



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2977>

IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL Y DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL SIN PROLAPSO EN LA CALIDAD DE VIDA Y LA SATISFACCIÓN SEXUAL. ESTUDIO DE COHORTES, MEDELLÍN, 2015

Impact on quality of life and sexual satisfaction of total abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy without prolapse. Cohort study, Medellín, 2015

José Luis Correa-Ochoa, MD¹; Heleodora Pandales-Pérez, MD¹;
Vivian Lorena Román-Vásquez, MD¹; Berta Luz Palacio-Arango, MD¹;
John Jairo Zuleta-Tobón, MD, MSc²

Recibido: abril 18/16 – Aceptado: febrero 28/17

RESUMEN

Objetivo: identificar diferencias en calidad de vida y sexualidad en mujeres sin prolapso genital intervenidas con histerectomía vaginal o abdominal.

Materiales y métodos: estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron mujeres sin prolapso vaginal con condiciones benignas, sin adherencias, con útero menor de 1000 cc, que fueran susceptibles de ser intervenidas tanto por vía abdominal como vaginal en una clínica privada de Medellín, Colombia. Evaluación de calidad de vida con la escala SF-12 antes, a los 2 y 4 meses posquirúrgico y de la sexualidad con la escala Índice de Función Sexual Femenina, antes y a los 4 meses posoperatorio. Comparaciones con ANCOVA ajustadas por

los valores basales y por otras características. Se contó con aprobación de comité de ética y se tomó consentimiento informado.

Resultados: se incluyeron 24 mujeres en el grupo de histerectomía vaginal y 22 en el grupo de histerectomía abdominal, con características similares antes de la cirugía. Ambos grupos mejoraron en calidad de vida y en satisfacción sexual después del procedimiento. Los puntajes para histerectomía vaginal e histerectomía abdominal fueron, respectivamente: salud física posoperatoria: puntaje ajustado en histerectomía vaginal 49,5 (DE \pm 1,6) e histerectomía abdominal 43,8 (DE \pm 6,7), diferencia 5,6 puntos (IC 95%: 0,87-10,4). Salud mental: 51,0 (DE \pm 1,7) y 59,3 (DE \pm 1,6) puntos, respectivamente, diferencia ajustada 8,4 (IC 95%: 3,6-13,3). Sexualidad: 22,7 (DE \pm 1,8) y 26,5 (DE \pm 1,7), respectivamente, diferencia 3,8 puntos (IC 95%: -1,2-8,7).

Conclusión: aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida, el puntaje alcanzado no es clínicamente significativo.

1 Especialista en Obstetricia y Ginecología, Medellín (Colombia).

2 Especialista en Obstetricia y Ginecología; magíster en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Profesor titular, Grupo Académico de Epidemiología Clínica (Graepic), Envigado, Antioquia (Colombia). jjzuleta@une.net.co

Palabras clave: histerectomía, histerectomía vaginal, calidad de vida, sexualidad.

ABSTRACT

Objective: To identify difference in quality of life and sexuality in women without genital prolapse taken to vaginal or abdominal hysterectomy.

Materials and methods: Prospective cohort study including women with no vaginal prolapse and benign conditions, with no adhesions and a uterus of less than 1000cc, amenable to surgery through the abdominal or vaginal approach coming to a private clinic in Medellín, Colombia. The SF12 score was used for quality of life assessment two and four months after surgery, and sexuality was assessed before and four months after the procedure, using the Female Sexual Function Scale. Comparisons were made using ANCOVA, adjusted on the basis of baseline values and other characteristics. The approval of the ethics committee as well as informed consents were obtained.

Results: The study included women with similar pre-operative characteristics. Of them, 24 were included in the vaginal hysterectomy group and 22 in the abdominal hysterectomy group. Quality of life and sexual function improved for the women in both groups following the procedure. Postoperative physical health: adjusted score for vaginal hysterectomy, 49.5 (SD \pm 1.6) and for abdominal hysterectomy, 43.8 (SD \pm 1.7), with a difference of 5.6 points (95% CI 0.87 - 10.4). Mental health: 51.0 (SD \pm 1.7) and 59.3 (SD \pm 1.6) points, respectively; adjusted difference 8.4 (95% CI 3.6-13.3). Sexuality: 22.7 (SD \pm 1.8) and 26.5 (SD \pm 1.7), respectively; difference, 3.8 points (95% CI -1.2-8.7).

Conclusion: Although statistically significant differences were found for quality of life, the score obtained is not clinically significant.

Key words: Hysterectomy, vaginal hysterectomy, quality of life, sexuality.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mayor más frecuente en la ginecología, y aproximadamente el 90 % de estas son realizadas por causas benignas (1). La vía vaginal es el abordaje menos invasivo y la que se asocia con menor tiempo hasta la recuperación, menores complicaciones, menores costos y mejor resultado estético, motivo por el cual la Asociación Americana de Ginecólogos Laparoscopistas, en concordancia con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la recomienda como la ruta preferida para las condiciones benignas (2). A pesar de esto, la frecuencia de su realización es inferior a la que se lleva a cabo por vía abdominal o mediante laparoscopia, aun en países que han incrementado la proporción de histerectomías vaginales en los últimos años (3).

