

Impacto del reemplazo total de cadera en la actividad sexual y la satisfacción de vida: un aspecto poco explorado

Ezequiel Lulkin, Sebastián Pereira, Fernando Bidolegui

Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Sirio Libanés, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: La actividad sexual y la satisfacción de vida son dimensiones relevantes para los pacientes sometidos a un reemplazo total de cadera; su evaluación específica sigue poco explorada. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo con mediciones pre y posoperatorias en 40 pacientes adultos (20 mujeres, 20 hombres). Se analizaron las siguientes variables: actividad sexual (sí/no), dolor de cadera limitante para la actividad sexual (sí/no), dolor durante la actividad sexual (frecuencia) y satisfacción sexual (escala 1-5). **Resultados:** La proporción de pacientes activos sexualmente aumentó del 60% al 75%, un cambio absoluto +15 puntos porcentuales. La cantidad de pacientes con dolor de cadera limitante para la actividad sexual disminuyó de 12 (30%) a 6 (15%) ($p = 0,031$). El 13,3% de los 30 pacientes activos después de la cirugía refirió dolor durante la actividad sexual ("a menudo"). La satisfacción sexual "alta" (niveles 4 y 5) aumentó del 12,5% al 62,5%. De los 10 (25%) que permanecieron inactivos después de la cirugía, 7 lo atribuyeron a la falta de deseo o a la ausencia de pareja y 3, a preocupación/miedo. **Conclusiones:** El reemplazo total de cadera se asoció con una mayor actividad sexual y menos dolor limitante, y un incremento marcado de la satisfacción sexual reportada. Se requieren estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.

Palabras clave: Reemplazo total de cadera; actividad sexual; satisfacción sexual; dolor; calidad de vida.

Nivel de Evidencia: III

Impact of Total Hip Arthroplasty on Sexual Activity and Life Satisfaction: An Underexplored Aspect

ABSTRACT

Introduction: Sexual activity and life satisfaction are important outcomes for patients undergoing total hip arthroplasty (THA), yet they remain underexplored in routine assessments. **Materials and Methods:** Retrospective study with paired pre- and postoperative evaluations in 40 adults (20 women, 20 men). Variables analyzed included sexual activity (yes/no), hip pain limiting sexual activity (yes/no), pain during sexual activity (frequency), and sexual satisfaction (5-point scale). **Results:** The proportion of sexually active patients increased from 60% (24/40) to 75% (30/40), an absolute change of +15 percentage points. Patients reporting hip pain that limited sexual activity decreased from 12 (30%) to 6 (15%) ($p = 0.031$). Among the 30 patients who were sexually active postoperatively, 13.3% reported pain during sexual activity ("often"). High sexual satisfaction (scores 4–5) increased from 12.5% to 62.5%. Of the 10 patients (25%) who remained inactive after surgery, 7 attributed it to lack of desire or absence of a partner, and 3 to concern or fear. **Conclusions:** Total hip arthroplasty was associated with increased sexual activity, reduced limiting pain, and a marked improvement in reported sexual satisfaction. Prospective studies are needed to confirm these findings.

Keywords: Total hip arthroplasty; sexual activity; sexual satisfaction; pain; quality of life.

Level of Evidence: III

INTRODUCCIÓN

El reemplazo total de cadera (RTC) es una operación fundamental en el tratamiento de enfermedades degenerativas articulares que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes. Los principales objetivos de esta cirugía son mejorar la función articular y disminuir el dolor, pero hay otros aspectos de la vida diaria de los pacientes que merecen atención, entre ellos, la actividad sexual.^{1,2}

Recibido el 24-6-2025. Aceptado luego de la evaluación el 30-8-2025 • Dr. EZEQUIEL LULKIN • ezelul@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4119-0483>

Cómo citar este artículo: Lulkin E, Pereira S, Bidolegui F. Impacto del reemplazo total de cadera en la actividad sexual y la satisfacción de vida: un aspecto poco explorado. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2025;90(5):464-471. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2025.90.5.2187>

