

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**“CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN MUJERES POST
HISTERECTOMIZADAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DURANTE EL
AÑO 2014”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

**ALBUJA MESA DIEGO MAURICIO
CELLERI CARRASCO ANDREA ESTEFANIA**

DIRECTOR ACADÉMICO:

DR. DIEGO CALDERON

DIRECTOR METODOLÓGICO

DR. FERNANDO ESCOBAR

QUITO, 2015

DEDICATORIA

A mis padres, abuelos y esposo, mi apoyo incondicional en todo momento.....

Andrea E. Celleri C.

A mis padres y a mi hermano, los verdaderos gestores de este logro.

“El éxito no es definitivo. El fracaso no es fatal. Es el coraje para continuar lo que cuenta”

.....Winston Churchill

Diego Albuja M.

AGRADECIMIENTO

A nuestros maestros y tutores por su dedicación desinteresada para con nuestra formación médica, especialmente a los doctores Diego Calderón, Fernando Escobar y Ramiro Sigüenza.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a la Facultad de Medicina por abrirnos sus puertas y darnos la acogida para cumplir el más grande de nuestros sueños.

Al Hospital Carlos Andrade Marín, al que le debemos nuestro último año de formación, las experiencias vividas y la apertura para realizar esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	4
2.1 RECUESTO ANATÓMICO.....	4
2.1.1 GENITALES INTERNOS.....	4
2.1.2 GENITALES EXTERNOS.....	8
2.1.3 OTRAS ESTRUCTURAS IMPORTANTES.....	12
2.2 INERVACIÓN DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS.....	14
2.2.1 INERVACIÓN SOMÁTICA.....	14
2.2.2 INERVACIÓN VISCERAL.....	16
2.3 LA HISTERECTOMÍA.....	18
2.3.1 HISTORIA DE LA HISTERECTOMÍA.....	18
2.3.2 INCIDENCIA.....	19
2.3.3 TIPOS DE HISTERECTOMÍA.....	21
2.3.4 INDICACIONES PARA LA HISTERECTOMÍA.....	22
2.3.5 ELECCIÓN DEL TIPO DE HISTERECTOMÍA.....	22
2.4 LA RESPUESTA SEXUAL.....	23
2.4.1 ZONAS QUE INTERVIENEN EN LA RESPUESTA SEXUAL.....	24
2.4.2 EVENTOS EN CADA FASE DE LA RESPUESTA SEXUAL.....	26
2.4.3 FISIOLÓGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL.....	32
2.5 LA DISFUNCIÓN SEXUAL.....	36
2.5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES.....	36
2.5.1.1 TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL.....	36

2.5.1.2	TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL.....	37
2.5.1.3	TRASTORNOS DEL ORGASMO.....	37
2.5.1.4	TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR.....	37
2.5.2	SUBTIPOS DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL.....	38
2.6	HISTERECTOMÍA Y DISFUNCIÓN SEXUAL.....	38

CAPÍTULO III. MÉTODOS.....41

3.1	PROBLEMAS Y OBJETIVOS.....	41
3.2	OBJETIVO GENERAL.....	42
3.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
3.4	HIPÓTESIS.....	42
3.5	METODOLOGÍA.....	43
3.5.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	45
3.5.2	MUESTRA.....	47
3.5.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	48
3.5.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	48
3.5.5	TIPO DE ESTUDIO.....	48
3.5.6	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	49

CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	50
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	85
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	89
6.1 CONCLUSIONES.....	89
6.2 RECOMENDACIONES.....	90

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad.....	50
Tabla 2. Instrucción.....	51
Tabla 3. Paridad Satisfecha.....	52
Tabla 4. Tipo de Histerectomía.....	53
Tabla 5. Vía de Abordaje.....	54
Tabla 6. Calidad de Vida Sexual pre histerectomía.....	55
Tabla 7. Impacto de la histerectomía sobre el autoestima.....	56
Tabla 8. Ooforectomía.....	57
Tabla 9. Uso de TRH.....	58
Tabla 10. Actitud de la pareja ante la histerectomía.....	59
Tabla 11. Información proporcionada por el Ginecólogo sobre la histerectomía.....	60
Tabla 12. Calidad de vida sexual post histerectomía.....	61
Tabla 13. Análisis de las puntuaciones obtenidas en el test FSFI.....	62
Tabla 14. Calidad de vida sexual pre quirúrgica en los controles.....	63
Tabla 15. Calidad de vida sexual post quirúrgica en los controles.....	63
Tabla 16. Chi2 edad vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	64
Tabla 17. Tabla de cruce variables edad vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	65
Tabla 18. Chi2 ooforectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	66
Tabla 19. Tabla de cruce variables ooforectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	67