El Comité de Educación de la Sociedad de Ginecólogos Cirujanos de Estados Unidos identifica tres factores críticos asociados a la subutilización de la histerectomía vaginal: el inadecuado entrenamiento producto de la reducción del número de cirujías durante la residencia, la dificultad para mantener las habilidades quirúrgicas como resultado del bajo número de procedimientos, y el incremento en el mercadeo y la concientización de las técnicas alternativas; por esto propone que la promoción de cambios en estos tres factores puede incrementar el uso basado en la evidencia de la vía vaginal como el enfoque inicial para la histerectomía (2). Al aplicar unos criterios que no son estrictos se puede incrementar el número de mujeres candidatas a histerectomías vaginales en un 30 % (2, 4). Algunos autores proponen algoritmos simples para elegir candidatas a histerectomía vaginal sin prolapso (5), e incluso se ha demostrado que el personal en formación puede tener proporciones altas de éxito en ausencia de prolapso en mujeres elegidas con criterios definidos (6). En Colombia ya existe documentación de experiencia exitosa con la técnica de histerectomía vaginal sin prolapso (7), y se encontró que, realizada por personal con entrenamiento y con instrumental

quirúrgico adecuado, es una alternativa viable para el manejo de la enfermedad uterina benigna.

La mayoría de las histerectomías se realiza más para mejorar la calidad de vida que para salvar la vida de la mujer (8), sin embargo, los informes del impacto de la histerectomía sobre la calidad de vida son marcadamente heterogéneos, encontrándose reportes de efectos benéficos, negativos y neutros (9). Por otro lado, uno de los aspectos que preocupa a las mujeres antes de someterse al procedimiento es el efecto que este pueda tener sobre su sexualidad (10), e igualmente en este tema los resultados de los estudios son contradictorios (9). Adicionalmente, la mayor parte de la información acerca del efecto del procedimiento sobre la calidad de vida y la sexualidad, y las comparaciones de las diferentes vías y técnicas quirúrgicas se han realizado en pacientes con condiciones malignas (11) lo que invita a tener más evaluaciones en condiciones benignas. Contar con datos sobre posibles diferencias de las técnicas abdominal y vaginal en estos aspectos aporta información valiosa para la toma de decisiones. El presente estudio tiene como objetivos evaluar el efecto de la histerectomía por condiciones benignas sobre la calidad de vida y la función sexual, e identificar si existen diferencias según la vía de realización del procedimiento. Se planteó la hipótesis de que las pacientes intervenidas con histerectomía vaginal sin prolapso tendrían una diferencia a favor en calidad de vida comparada con las mujeres intervenidas con histerectomía abdominal total.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y población. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, de cohortes, en la Clínica Medellín, sedes Centro y Poblado, entre los meses de noviembre de 2013 y agosto de 2015. La Clínica Medellín es una institución privada, que presta servicios de alta complejidad a usuarios del régimen subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y a pacientes particulares provenientes de la ciudad de Medellín y del departamento de Antioquia (Colombia). La

investigación se implementó con la aprobación de los comités de ética en investigación de la Clínica Medellín y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron pacientes programadas para histerectomía por condición benigna según los diagnósticos clínicos realizados por los especialistas tratantes (miomatosis, hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico), que tuvieran ecografía pélvica o transvaginal y consentimiento informado debidamente diligenciado. Se excluyeron las pacientes con prolapso uterino, con discapacidad cognitiva que les impidiera responder los cuestionarios, con alta sospecha clínica de tener un síndrome de adherencia, con tamaño uterino estimado mayor de 1000 cc o con úteros grandes en forma de “bala de cañón”, con anomalías en canal vaginal que no permitieran el descenso del útero, con antecedente de radiaciones o de prolapso, y las que no aceptaron participar. El muestreo fue por conveniencia, de mujeres que llegaron al sitio de investigación; se ingresaron de manera consecutiva todas las que cumplían los criterios y aceptaban participar.

Recolección de la información y variables en estudio. Todas las pacientes provienen de las consultas de ginecología de una Empresa Prestadora de Salud (EPS) del régimen contributivo. La explicación del procedimiento, de la investigación y la toma del consentimiento informado la hicieron las personas del equipo investigador que programaron y realizaron la cirugía, 2 a 4 semanas antes del procedimiento, durante la atención rutinaria en las clínicas donde se realizó la cirugía. Las explicaciones del contenido de las encuestas y la posterior toma de las respuestas a las mismas la realizaron otras dos integrantes del equipo investigador que no participaron ni en la programación ni en la cirugía.

Para la aplicación de los cuestionarios se ocultó la hipótesis del estudio a las participantes y los entrevistadores evitaron brindar opiniones personales sobre la técnica quirúrgica utilizada, pero dieron información veraz que incluía riesgos y

beneficios de cada técnica al momento de tomar el consentimiento informado. Aunque las mujeres desconocían la hipótesis de los investigadores, conocían los objetivos de la investigación. Los datos clínicos y demográficos planeados en el protocolo se tomaron de manera prospectiva y estandarizada en el momento en que se daba la atención clínica rutinaria, se consignaron en las historias clínicas electrónicas y de allí se transcribieron a una hoja de cálculo. Previo al inicio de la recolección de los datos los investigadores acordaron y estandarizaron la definición operativa de las variables.