La actividad sexual es un componente vital de la salud física y emocional, y su alteración puede tener consecuencias significativas en el bienestar general de los individuos. En la literatura científica, se ha abordado limitadamente la relación entre el RTC y la actividad sexual, lo que deja un vacío en la comprensión del impacto posoperatorio en la vida de los pacientes.^{3,4}

Este estudio retrospectivo se enfocó en evaluar cómo el RTC influye en la actividad sexual y la satisfacción general de los pacientes. A través de la implementación de cuestionarios pre y posoperatorios, se buscó identificar cambios en la frecuencia de la actividad sexual, el dolor durante la actividad sexual, y el grado de satisfacción sexual y general, para obtener así una perspectiva más amplia de los resultados de la cirugía más allá de la mejora de la función articular.

El estudio pretende arrojar luz sobre un tema poco explorado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo para evaluar la influencia del RTC en la actividad sexual y la satisfacción general de vida de los pacientes. La investigación se centró en el análisis de cuestionarios estandarizados que incluían una sección preoperatoria respondida por recuerdo del paciente (*recall*) y una sección posoperatoria (Anexo).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Sirio Libanés antes de la administración de las encuestas.

Se incluyó a 40 pacientes (20 hombres y 20 mujeres), de entre 60 y 75 años (media 70). Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de osteoartritis de cadera e indicación clínica para un RTC. Se excluyó a los pacientes con cirugías previas de cadera o cuadros médicos que impidieran la participación en actividades sexuales. La muestra se conformó mediante muestreo aleatorio estratificado por sexo (20 hombres y 20 mujeres).

Se diseñaron dos cuestionarios para recoger datos sobre la actividad sexual y la satisfacción general. Los instrumentos fueron elaborados a partir de la bibliografía y la práctica clínica; no cuentan con validación psicométrica formal. La escala de satisfacción sexual se administró a todos los participantes, independientemente de su actividad sexual, para relevar satisfacción/deseo/expectativas.

El cuestionario preoperatorio evaluó la actividad sexual antes de la cirugía, la frecuencia de dolor durante la actividad sexual y el nivel de satisfacción sexual. El cuestionario posoperatorio recogió información sobre la reanudación de la actividad sexual, el dolor durante la actividad sexual y las calificaciones de satisfacción sexual y general tras la cirugía.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas. Las variables continuas se expresan como media y desviación estándar, y las variables categóricas, como frecuencia y porcentaje. Para la comparación de las respuestas pre y posoperatorias (diseño pareado) se utilizaron pruebas estadísticas apropiadas. Las escalas tipo Likert se trataron como cuasi-interválicas, empleando la prueba t de Student pareada como aproximación y, cuando correspondía, la prueba de Wilcoxon. Las variables dicotómicas (actividad sexual y dolor limitante) se analizaron con la prueba de McNemar (exacta, bilateral). Se reportan valores p bilaterales y un intervalo de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

No se realizaron comparaciones entre hombres y mujeres, este análisis se considerará en futuros estudios. Para la satisfacción sexual (escala ordinal), se presenta una matriz de transición preoperatoria-posoperatoria de carácter descriptivo.

RESULTADOS

La distribución por sexo fue equitativa, 20 hombres y 20 mujeres. Antes de la cirugía, 24 pacientes (60%) informaron estar activos sexualmente. De los 16 que no eran activos, 12 atribuyeron la inactividad al dolor o la incomodidad de cadera y 4, a otros motivos (p. ej., falta de deseo o no tener pareja). Los 40 participantes respondieron sobre la satisfacción sexual preoperatoria: 10 (25%), baja (niveles 1 y 2); 25 (62,5%), moderada (nivel 3) y 5 (12,5%), alta (niveles 4 y 5).

Después de la cirugía, 30 de los 40 pacientes (75%) refirieron estar activos sexualmente. Entre los 10 (25%) que no reanudaron la actividad, las razones principales fueron: falta de deseo o no tener pareja (70% de los inactivos; 17,5% del total) y preocupación/miedo (30% de los inactivos; 7,5% del total). Cuatro de los 30 activos (13,3%)

refirieron dolor durante la actividad sexual después de la cirugía, todos, “a menudo”. En este grupo, 27 (90%) calificaron la vida sexual como “mejorada” y 3 (10%), como “sin cambios”. Para 25 de los 40 (62,5%) la satisfacción sexual posoperatoria era “alta” (niveles 4 y 5) (Figuras 1 y 2, Tablas 1-3).

