

Sexualidad

FEMENINA, después de la histerectomía

Dr. Ignacio **González Labrador** *
Dra. Emilia **Miyar Pieiga** **
Dra. Rosa María **González Salvat** ***
Dra. Teresa **Noda García** ****

Se realiza un estudio descriptivo-prospectivo sobre el funcionamiento sexual después de la histerectomía a un grupo de 85 mujeres seleccionadas durante un año (enero del 96 al 97), de forma aleatoria e intencional, cuando acudieron a la consulta de ginecología del Policlínico Docente Playa, por cualquier otro motivo no relacionado con la operación

Los trastornos ginecológicos están relacionados frecuentemente con cambios en la actividad sexual. Aquellos que afectan los genitales o el sistema reproductivo, tienen repercusiones directas en la sexualidad femenina al afectar la imagen física, la autoestima, el estado reproductivo o al provocar malestares o incomodidades físicas. A veces se ha observado una relativa negligencia por parte del médico respecto a la problemática sexual de las pacientes histerectomizadas y, en ocasiones, olvidan que ellas siguen teniendo necesidades y sentimientos sexuales (1).

La extirpación del útero puede deberse a varios factores o razones médicas entre las que están los tumores benignos y malignos del útero, las hemorragias disfuncionales refractarias y recidivantes a tratamientos, endometriosis, infecciones pélvicas, congestión pélvica, cistocele, prolapso genitales, y otros.

Sea cual sea la razón principal, la histerectomía va acompañada de alteraciones en la sexualidad femenina debido a una serie de razones biológicas y psicológicas. Los problemas sexuales posteriores a la histerectomía pueden ser una continuación o evolución de dificultades ya existentes anteriormente. Si la mujer asocia su sexualidad con la reproducción únicamente, seguro experimenta una disminución de la libido y de su capacidad de respuesta sexual, pues después de la intervención la función reproductora es imposible.

Cuando hay un estado patológico que puede provocar dispareunia después de la operación, la paciente suele mantenerse predis-

puesta de forma negativa ante el inicio y mantenimiento de la actividad sexual. En el sexo femenino abunda la creencia de que su actividad sexual cesa con la menopausia y puede encontrar dificultades después de la intervención, pues una vez operada no hay posibilidad de seguir menstruando. En otros casos hay una respuesta favorable, pues la mujer, tras la cirugía, puede quedar libre de un estado patológico y, de esta manera, la operación facilita su capacidad de respuesta sexual. De igual modo, aquella que teme a un embarazo o el riesgo de sufrir cáncer de cuello o de útero puede verse libre de tales temores y experimentar aumento de la libido y una mejoría de su respuesta sexual después de la histerectomía.

Ante la existencia de esas actitudes, no resulta sorprendente que la mujer sometida a esta intervención muestre una gran incidencia de depresiones y otros estados afines. Asimismo, que las que durante la histerectomía se le realiza ooforectomía pueden mostrar síntomas climatéricos a cualquier edad en que se realiza la operación. Algunos son disminución de la lubricación y cambios atróficos de la vagina, los cuales son más propensos a producir molestias e incomodidades durante el coito y representan un impedimento para la actividad sexual. Los estados de ansiedad en estas pacientes tienen una alta relación con dificultades sexuales post-operatorias. (1)

Las intervenciones quirúrgicas de este tipo pueden tener resultados adversos entre los que se cuentan las infecciones, traumas y dificultades en la curación de las heridas. La histerectomía tiene todas estas posibilidades y algunas en particular tales como absce-

no dejan que el mismo exprese sus sentimientos y deseos de forma adecuada, por lo que se dividen en: Disfunción sexual predominantemente orgánica, ya sea orgásmica, eyaculatoria o mixta y disfunción sexual predominantemente psicógena, respectivamente. (3)

La mayoría de los varones que padecen una lesión de la médula espinal pierden la capacidad para tener erecciones normales en respuesta a estímulos psicológicos y mecánicos, por ausencia de sensibilidad a nivel de los genitales, (ya que se interrumpe la vía de conducción nerviosa a nivel medular), aunque en ocasiones son capaces de experimentar erecciones reflejas de corta duración, así como la mayoría pierden la capacidad de tener eyaculación y por tanto de procreación, y se vuelven estériles.

En el caso de las mujeres, aunque también pierden las sensaciones genitales, y por tanto la capacidad orgásmica genital, son capaces de concebir y tener hijos.