Para evaluar la calidad de vida antes de la intervención se utilizó el instrumento Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey (SF-12). El SF-12 es un cuestionario genérico de medición que consta de 12 preguntas. Al igual que el instrumento de origen, el Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form-SF-36 contempla dos escalas o medidas de resumen: Salud física, con las subescalas función física, rol físico, dolor corporal y salud general; y Salud mental, con las subescalas vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, que juntas expresan una medición global de la calidad de vida (12). Las opciones de respuesta tipo Likert oscilan entre 3 y 6, dependiendo del ítem, y evalúan intensidad o frecuencia. El instrumento precursor ya fue validado en Colombia (13), y la versión del SF-12, sometida a un proceso de evaluación de confiabilidad y establecimiento preliminar de normalización en Colombia, tuvo en cuenta la adaptación cultural realizada en ese trabajo (14). Previo a la intervención también se aplicó el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) para valorar la sexualidad. El instrumento consta de seis dominios que exploran el deseo sexual, la capacidad de excitación, de lubricación, la calidad del orgasmo, los problemas con la penetración y la satisfacción con la vida sexual (15), y cumple con los criterios de confiabilidad y validez (16). Cada ítem tipo Likert consta de 5 o 6 opciones a las que se les asigna un puntaje que va de 0 a 5; a mayor puntaje final en la escala, mejor sexualidad, con un rango de

valores posibles entre 2 y 36 (15). No se identificó un proceso de validación de la escala en Colombia, pero sí al español en Chile (17), y la aplicación de esta versión en Colombia y en otros países latinoamericanos (18, 19). El equipo investigador valoró la redacción de las preguntas y consideró que eran aplicables a la población por incluir en el estudio.

Asignación de los grupos. La decisión con respecto a la vía de la cirugía se concertó entre la paciente y el ginecólogo tratante, después de confirmar que era susceptible de ser intervenida de manera indiferente por cualquiera de las dos vías propuestas en la investigación. La técnica quirúrgica de la histerectomía abdominal fue la de TeLinde y la de la vaginal fue la previamente descrita (Heaney modificada) (7).

La evaluación en el posquirúrgico se hizo mediante las consultas rutinarias de control a los 8-10 días, e instrucciones de consultar ante la presencia de signos de alarma explicados a las pacientes por sus especialistas tratantes. Los cuestionarios SF-12 e IFSF fueron aplicados a los 2 y 4 meses después de la cirugía.

Variables. Edad (número de años cumplidos), escolaridad, ocupación, seguridad social, tamaño uterino (máximo diámetro reportado en informe quirúrgico), dolor pélvico crónico (dolor en la zona de la pelvis de 6 meses o más de duración), antecedente de ansiedad y depresión (diagnosticadas por médico o por toma de medicamentos antidepresivos recomendados por el médico en el año previo a la consulta prequirúrgica), antecedente de enfermedades crónicas incapacitantes (se interrogó, y se incluyeron en esta categoría enfermedades degenerativas óseas, osteoporosis, artritis, esclerosis múltiple, fibromialgia, lupus eritematoso sistémico, secuelas neurológicas), dispareunia (presencia de dolor durante la penetración en los meses previos a la cirugía), complicaciones intraoperatorias y posoperatorias (lesión vesical, lesión de recto, lesión de uréter y absceso de cúpula vaginal, según diagnóstico consignado en la historia clínica por los especialistas tratantes).

Análisis estadístico. Se planteó la hipótesis de que las pacientes intervenidas con histerectomía vaginal

sin prolapso tendrían una diferencia a favor de al menos 10 puntos en la escala SF-12, comparadas con las mujeres intervenidas con histerectomía abdominal total. Se asumieron 10 puntos porque es una diferencia clínicamente significativa. Para tener un poder del 90 % y una confianza del 95 % de identificar una diferencia de esa magnitud o una mayor, asumiendo una desviación estándar de 10,3 puntos, se requerían 23 pacientes por grupo. Para el cálculo se tomó la mayor desviación estándar de los dos componentes del estudio de Schmidt (componente físico, media de 50 con 9,6 de DE y componente mental, media 50 con 10,3 de DE) (20). A la vez, para detectar una diferencia de al menos 5 puntos en la satisfacción sexual con la escala ISFI, con un poder del 90 %, asumiendo una desviación estándar de 5 (DE en el estudio de Blümel) (17) y un nivel de confianza del 95 %, se requerían 22 mujeres por grupo.

La información se digitalizó en una hoja de cálculo de MS Office Excel® 2010, luego se exportó, almacenó y procesó en el programa estadístico PASW Statistics 22 ® (SPSS 22).

Para el análisis del cuestionario SF-12, la opción de respuesta elegida por la paciente se transformó en el valor recomendado en el manual, se hizo la recodificación de los 4 ítems que inicialmente tienen una codificación inversa (un valor menor indica un mejor estado de salud) y la recalibración propuesta para las respuestas del ítem 1 (12). Mediante la suma de las respuestas a las preguntas que conforman cada subescala se obtuvo el valor de estas (por ejemplo, la función física incluye las preguntas 2a y 2b). El valor de cada subescala se transformó a un puntaje entre 0 y 100, asignando el porcentaje del máximo valor alcanzable para cada subescala. Como criterio de evaluación de la calidad del dato y de las transformaciones, se verificó el cumplimiento de los valores de correlación esperados entre las subescalas. A continuación se ponderaron y agregaron las variables indicadoras para obtener la medida de resumen para las escalas de Salud Mental y Salud

Física y, por último, se estandarizaron los valores de cada paciente con la norma de Estados Unidos (12) y la publicada para Colombia (14). Al quedar las puntuaciones con una media de 50 y una desviación estándar de 10, valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia. Con respecto al FSFI, el puntaje de cada dominio se multiplica por un factor establecido por los desarrolladores de la escala y el resultado final es la suma aritmética de los dominios (15). En diferentes estudios se ha propuesto que un puntaje de 26,55 o inferior puede calificar con disfunción sexual a una mujer (21).