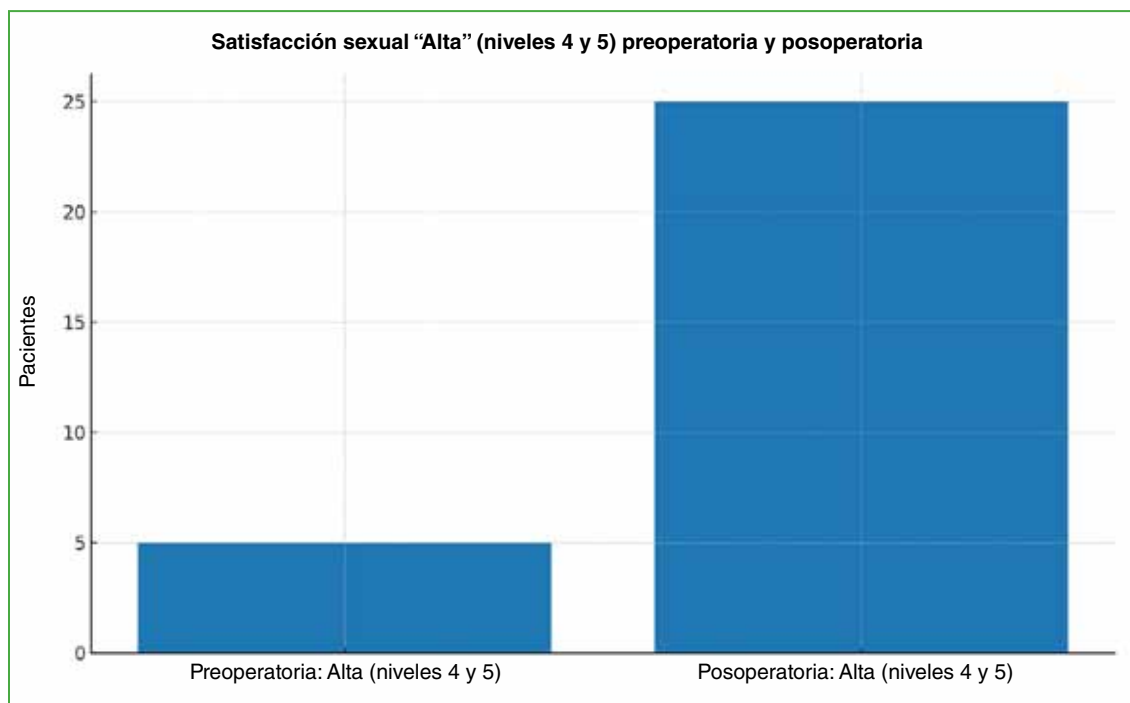


Figura 1. Satisfacción sexual “alta” (niveles 4 y 5) preoperatoria vs. posoperatoria (n = 40).