Es difícil entender para muchos, que una persona lesionada medular, que no tiene sensaciones genitales, desee realizar el coito; si bien las motivaciones de todas las personas discapacitadas no es coincidente, generalmente suelen aducir las siguientes razones a favor de la relación sexual:

- Realizar el coito es un acto de participación común y de intimidad, que nada tiene que ver con las sensaciones genitales.
- Las relaciones sexuales pueden ser extremadamente gratificantes desde el punto de vista psicológico.
- La posibilidad de realizar la unión sexual estimula favorablemente la imagen que la persona tiene de sí misma. (4)

Pensar en el sexo no es sinónimo de genitalidad, pues esta es sólo uno más de sus componentes, junto al instinto o impulso sexual, la comunicación, los sentimientos,

la ternura y los contactos corporales extragenitales, hacen que el buen ejercicio de la sexualidad valore al individuo y aumente su autoestima, lo que se hace evidente cuando por alguna razón esta se altera. Para hablar de salud sexual es necesario un equilibrio bio-psico-social.

Aspectos bioéticos.

Muchas son las definiciones que conocemos de la ética, que pueden ser o no completas, pero todas coinciden en la esencia y significación de la palabra. Por ejemplo, la ética es la filosofía de la moral para unos, otros la califican como la ciencia que trata de la moral, su origen y desarrollo, de las reglas y las normas de conducta de los

Los prejuicios de la "gente normal" han impuesto la imagen asexual que se le atribuye a los discapacitados.

hombres, de sus deberes hacia la sociedad, la patria, el estado, etc. La palabra ética se deriva del griego "ethos" que quiere decir costumbre (5). La moral refleja y fija a través de principios y normas o reglas de conducta, las exigencias que la sociedad o las clases plantean al hombre en su vida cotidiana.

La Deontología es la ciencia o tratado de los deberes, proviene de la palabra "deontos" que quiere decir deber.

Los conceptos del deber, la conciencia, el honor y la felicidad fueron elaborados hace miles de años y constituyen las más variadas teorías que se han enriquecido en el transcurso de las más diversas generaciones.

La ética médica es una manifestación particular de la ética en general, pero que trata específicamente los principios y normas de conducta que rigen entre los trabajadores de la salud. Su relación con el hombre sano o enfermo y con la sociedad, abarca también el error médico, el secreto profesional y la experimentación en humanos.

La bioética como disciplina científica surge y se desarrolla impetuosamente (6), en su condición de necesidad histórica objetiva, como un movimiento de signo positivo, en un contexto económico, social y cultural central, de ahí que las situaciones liberadas del desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas (como la despersonalización de la atención provocada por la irrupción progresivas de nuevas tecnologías cada vez más avanzadas, las reclamaciones jurídicas por parte de una comunidad industrializada, cada vez más exigente y evaluativa, así como a una civilización dominada por el consumidor y los servicios personalizados, donde los valores sociales se miden en función de la capacidad de consumo) descubran nuevos problemas de significado ético (7), más allá de los principios de la ética tradicional, basada fundamentalmente en la relación médico paciente.

La ética médica cubana se instrumenta a través de un código de conducta, que se basa en una serie de estrategias y programas dirigidos por el Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de incrementar los niveles de salud de la población y de satisfacer plenamente sus necesidades.

En el caso de la educación sexual, al igual que con otras formas de educación, se

co-vaginales, que requirieron tratamiento quirúrgico, posteriormente (4 casos) y Granulomas de la Cúpula vaginal (6 casos) que necesitaron otro tipo de tratamiento lo cual dificultó su recuperación.