El análisis de los datos incluyó a todas las pacientes. Se utilizó prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de los datos de las variables cuantitativas y, con base en sus resultados, las que tuvieron distribución normal se resumen con promedio y desviación estándar (DE) y las que no tuvieron distribución normal o eran discretas se resumen con mediana y percentiles 25 y 75 (p25-p75). Para las comparaciones entre grupos se aplicó la prueba *t* de Student para las variables cuantitativas con distribución normal y la U de Mann-Whitney para las que no tuvieron distribución normal. La descripción de las variables cualitativas se hizo con frecuencias absolutas y proporciones, y para las comparaciones se utilizó chi cuadrado, dado que en ninguna comparación se encontraron celdas con valores esperados inferiores a 5. Para la comparación del puntaje obtenido en el IFSF y en la escala SF-12 entre el grupo de histerectomía abdominal y el de vaginal se hizo un análisis de ANCOVA, en el cual la variable dependiente fue el valor obtenido en la medición de las escalas (SF-12 a los 2 meses posquirúrgico e IFSF a los 4 meses), el factor fue el tipo de cirugía y en todos los casos se hizo ajuste por los valores de las mediciones basales de las respectivas escalas. Se verificaron los supuestos de normalidad de los datos dentro de cada grupo, independencia, linealidad entre la variable dependiente y la covariable, homogeneidad de varianzas

(prueba de Levene) y homogeneidad de pendientes. Se hicieron análisis ajustados incluyendo en el modelo de ANCOVA otras características que pudieran modificar el efecto de la técnica quirúrgica en la calidad de vida o en la sexualidad. El tamaño del efecto de las diferencias entre los grupos se calculó con la prueba D de Cohen. Todas las pruebas se hicieron con dos colas y con un nivel de significación de 0,05. Los resultados de los dominios de la escala IFSI se presentan con ánimo descriptivo y no se les realizaron comparaciones estadísticas formales porque las hipótesis *a priori* solo contemplaban análisis de los puntajes globales de las escalas. No se hizo imputación para los datos de la única mujer que se perdió en el seguimiento.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio el equipo quirúrgico realizó 108 histerectomías, de las cuales 75 (69,4 %) fueron vía vaginal, 29 (26,8 %) vía abdominal, 3 asistidas por laparoscopia y una laparoscópica total. En el estudio se incluyeron 46 pacientes, 24 en el grupo de histerectomía vaginal sin prolapso y 22 en el grupo de histerectomía abdominal. Una de las pacientes del grupo de histerectomía abdominal no realizó la medición de las escalas a los 4 meses. Los dos grupos fueron similares en cuanto a las características sociodemográficas basales (tabla 1). En la medición basal, la calidad de vida y la sexualidad no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

La aplicación de la escala SF-12 a los 2 y a los 4 meses mostró que hubo cambios con respecto al valor basal, desde los 2 meses (figura 1), y no hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre las evaluaciones de los 2 y los 4 meses, tanto para el dominio de salud mental ($p = 0,686$) como para la salud física ($p = 0,679$), con alta correlación (coeficiente de correlación de Spearman 0,87); por tanto, para el análisis del efecto de la técnica quirúrgica solo se tuvo en cuenta lo encontrado a los 2 meses posquirúrgicos (tabla 2). En ambos grupos hubo mejoría con respecto al nivel

basal (tabla 1) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, tanto en salud física como en salud mental. La dirección de los resultados no se modificó al adicionar otras variables al ajuste –edad, tamaño uterino, indicación quirúrgica, estado civil–, y el cambio en la magnitud con respecto al valor solo ajustado por el puntaje basal fue mínimo y no estadísticamente significativo. Salud física posoperatoria: puntaje ajustado por valor basal en histerectomía vaginal 49,5 (DE $\pm 1,6$) e histerectomía abdominal 43,8 (DE $\pm 1,7$), diferencia ajustada 5,6 puntos (IC 95 %: 0,87-10,4). Puntajes ajustados por valor basal para salud mental: 51,0 (DE $\pm 1,7$) y 59,3 (DE $\pm 1,6$) puntos, diferencia ajustada 8,4 (IC 95%: 3,6-13,3), y puntajes ajustados por valor basal para sexualidad: 22,7 (DE $\pm 1,8$) y 26,5 (DE $\pm 1,7$), diferencia ajustada 3,8 puntos (IC 95%: -1,2-8,7), para histerectomía abdominal e histerectomía vaginal respectivamente.

Solo tres mujeres habían reiniciado vida sexual dentro de los dos primeros meses después de la intervención, motivo por el cual no es válido realizar una comparación en este periodo preestablecido en el protocolo y los resultados se presentan solo para la evaluación a los cuatro meses. Siete mujeres no tuvieron vida sexual activa en las cuatro semanas previas a la cirugía ni antes de la evaluación a los cuatro meses posoperatorios; otras seis no tuvieron relaciones en las cuatro semanas previas a la cirugía y otra no las tuvo en el periodo previo a la medición posoperatoria. Se hicieron comparaciones en la sexualidad con todas las mujeres incluidas y con los subgrupos que tuvieron vida sexual tanto antes como después de la cirugía (17 mujeres del grupo de histerectomía abdominal y 15 de histerectomía vaginal sin prolapso), y en las que la tuvieron en alguno de los dos momentos de evaluación. Ambos grupos tuvieron mejoría con respecto a los valores basales; de manera similar, los resultados no se modificaron con los ajustes con otras variables. En la tabla 3 se presenta el puntaje obtenido en cada uno de los dominios de la escala IFSF para los dos