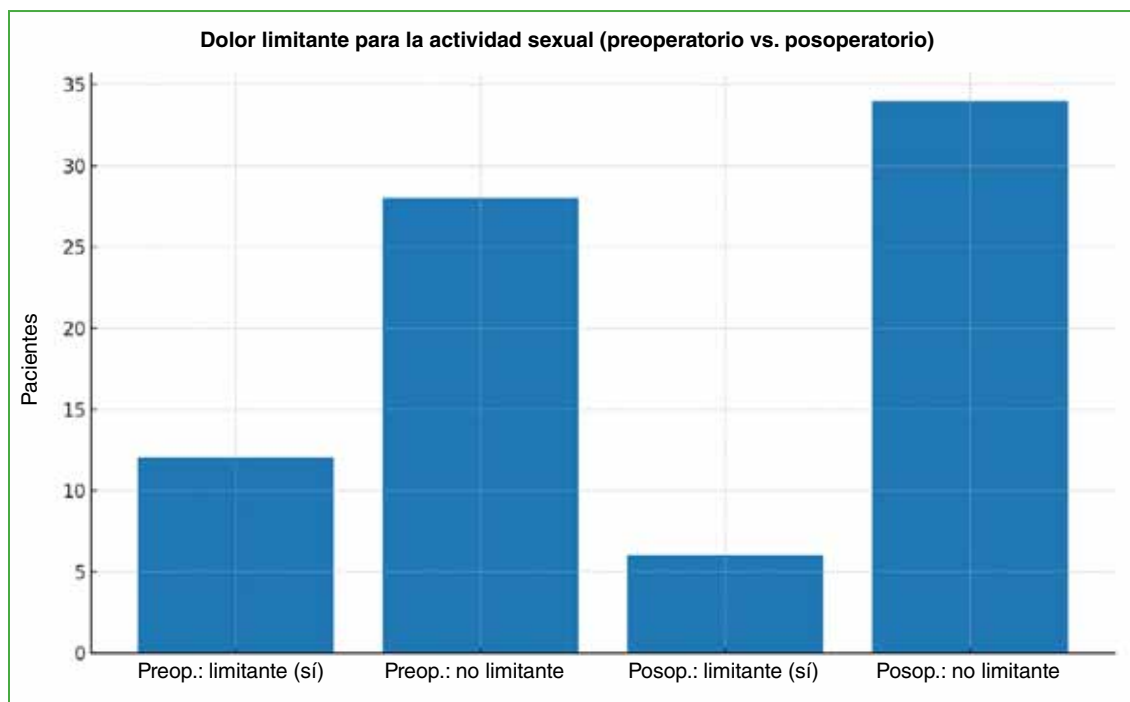


Figura 2. Dolor limitante para la actividad sexual (preoperatorio vs. posoperatorio; n = 40). Prueba de McNemar exacta (bilateral): $p = 0,031$.

Tabla 1. Transiciones preoperatoria y posoperatoria de la actividad sexual (sí/no) (n = 40)

	Posoperatorio activo	Posoperatorio inactivo	Total
Preoperatorio activo	24 (60%)	0 (0%)	24 (60%)
Preoperatorio inactivo	6 (15%)	10 (25%)	16 (40%)
Total	30 (75%)	10 (25%)	40 (100%)

Valores n (%), calculados sobre cada fila. n = 40. Contraste pareado con prueba de McNemar (exacta, bilateral): p = 0,031.

Tabla 2. Transiciones preoperatoria y posoperatoria del dolor limitante para la actividad sexual (sí/no) (n = 40)

	Posoperatorio no limitante	Posoperatorio limitante	Total
Preoperatorio no limitante	28 (70%)	0 (0%)	28 (70%)
Preoperatorio limitante	6 (15%)	6 (15%)	12 (30%)
Total	34 (85%)	6 (15%)	40 (100%)

Mismo esquema de análisis que la Tabla 1 e igual patrón de discordantes, prueba de McNemar exacta: p = 0,031.

Tabla 3. Transiciones preoperatoria y posoperatoria de la satisfacción sexual (niveles 1-2, 3 y 4-5)

	Posoperatorio baja (niveles 1 y 2)	Posoperatoria moderada (nivel 3)	Posoperatoria alta (niveles 4 y 5)
Preoperatoria baja (niveles 1 y 2) (n = 10)	10	0	0
Preoperatoria moderada (nivel 3) (n = 25)	0	5	20
Preoperatoria alta (niveles 4 y 5) (n = 5)	0	0	5

Matriz pareada 3 x 3 de transiciones preoperatoria → posoperatoria. n = 40. Presentación descriptiva.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio retrospectivo muestran una mejoría en la actividad sexual y la satisfacción de vida general tras un RTC. En otros estudios, se evaluó la implicancia del RTC en la actividad sexual de los pacientes. En particular, Turhan y Buyuk³ hallaron que la calidad de vida sexual mejoró significativamente después de un RTC bilateral, lo que respalda nuestros hallazgos de una mejor satisfacción sexual posoperatoria. Yoon y cols.,⁴ en un estudio de pacientes coreanos, también comunicaron mejoras en la actividad sexual y la satisfacción tras esta cirugía. Sin embargo, destacaron la insuficiente educación de los pacientes sobre la reanudación de la actividad sexual, un aspecto no abordado específicamente en nuestro estudio, pero que podría ser relevante para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

