

CARTAS AL EDITOR

Disfunción sexual femenina: un problema frecuente con atención creciente

Señor Editor:

En el volumen 76, número 3 del 2011 de la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Urrutia et al (1), publicaron un artículo titulado "Sexualidad e histerectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía", el cual muestra que a 32/67 se les realizó histerectomía más ooforectomía, concluyendo que la decisión de realizar una ooforectomía debe ser enfrentada con precaución en el caso de las mujeres con bajo riesgo de cáncer de ovario, considerando el riesgo individual de alteraciones sexuales.

Debemos tener en cuenta que la sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano, es el resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que en conjunto influyen en la función sexual de las mujeres (2), pero este impacto puede variar entre las diferentes personas e incluso entre los diferentes países influenciado por distintos factores biológicos y socio-culturales (3).

En nuestro medio, al no existir guía clínica ni protocolo estandarizado, antes de realizar una ooforectomía bilateral a una mujer perimenopáusica, se realiza un análisis individualizado, evaluando diferentes condiciones entre las que destacan; edad, posibilidad de recibir terapia hormonal, riesgo de enfermedad cardiovascular, fractura osteoporótica, el riesgo futuro de desarrollar cáncer de ovario, siendo este último el más importante (4), sin embargo, la ooforectomía bilateral no solo repercute en las alteraciones sexuales (dispareunia, frecuencia y prevalencia de orgasmos y frecuencia de relaciones sexuales post extracción quirúrgica) como menciona Urrutia et al., sino también repercute en su calidad de vida, pues puede provocar alteración de la autoestima, problemas en su sentido de feminidad, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, aumento en la enfermedad

cardiovascular. En un estudio realizado en Chile por Cerda y Pino (5), compararon la calidad de vida entre mujeres sanas y mujeres histerectomizadas, encontrando que estas tuvieron similares niveles de calidad de vida, en los dominios: funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica.

Además, la evidencia científica sugiere que la decisión de realizar o no la ooforectomía durante una histerectomía electiva, se basa más en opinión que en estudios aleatorizados bien diseñados y de peso metodológico, pudiéndose no justificar la realización de tan elevado número de ooforectomías profilácticas en la práctica clínica actual (6).

En un estudio que venimos realizando, las alteraciones sexuales no solo podrían estar relacionadas con el antecedente de histerectomía más ooforectomía, sino también con el antecedente de enfermedad crónica; en el se evidencia una tendencia mayor de disfunción sexual en hipertensas y las con enfermedades neurológicas, mientras que las intervenciones quirúrgicas son muy semejantes en las pacientes con y sin disfunción sexual.

Podemos terminar diciendo que en las últimas décadas se ha prestado una atención especial al desempeño de la función sexual de los individuos, ya que este aspecto se considera importante en el bienestar y la calidad de vida de las personas, que es importante considerar antes de tomar una decisión quirúrgica que pudiera afectarlo.

Atentamente,

Mauricio Rivas Muro ^{1,a}, Rosa Cavero Ramirez ^{1,a}, Cristian Díaz Vélez ^{2,b}.

¹ Estudiante de Medicina. ² Médico Epidemiólogo Clínico.

^a Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Chiclayo, Perú.

^b Oficina de Inteligencia Sanitaria, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

REFERENCIAS

1. Urrutia M, Araya A, Padilla O. Sexualidad e histerectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76(3): 138 – 146.
2. abcmedicus.com, artículos para médicos [sede web]. Argentina: abcmedicus.com, 1995. [Actualizada 02 de agosto del 2007, acceso 19 de septiembre 2011]. Disponible en: http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/20/pagina/1/disfuncion_sexual_femenina.html
3. Blumel JE, Binfa L, Caltaldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol* 2004. 69: 118-25
4. Gallo JL. Conservación de los ovarios frente a ooforectomía bilateral en pacientes sometidas a histerectomía por procesos benignos. *Invest Ginecol Obstet.* 2009; 36 (03): 94-8.
5. Cerda P, Pino P. Calidad de vida en mujeres Histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71(3): 216-221
6. Orozco-Saborío L. Controversias de la ooforectomía profiláctica bilateral durante la histerectomía electiva. *AMC.* 2008; 50 (3): 131-138.

Señor Editor:

Agradecemos la reflexión que Rivas Muro, Caverro Ramirez y Díaz Vélez hacen de nuestro artículo. Quisiéramos enfatizar 3 aspectos: El primero es lo referente a la justificación de la extracción de ovarios, como profilaxis de cáncer ovárico en población de bajo riesgo, la que según la literatura ha sido sobre enfatizada (1,2,3) dado que se ha descrito un efecto casi nulo en la disminución del riesgo (4). En segundo término, recordar la importancia de considerar en el caso de las mujeres ooforectomizadas la posibilidad real, y sin riesgo de usar Terapia de Reemplazo Hormonal (5). En nuestra realidad a nivel público de atención, el costo económico de solventar la terapia se transforma en la principal barrera para llevarla a cabo en aquellas

mujeres con indicación para recibirla. En tercer lugar, y tal como los autores de la carta enviada lo plantean, resaltar la importancia de valorar el riesgo individual que tiene cada mujer (2), y decidir con ella si dicha valoración justifica la extracción de los ovarios en conjunto con la histerectomía.

Para finalizar quisiéramos señalar que nuestro artículo no tuvo por objetivo analizar la práctica médica en cuanto a la extracción fundamentada o no de los ovarios, ya que no se consideró como variable el análisis de las causas para la extracción descritas en los protocolos. Asumimos que toda extracción ovárica fue hecha fundamentadamente. Sin embargo, nuestra investigación apunta a promover una valoración completa e integral de la usuaria previo a la cirugía y un diálogo con ella, que le permita hacerse participe del proceso de toma de decisión y conocer los fundamentos de la misma.

Atentamente,

María Teresa Urrutia, PhD, Alejandra Araya, PhD, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

REFERENCIAS

1. Moscucci O, Clarke A. Prophylactic oophorectomy: a historical perspective. *Epidemiol Community Health* 2007;61(3):182-4.
2. Parker WH, Broder MS, Liu Z, Shoupe D, Farquhar C, Berek JS. Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease. *Clin Obstet Gynaecol* 2007;50(2):354-61.
3. Parker WH, Shoupe D, Broder MS, Liu Z, Farquhar C, Berek JS. Elective oophorectomy in the gynecological patient: when is it desirable? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19 (4):350-4.
4. Parazzini F, Negri E, La Vecchia C, Luchini L, Mezzopane R. Hysterectomy, oophorectomy, and subsequent ovarian cancer risk. *Obstet Gynecol* 1993;81(3):363-6.
5. Charoenkwan K, Srisomboon J, Suprasert P, Phongnarisorn C, Siriaree S, Cheewakriangkrai C. Role of prophylactic oophorectomy at the time of hysterectomy in ovarian cancer prevention in Thailand. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30(1):20-3.