Tabla 1.
Características basales de las participantes

Características	HAT n = 23	HVSP n = 24	Valor p
Edad: media (\pm DE)*	41,2 (\pm 6,0)	44,6 (\pm 4,8)	0,048
Estado civil			
Unida	15 (65 %)	17 (70 %)	0,791
No unida	8 (35 %)	7 (30 %)	
Ocupación			
Hogar	11 (65 %)	11 (69 %)	0,805
Otras	6 (35 %)	5 (31 %)	
Enfermedad ginecológica previa			
Hemorragia o sangrado uterino anormal	0 (0 %)	23 (95,8%)	0,627
Dolor pélvico crónico	15 (65 %)	14 (58 %)	
Ansiedad y depresión	2 (9 %)	0 (0 %)	
Dispareunia	7 (30 %)	9 (38 %)	
Enfermedad crónica incapacitante previa			
Enfermedad cerebrovascular	1 (4 %)	0 (0 %)	0,105
Lupus eritematoso sistémico	2 (9 %)	0 (0 %)	
Ninguna	20 (87 %)	24 (100 %)	
Indicación de la histerectomía			
Hemorragia uterina anormal	22 (96 %)	20 (83 %)	0,286
Miomatosis	1 (4 %)	3 (13 %)	
Traqueloccele	0 (0 %)	1 (4 %)	
Complicaciones intraquirúrgicas	0 (0 %)	0 (0 %)	
Tamaño del útero - Media en cm (DE)	11 (2,8)	10 (2)	0,106
Calidad de vida SF-12			
Componente Físico - Media (DE)	35,2 (10,5)	31,5 (11,8)	0,239
Componente Mental - Media (DE)	41,2 (11,8)	45,7 (12,6)	0,213
Sexualidad IFSF **			
Deseo. Mediana (p25-p75)	3,3 (2,4-4,4)	3,3 (1,5-4,2)	0,920
Excitación. Mediana (p25-p75)	3 (1,1-4,7)	2,4 (0-3,9)	0,430
Lubricación. Mediana (p25-p75)	3,5 (1,1-5,1)	3,5 (0-5,6)	0,704
Orgasmo. Mediana (p25-p75)	3,4 (0,9-5,3)	2,4 (0-4,3)	0,199
Dolor. Mediana (p25-p75)	3,0 (0,9-4,5)	2,4 (0-4,4)	0,415
Satisfacción. Mediana (p25-p75)	3,6 (2,3-5,0)	3,2 (1,3-5,5)	0,573
Sexualidad global. Mediana (p25-p75)	21,0 (8,3-28,0)	18,3 (4,4-25,3)	0,385
Sexualidad global. Media (DE)	19,0 (\pm 10,5)	16,5 (\pm 11,6)	0,428

* T de student

** U de Mann-Whitney

HAT: histerectomía abdominal

HVSP: histerectomía vaginal sin prolapso

Tabla 2.
Comparación en la puntuación de la escala SF-12 a los dos meses posoperatorio y en el puntaje IFSI a los cuatro meses posoperatorio entre los grupos de histerectomía vaginal sin prolapso frente a histerectomía abdominal total

Variables	HAT media (DE) n = 22	HVSP media (DE) n = 24	HAT media ajustada* (DE)	HVSP media ajustada* (DE)	Diferencia (IC 95 %)*	P*	Tamaño del efecto**
Salud física	43,7 (± 8,4)	49,6 (± 7,2)	43,8 (± 1,7)	49,5 (± 1,6)	5,6 (0,87-10,4)	0,022	3,54
Salud mental	50,8 (± 10,3)	59,5 (± 1,9)	51,0 (± 1,7)	59,3 (± 1,6)	8,4 (3,6-13,3)	0,01	5,15
IFSI (todas)	23,4 (± 10,4)	24,7 (± 10,2)	22,7 (± 1,8)	26,5 (± 1,7)	3,8 (-1,2 a 8,7)	0,13	2,22
IFSI (con vida sexual antes y después)	26,6 (± 7,3)	27,5 (± 8,9)	25,9 (± 1,8)	28,1 (± 1,6)	2,2 (-2,6 a 7,0)	0,36	1,41
IFSI (con vida sexual antes o después)	27,3 (± 5,3)	29,8 (± 5,9)	27,4 (± 1,3)	29,6 (± 1,3)	2,2 (-1,5 a 5,9)	0,23	1,73

* Valor ajustado por la medición inicial según análisis de ANCOVA

** El tamaño del efecto de las diferencias entre los grupos se calculó con la prueba D de Cohen

HAT: histerectomía abdominal

HVSP: histerectomía vaginal sin prolapso

grupos y el rango de los posibles valores mínimo y máximo que pueden tomar los dominios.

DISCUSIÓN

Nuestra hipótesis de que las pacientes intervenidas con histerectomía vaginal sin prolapso tendrían una diferencia de al menos 10 puntos en las escalas SF-12 respecto a las mujeres intervenidas con histerectomía abdominal total, y 5 puntos de diferencia respecto al IFSI, interpretables como clínicamente significativas, no se probó en este estudio. Aunque las diferencias en los dos dominios de la medición de calidad de vida alcanzaron significación estadística, la diferencia numérica es muy baja, por tanto, se podría aceptar que no existe diferencia clínicamente significativa entre las técnicas en estos aspectos.