Galloway y cols.⁵ estudiaron la función sexual y el retorno a la actividad sexual en adultos jóvenes tras un RTC, y publicaron que la función sexual mejoró significativamente, esto concuerda con nuestros hallazgos sobre mejora general de la satisfacción sexual y la disminución del dolor. En un estudio de Yang y cols.⁶ en pacientes jóvenes de China, los puntajes de satisfacción sexual mejoraron tanto en hombres como en mujeres después del RTC, lo que refuerza nuestros resultados sobre la mejora posoperatoria en la satisfacción sexual.

Una revisión sistemática de Neonakis y cols.⁷ confirmó que el RTC mejora la satisfacción sexual y reduce las barreras físicas que limitan la actividad sexual. Este estudio respalda firmemente nuestras observaciones de que la actividad sexual es una preocupación importante para los pacientes y que el RTC está asociado con una actividad sexual mejorada. Bonilla y cols.⁸ investigaron el impacto del RTC en la satisfacción sexual de las mujeres y hallaron mejoras significativas en la satisfacción posoperatoria. Sin embargo, identificaron la necesidad de una comunicación y un asesoramiento más efectivos, un aspecto que nuestros hallazgos también sugieren al observar que un pequeño porcentaje de pacientes no reanudó la actividad sexual debido a preocupaciones o miedo.

Asimismo, el estudio de Wall y cols.⁹ resalta la importancia de abordar la actividad sexual tanto antes como después del RTC. Este estudio indica que un porcentaje alto de pacientes (77%) cree que su enfermedad de cadera limita su vida sexual y que la recuperación de la actividad sexual es importante para ellos. No obstante, muchos sienten que no reciben suficiente información sobre la actividad sexual posoperatoria, lo que coincide con nuestros hallazgos sobre la necesidad de mejorar la comunicación entre pacientes y cirujanos. Wall y cols.⁹ también subrayan que la mayoría de los cirujanos no discute adecuadamente la actividad sexual con sus pacientes por la sensibilidad del tema y la falta de medidas estandarizadas para evaluar la función sexual después del RTC.

Los resultados de nuestro estudio confirman el efecto positivo del RTC en la actividad sexual y la satisfacción de vida general.

A diferencia de estudios anteriores, hallamos que un pequeño porcentaje no retoma la actividad sexual tras la cirugía por preocupaciones o miedo; por lo tanto, surge la necesidad de que los profesionales de la salud tengan una comunicación y brinden un asesoramiento más efectivos. Es crucial que futuras investigaciones aborden esta brecha en la comunicación y educación del paciente para mejorar la recuperación integral y la calidad de vida posoperatoria. Además, se debe considerar la inclusión de medidas de resultado validadas que tengan en cuenta la actividad sexual para facilitar la discusión sobre este tema sensible entre el paciente y el cirujano.

A pesar de las limitaciones inherentes al diseño retrospectivo y la muestra del estudio, los resultados obtenidos son estadísticamente significativos y proporcionan una base sólida para futuras investigaciones. Se recomienda llevar a cabo estudios prospectivos con muestras más grandes y diversas para confirmar estos hallazgos y explorar, con más profundidad, el impacto del RTC en la dinámica de las relaciones íntimas y la imagen corporal.

CONCLUSIONES

Este estudio proporciona evidencia de que el RTC no solo mejora la movilidad y alivia el dolor, sino que también tiene un efecto positivo en la actividad sexual y la satisfacción de vida general, aspectos fundamentales para la recuperación integral del paciente.

