner, E., Mc-Neeley, G., Goodman-Gruen, D., Learman, L., et al. (2005). Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: A randomized trial. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 105, 1309-1318.
- Kuppermann, M., Varner, R., Summitt, R., Learman, L., Ireland, C., Vittinghoff, E., et al. (2004). Effect of hysterectomy v/s medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning. *Journal Of the American Medical Association*, 291(12), 1447-1455.
- Linenberger, H., & Cohen, S. (2004). From hysterectomy to historicity. *Health Care for Women International*, 25, 349-357.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Gender and reproductive right*. Recuperado de <http://www.who.int/reproductive-health/en/>
- Rhodes, J. C., Kjerulff, K. H., Langenberg, P. W., & Guzinski, G. M. (1999). Hysterectomy and sexual functioning. *Journal of the American Medical Association*, 282(20), 1934-1941.
- Richman, S., & Sarrel, P. (2004). Vaginal laser doppler flowmetry pre- and posthysterectomy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30,43-47.
- Richter, D., Kenzig, M., Greaney, M., McKeown, R., Saunders, R., & Corwin, S., (2002). Physician-patient interaction and hysterectomy decision making: The ENDOW study. *American Journal of Health Behavior*, 26(6), 431-441.
- Richter, D., McKeown, R., Corwin, S., Rheau-me, C., Fraser, J. (2000). The role of male partners in women's decision making regarding hysterectomy. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 9(2), 51-61.
- Roovers, J., Van der Bom, J., Van der Vaart, H., & Heintz, P. (2003). Hysterectomy and sexual wellbeing: Prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *British Medical Journal*, 327(7418), 774-778.
- Saini, J., Kuczynski, E., Gretz III, H., & Sills, S. (2002). Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: Perceived effects on sexual function. *Biomedcentral Women's Health*, 2, 1-7. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-2-1.pdf>
- Schaffer, J., & Word, A. (2002). Hysterectomy: Still a useful operation. *New England Journal of Medicine*, 347(17), 1360-1362.
- Tamizian, O., Gilby, J., Symonds, I., Cust, M., & Arulkumaran, S. (2002). Immediate and associated complications of hysterectomy for benign disease. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*,42(3), 292-294.
- Urrutia, M., Araya, A., Villarorel, L., & Viñales, D. (2004). Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(4), 301-306.
- Urrutia, M., & Araya, A. (2005). Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70, 160-165.
- Urrutia, M., Araya, A., Rivera, S., Viviani, P., & Villarorel, L. (2007). Sexualidad en la mujer histerectomizada: Modelo predictivo

- al sexto mes posterior a la cirugía. *Revista Médica de Chile*, 135, 317-325.
- Urrutia, M., Riquelme, P. & Araya, A. (2009). Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74(5), 276-280.
- Vomvolaki, E., Kalmantis, K., Kioses, E. & Antsaklis, A. (2006). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 11(1), 23-27.
- Wu, S., Chao, Y., Yang, C., & Che, H. (2005). Decision-making tree for women considering hysterectomy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 361-368.
- Zobbe, V., Gimbel, H., Andersen, B., Filtenborg, T., Jakobsen, K., Sørensen, H. et al. (2004). Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 191-196.