La mayoría de estudios que comparan los resultados con los diferentes abordajes de la histerectomía se han enfocado en complicaciones, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y costo-efectividad. Dentro de los 22 desenlaces incluidos en la más

reciente revisión sistemática de la Colaboración Cochrane de comparación del abordaje quirúrgico para la histerectomía por condiciones benignas, no están ni la calidad de vida ni el impacto sobre la sexualidad, a pesar de incluir 47 estudios con 5102 mujeres (1). Los resultados más aproximados a estos tópicos fueron el retorno a la actividad normal, la cual fue más rápida con la histerectomía vaginal que con la abdominal, y la satisfacción, en la cual no encontraron diferencias. En estos estudios, los criterios de inclusión y exclusión son los mismos para ambos grupos, lo que sugiere que en los dos existen mujeres sin prolapso uterino, y en algunos es explícito que el objetivo de la investigación es precisamente estudiar esta situación (22).

La calidad de vida relacionada con la salud se define como aquella debida a las condiciones de atención en salud de las personas, a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global. Esta se considera esencial para la valoración adecuada de los efectos de las enfermedades

Figura 1. Cambio en la medición de la calidad de vida

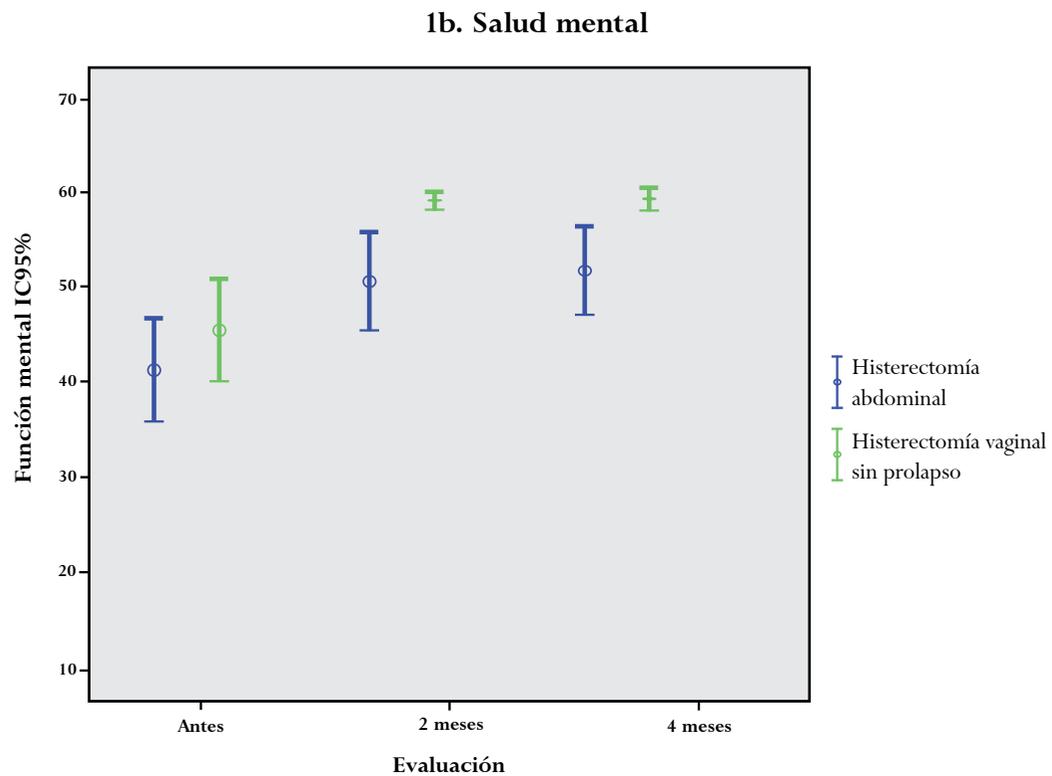
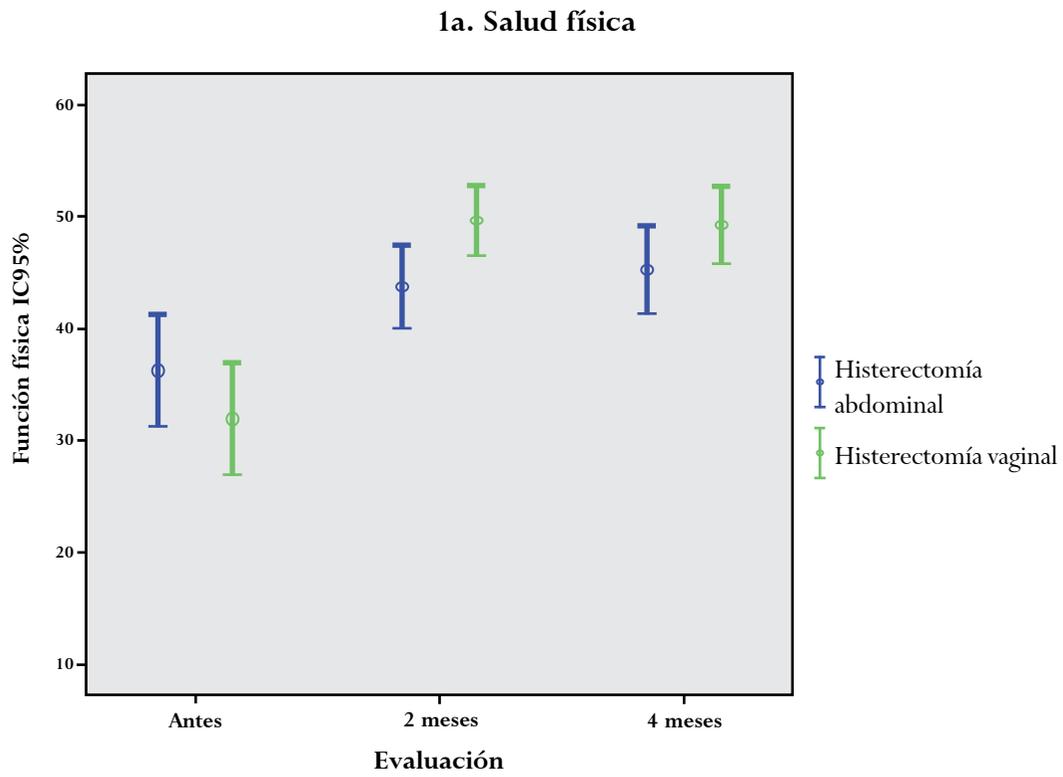