- Es de destacar que el 70.5% (60 mujeres) desconocen si durante la operación se les extirparon los ovarios (oforectomía) lo cual habla de la deficiente comunicación del equipo de salud con sus pacientes. Hay un 17.6% (15 casos) que sí dejaron conocer que no les fueron extirpados los ovarios y un 11.7% (10 casos) conocieron que sí fue necesario la resección de los ovarios durante el proceder quirúrgico. La bibliografía (2-3) resalta lo importante de la relación médico-paciente y la necesaria comunicación a la paciente y sus familiares de las características de la operación, pues esto facilita el tratamiento y mejora el pronóstico en cuanto a la adaptación general de la paciente ante las consecuencias del acto quirúrgico, y facilita el entendimiento de la sintomatología post-operatoria.
- Se aprecia que a pesar de la pobre comunicación médico-paciente, el 64.7% (55 mujeres) dijeron tener un estado de ánimo bueno; pero el 23.5% (20 mujeres) deprimido y el 11.7% (10 mujeres) malo, debido fundamentalmente, al desconocimiento de la patología que produjo la operación y la preocupación por el futuro personal el cual no sabían cómo enfrentar en el plano personal y familiar.
- Después de la histerectomía la mayoría 58.8% (50 casos) dijeron haber tenido cambios en la libido, todas refirieron que disminuyó, y el 41.1% (35 casos) manifestaron que no hubo modificación. Todo ello puede estar de acuerdo o relacionado, según cita la bibliografía (3,4), con el tipo de operación realizada (con anexectomía o sin ella), el impacto psicológico de la operación para la paciente y el enfrentamiento a la pareja ante este evento.
- Para el 70.5% (60 casos) el reinicio de la actividad sexual fue a petición del hombre; en el 23.5% (20 casos) por ambos y sólo en el 5.8% (5 casos) a petición de la mujer, lo cual nos demuestra que en estas pacientes; a pesar de la disminución de la libido, según refieren ellas, en su gran mayoría reinician la actividad sexual por el requerimiento masculino. La mujer cede ante la petición y deja a un lado sus deseos y necesidades en favor de los masculinos.
- El 52.9% (45 casos) reportaron satisfacción en las relaciones sexuales, 31.7% (27 casos) dolor durante las mismas y el 15.2% (13 casos) las clasificaron de difíciles, lo cual puede ser comprensible por todo lo anteriormente descrito.
- El 52.9% (45 casos) no reportaron cambios en la lubricación vaginal y el 47.0% (40 casos) sí, lo que demuestra que a pesar de la operación y la discriminación de la libido, dolor y otros

inconvenientes, el mecanismo fisiológico de respuesta sexual no fue afectado en más del 50% de nuestras mujeres.

Conclusiones

1. La edad que predominó en nuestro estudio, fue de 41-50 años (64.7%), la histerectomía fue realizada, en su mayoría, en un intervalo de edad entre los 36 y 50 años.
2. Las causas que motivaron la intervención fueron: Los Fibromas Uterinos y el Prolapso Genital y las Metropatías Disfuncionales.
3. La recuperación post-operatoria fue rápida y benigna en el 78.4%.
4. El 70.5% de las mujeres del estudio desconocían si se les había realizado Oforectomía o no.
5. El estado anímico de nuestras pacientes después de la operación fue bueno en el 64.7%.
6. El síntoma principal referido después de la histerectomía fueron los sofocos en el 58.8%.
7. El 58.8% manifestaron cambios en la libido post-histerectomía.
8. Las relaciones sexuales se reiniciaron entre los 2-3 meses después de operadas en el 55.2% y en el 70.5% fue a petición masculina, y fueron satisfactorias en el 52.9%, aunque el 31.7% resultaron dolorosas y para el 15.2%, difíciles.
9. El 52.9% de las mujeres no presentaron cambios en la lubricación vaginal.
10. Los sentimientos referidos después de la histerectomía más relevantes fueron miedo, el 30.5%; sentirse vacías, el 27.0%.
11. La comunicación entre la pareja después de la operación fue clasificado por las mujeres de regular en el 42% de los casos □

* Especialista en Gineco-obstetricia. Prof. Asistente Pol. Doc. Playa. Facultad Finlay-Albarrán

** Especialista en Pediatría. Prof. Instructor. Pol. Doc. 26 de Julio. Facultad Finlay - Albarrán

*** Especialista en Ginecobstetricia. Dirección Municipal de Salud Playa

**** Especialista en Ginecobstetricia. Prof. Asistente Pol. 1ro. Enero. Facultad Finlay - Albarrán

BIBLIOGRAFIA

1. ROBERT C. KOLODNY, WILLIAMS H. MASTER, VIRGINIA E. JOHNSON. *Tratado de Medicina Sexual*. C 8 pág. 150-152. Ediciones Revolucionaria 1985.
2. WILLIAMS H. MASTER, VIRGINIA E. JOHNSON, ROBERT C. KOLODNY. *La Sexualidad Humana*. C 2 pág. 34-56. C 12 pág. 350-373. Ediciones Revolucionaria 1987.
3. R. G. PRIEST. *Trastornos Psicológicos en Obstetricia y Ginecología*. C 2 pág. 37. Ediciones Revolucionaria 1987.
4. MASTER W. H. *The Sexual Response Cycle of the Human Female. Vaginal Lubrication*. *Obst-Gynecology*. 69-105. 1959.
5. E. R. NOVAK, G.S. JONES, H. W. JONES. *Tratado de Ginecología*. C 5 pág. 107-109. C 35 pág. 718-725. Ediciones Revolucionaria 1977.