Declaración sobre uso de IA generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de escritura

Durante la preparación de este manuscrito, se utilizó IA con el fin de mejorar la legibilidad y el lenguaje, y revisar la consistencia estadística. Después de utilizar esta herramienta, los autores revisaron y editaron el contenido según fuera necesario y asumen toda la responsabilidad del contenido de la publicación.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de S. Pereira: <https://orcid.org/0000-0001-9475-3158>

ORCID de F. Bidolegui: <https://orcid.org/0000-0002-0502-2300>

BIBLIOGRAFÍA

1. Nunley RM, Nam D, Bashyal RK, Della Valle CJ, Hamilton WG, Berend ME, et al. The impact of total joint arthroplasty on sexual function in young, active patients. *J Arthroplasty* 2015;30(2):335-40. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2014.09.029>
2. Harmsen RT, Haanstra TM, Sierevelt IN, Jansma EP, Nolte PA, Nicolai MP, et al. Does total hip replacement affect sexual quality of life? *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17:198. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1048-1>
3. Turhan S, Buyuk A. Evaluation of sexual quality of life after bilateral total hip arthroplasty surgery. *Orthop Traumatol Surg Res* 2022;108(1):103125. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2021.103125>
4. Yoon BH, Lee KH, Noh S, Ha YC, Lee YK, Koo KH. Sexual activity after total hip replacement in Korean patients: how they do, what they want, and how to improve. *Clin Orthop Surg* 2013;5(4):269-77. <https://doi.org/10.4055/cios.2013.5.4.269>
5. Galloway R, Monnington K, Moss R, Donaldson J, Skinner J, McCulloch R. Satisfaction rates, function, and return to activity following young adult total hip arthroplasty. *Bone Jt Open* 2024;5(4):304-11. <https://doi.org/10.1302/2633-1462.54.BJO-2024-0005.R1>
6. Yang D, Zhang J, Zhang K, Zhou Y, Peng X, Wang L, et al. Sexual function and sexual activity in young total hip arthroplasty Chinese patients: A retrospective cohort study. *Front Surg* 2023;9:960721. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.960721>
7. Neonakis EM, Perna F, Traina F, Faldini O, Antoniou G, Kyriakopoulos G, et al. Total hip arthroplasty and sexual activity: a systematic review. *Musculoskelet Surg* 2020;104(1):17-24. <https://doi.org/10.1007/s12306-020-00645-z>
8. Bonilla G, Asmar MA, Suarez C, Barrios V, Suarez MA, Llinás A. The impact of total hip arthroplasty on sexual satisfaction in female patients: a prospective before-and-after cohort study. *Int Orthop* 2021;45(11):2825-31. <https://doi.org/10.1007/s00264-021-05085-3>
9. Wall PD, Hossain M, Ganapathi M, Andrew JG. Sexual activity and total hip arthroplasty: a survey of patients' and surgeons' perspectives. *Hip Int* 2011;21(2):199-205. <https://doi.org/10.5301/HIP.2011.6518>

ANEXO

Cuestionario Preoperatorio:

¿Era sexualmente activo antes de la cirugía?

- ☐ Sí
☐ No

Si no era sexualmente activo, ¿fue debido a dolor o incomodidad en la cadera?

- ☐ Sí
☐ No

Si ha tenido dolor en la cadera durante la actividad sexual, ¿con qué frecuencia?

- ☐ Siempre
☐ A menudo
☐ A veces
☐ Raramente

¿El dolor ha afectado su deseo de tener actividad sexual?

- ☐ Sí
☐ No

En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría su satisfacción sexual antes de la cirugía? (Siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho)

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

Cuestionario Postoperatorio:

Después de la cirugía, ¿retomó la actividad sexual?

- ☐ Sí
☐ No

Si no ha retomado la actividad sexual, ¿cuál es la razón principal?

- ☐ Dolor o incomodidad
☐ Preocupación por dañar la prótesis
☐ Falta de deseo
☐ Recomendación médica
☐ Problemas de relación
☐ Otras razones (especifique): _____

Después de la cirugía, ¿ha sentido dolor en la cadera durante la actividad sexual?

- ☐ Sí
☐ No

Si respondió sí al dolor, ¿con qué frecuencia?

- ☐ Siempre
- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Raramente

Comparado con antes de la cirugía, ¿cómo calificaría su vida sexual?

- ☐ Mejor
- ☐ Igual
- ☐ Peor

En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría su satisfacción sexual después de la cirugía?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría su satisfacción general con la calidad de vida después de la cirugía?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5