Tabla 3.
Componentes de la escala IFSF a los 4 meses posquirúrgico, histerectomía abdominal total frente a histerectomía vaginal sin prolapso

Variables	HAT n = 18	HVSP n = 22	Rango de valores posibles en el dominio*
Deseo: mediana (p25-p75)	4,2 (3,6-5,4)	4,8 (4,2-6,0)	1,2-6,0
Excitación: mediana (p25-p75)	4,4 (3,9-5,0)	5,4 (4,2-5,7)	0,0-6,0
Lubricación: mediana (p25-p75)	5,4 (3,9-5,7)	5,4 (4,5-6,0)	0,0-6,0
Orgasmo: mediana (p25-p75)	4,8 (4,1-5,5)	5,2 (4,4-6,0)	0,0-6,0
Dolor: mediana (p25-p75)	4,4 (3,7-6,0)	4,8 (4,4-6,0)	0,0-6,0
Satisfacción: mediana (p25-p75)	4,8 (4,5-5,9)	5,6 (4,8-6,0)	0,0-6,0
Deseo**: mediana (p25-p75)	3,3 (2,4-4,4)	3,3 (1,5-4,2)	0,0-6,0

* Rango de valores tomados de Rosen *et al.* (15)

** Para la totalidad de mujeres estudiadas

HAT: histerectomía abdominal

HVSP: histerectomía vaginal sin prolapso

y de las intervenciones médicas (23). En la literatura se encontró solo un ensayo clínico específico para mujeres sin prolapso uterino con calidad de vida y satisfacción global como desenlace primario (8). La mediana de la “capacidad funcional” al mes posquirúrgico fue de 72,5 (p25-75: 55-90) en las 30 mujeres del grupo de histerectomía abdominal y 95 (75 a 100) en las 30 del grupo de histerectomía vaginal, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,002$). El “aspecto físico” fue 37,5 (0-100) y 100 (25-100) ($p = 0,008$), respectivamente. No encontraron diferencias en el nivel general de satisfacción evaluado con una escala no validada, pero sí que una proporción mayor de mujeres escogería la misma vía quirúrgica. A diferencia de nuestro estudio, emplearon el instrumento SF-36, de él utilizaron algunos subdominios y no los dominios físico y mental, como se recomienda; no realizaron ajuste por los niveles basales, por tanto, los resultados no son comparables.

En los ensayos clínicos e-VALuate no se hizo una comparación frente a frente entre el grupo de mujeres sometidas a histerectomía abdominal

y vaginal, sino que se comparó cada uno de esos grupos de manera independiente con otros grupos a los que se les realizó por laparoscopia (24). Todos los procedimientos se asociaron con mejoras en los componentes físicos y mentales del SF-12 y la escala de la imagen corporal a los cuatro meses, en comparación con la línea base, con una diferencia altamente significativa en la puntuación del componente físico del SF-12 a las seis semanas a favor de la histerectomía laparoscópica frente a la histerectomía abdominal, pero sin diferencias con respecto a la vía vaginal. Similar a este gran ensayo clínico (se operaron 1346 y 937 fueron seguidas durante un año), en nuestro estudio no se encontraron diferencias en el dominio de salud mental.

Las mujeres manifiestan preocupación por el efecto que pueda tener la histerectomía sobre la sexualidad. La revisión sistemática citada no incluyó el efecto sobre la sexualidad dentro de los desenlaces. En el también citado estudio e-VALuate, todos los procedimientos se asociaron con mejoría en la actividad sexual a los cuatro meses en comparación con la línea base; las puntuaciones a las seis

semanas fueron superiores para la histerectomía laparoscópica en comparación con la abdominal, y no se encontró evidencia de una diferencia con la histerectomía vaginal (1). En el 2003, en los Países Bajos se realizó un estudio prospectivo observacional a seis meses que no encontró diferencias entre histerectomía vaginal, abdominal total y subtotal en el bienestar sexual (25). Finalmente, concluyen que el placer sexual mejora después de la histerectomía, independientemente de la vía quirúrgica utilizada, resultado similar a lo encontrado en nuestro estudio.

En el presente estudio se deben considerar varios aspectos al interpretar los resultados: es obvio que la principal limitación es el carácter observacional, y es claro que las conclusiones más válidas con respecto a las intervenciones se obtienen de los ensayos clínicos; el estudio no tiene poder estadístico para identificar diferencias en complicaciones, aunque ese no era el objetivo y está suficientemente documentado en la literatura; la población fue intervenida por el mismo equipo quirúrgico, y a pesar de que con la estrategia de restricción en los criterios de inclusión se logró contar con dos grupos muy similares, no es posible descartar que haya alguna característica no medida que pudiera actuar como variable de confusión. El seguimiento se realizó únicamente hasta cuatro meses, aunque es poco probable que los resultados cambien con mayor tiempo de duración, y que los cambios que se den a partir de ese momento sí sean exclusivos de la técnica quirúrgica. La restricción en criterios para garantizar que la mujer pudiera ser indistintamente intervenida vía abdominal o vaginal, y que el equipo quirúrgico tuviera igual experiencia en ambos abordajes disminuye potenciales sesgos de selección, lo cual se podría reforzar con la similitud de las características de los grupos y la ausencia de cambios en los resultados con los análisis multivariados realizados. Como fortalezas del estudio se tiene el carácter prospectivo, que permitió contar con una medición de la calidad de vida y de la sexualidad previas a la cirugía, el tamaño de la muestra calculado

para obtener diferencias clínicamente significativas, y la pérdida de solo una mujer en el seguimiento.

Aunque cada cirujano elige la vía principalmente con base en su experiencia y habilidad, y en características de las pacientes como tamaño y descenso uterino, enfermedades pélvicas extrauterinas concomitantes, antecedentes quirúrgicos, obesidad, paridad, necesidad de realizar ooforectomía concomitante, disponibilidad de instrumental quirúrgico, entre otras (1), es importante seguir motivando la vía vaginal. La técnica de histerectomía vaginal sin prolapso (HVSP) de Heaney, con las modificaciones introducidas por la escuela brasileña de Londrina, es una excelente alternativa, dados los beneficios reconocidos de esta vía de abordaje con mínimas complicaciones, como se evidenció en este estudio. Para lograr esto, es necesario mejorar el entrenamiento durante el proceso de formación como especialistas y romper las barreras que aún hoy persisten en muchos especialistas (26, 27).

CONCLUSIÓN

Aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida, el puntaje alcanzado no es clínicamente significativo.

REFERENCIAS

1. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane database Syst Rev.* 2015;8:CD003677.
2. Moen M, Walter A, Harmanli O, Cornella J, Nihira M, Gala R, et al. Considerations to improve the evidence-based use of vaginal hysterectomy in benign gynecology. *Obstet Gynecol.* 2014;124:585-8.
3. Pynnä K, Vuorela P, Lodenius L, Paavonen J, Roine RP, Räsänen P. Cost-effectiveness of hysterectomy for benign gynecological conditions: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93:225-32.
4. Dayaratna S, Goldberg J, Harrington C, Leiby BE, McNeil JM. Hospital costs of total vaginal hysterectomy compared with other minimally invasive hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210:120.e1-6.

5. DeLancey JO, Skinner BD. Selecting the route for hysterectomy: A structured approach. *Contemp Obs Gynecol.* 2013;58:24-32.
6. Kovac SR, Barhan S, Lister M, Tucker L, Bishop M, Das A. Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1521-7.
7. Correa-Ochoa JL, Tirado-Mejía JA, Mejía-Zúñiga JF, Tirado-Hernández M, Gómez-Ibarra EA, Arango-Martínez A. Histerectomía vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. Medellín (Colombia) 2008-2010. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011;62:45-50.
8. Silva-Filho AL, Werneck RA, de Magalhães RS, Belo A V, Triginelli S a. Abdominal vs vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. *Arch Gynecol Obstet.* 2006;274:21-4.
9. Radosa JC, Meyberg-Solomayer G, Kastl C, Radosa CG, Mavrova R, Gräber S, et al. Influences of different hysterectomy techniques on patients' postoperative sexual function and quality of life. *J Sex Med.* 2014; 11:2342-50.
10. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of hysterectomy on sexual function. *Curr Sex Heal Reports.* 2014; 6:244-51.
11. Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:501-11.
12. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. User's Manual for the SF-12v2® Health Survey (With a Supplement Documenting SF-12® Health Survey). Lincoln RQI, editor; 2002. p. 250.
13. Lugo LH, García HI, Gómez RC. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006;24:37-50.
14. Ramírez-Vélez R, Agredo-Zúñiga RA, Jerez-Valderrama AM. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev Salud Pública.* 2010;12:807-19.
15. 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.* 2000;26:191-208.
16. Daker-White G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function: a systematic review. *Arch Sex Behav.* 2002;31:197-209.
17. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69:118-25.
18. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 2009;16:1139-48.
19. Garcia S, Moreno S, Aponte H. Prevalence of sexual dysfunction in female outpatients and personnel at a Colombian hospital: correlation with hormonal profile. *J Sex Med.* 2008;5:1208-13.
20. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. [Reference guidelines for the 12-Item Short-Form Health Survey version 2 based on the Catalan general population]. *Med Clin (Barc).* 2012;139:613-25.
21. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005 Jan-Feb;31(1):1-20.
22. Miskry T, Magos A. Randomized, prospective, double-blind comparison of abdominal and vaginal hysterectomy in women without uterovaginal prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:351-8.
23. Lugo LE, García HI, Gómez C. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *IATREIA.* 2002;15:96-102.
24. Garry R, Fountain J, Mason S, Hawe J, Napp V, Abbott J, et al. The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ.* 2004;328:129.
25. Roovers JWR, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz APM. Hysterectomy and sexual wellbeing:

- prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ*. 2003;327:774-8.
26. Doucette RC, Sharp HT, Alder SC. Challenging generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184:1386-9; discussion 1390-1.
27. Ocheke AN, Ekwempu CC, Musa J. Underutilization of vaginal hysterectomy and its impact on residency training. *West Afr J Med*. 2009;28:323-6.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.