Tabla 20. Chi2 instrucción vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	68
Tabla 21. Tabla de cruce variables instrucción vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	68
Tabla 22. Chi2 paridad satisfecha vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	69
Tabla 23. Tabla de cruce variables paridad satisfecha vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	70
Tabla 24. Chi2 tipo de histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	71
Tabla 25. Tabla de cruce variables tipo de histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	71
Tabla 26. Chi2 vía de abordaje vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	72
Tabla 27. Tabla de cruce variables vía de abordaje vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	73
Tabla 28. Chi2 calidad de vida sexual pre histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	74
Tabla 29. Tabla de cruce variables calidad de vida sexual pre histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	74
Tabla 30. Chi2 impacto en el autoestima vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	75
Tabla 31. Tabla de cruce variables autoestima vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	76
Tabla 32. Odds Ratio variables autoestima vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	77
Tabla 33. V de Cramer variables autoestima vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	78
Tabla 34. Chi2 actitud de la pareja vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	78
Tabla 35. Tabla de cruce variables actitud de la pareja vs calidad de vida post histerectomía.....	79

Tabla 36. V de Cramer variables actitud de la pareja vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	80
Tabla 37. Chi2 TRH vs Calidad de vida sexual post histerectomía.....	80
Tabla 38. Tabla de cruce variables TRH vs calidad de vida post histerectomía.....	81
Tabla 39. Chi2 información brindada por el ginecólogo vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	82
Tabla 40. Tabla de cruce variables información brindada por el ginecólogo vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	82
Tabla 41. Odds Ratio variables información brindada por el ginecólogo vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	83
Tabla 42. V de Cramer variables información brindada por el ginecólogo vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	84

LISTA DE FIGURAS

GRÁFICO N1. Edad.....	50
GRÁFICO N2. Instrucción.....	51
GRÁFICO N3. Paridad Satisfecha.....	52
GRÁFICO N4. Tipo de Histerectomía.....	53
GRÁFICO N5. Tipo de Abordaje.....	54
GRÁFICO N6. Calidad de vida sexual pre histerectomía.....	55
GRÁFICO N7. Impacto de la histerectomía sobre la autoestima.....	56
GRÁFICO N8. Ooforectomía.....	57
GRÁFICO N9. Consumo de TRH.....	58
GRÁFICO N10. Actitud de la pareja después de la histerectomía.....	59
GRÁFICO N11. Calidad de la información brindada por el Ginecólogo.....	60
GRÁFICO N12. Calidad de vida sexual post histerectomía.....	61
GRÁFICO N13. Puntuación media obtenida en cada categoría en el test FSFI.....	62
GRÁFICO N14. Calidad de vida sexual post cirugía (controles).....	63
GRÁFICO N15. Disfunción sexual en casos vs controles.....	64
GRÁFICO N16. Disfunción sexual por edades.....	66
GRÁFICO N17. Disfunción sexual según Ooforectomía.....	67
GRÁFICO N18. Disfunción sexual según Instrucción.....	69
GRÁFICO N19. Disfunción sexual según paridad satisfecha.....	70
GRÁFICO N20. Disfunción sexual según tipo de histerectomía.....	72

GRÁFICO N21. Disfunción sexual según abordaje quirúrgico.....	73
GRÁFICO N22. Disfunción sexual según calidad de vida sexual pre histerectomía....	75
GRÁFICO N23. Disfunción sexual según el tipo de impacto de la histerectomía en el autoestima.....	77
GRÁFICO N24. Disfunción sexual según el tipo de actitud de la pareja.....	79
GRÁFICO N25. Disfunción sexual según el consumo de TRH.....	81
GRÁFICO N26. Disfunción sexual según la calidad de información brindada por el médico.....	83

RESUMEN

Introducción: La Histerectomía es la segunda cirugía gineco-obstétrica más realizada a nivel mundial. Existen estudios de diversos países con resultados contradictorios en relación a si se ve afectada o no la calidad de vida sexual de las mujeres histerectomizadas. Pretendemos analizar la relación entre Histerectomía y disfunción sexual. **Métodos:** Se realizó un estudio analítico, transversal, de casos y controles en pacientes de la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín para evaluar la función sexual de pacientes que fueron sometidas a Histerectomía por patología benigna en el año 2014. La evaluación de la función sexual se evaluó mediante el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), instrumento ampliamente usado a nivel mundial y el más recomendado por los Consensos y Asociaciones de Ginecología. Se aplicó el test a 22 casos y se comparó frente a los resultados de la misma encuesta en 44 controles. **Resultados:** En el presente estudio no hubo diferencia significativa en la función sexual de las mujeres con y sin Histerectomía ($p = >0,905$). Tampoco existió diferencia entre las mujeres con y sin disfunción sexual en relación con la edad, instrucción, paridad, tipo de Histerectomía, abordaje, Ooforectomía y actitud de la pareja. Se evidenció asociación con las variables autoestima y la calidad de información brindada por el ginecólogo ($p= 0,034$; $OR= 0,615$; V de Cramer = $0,451$). **Conclusiones:** Las variables que inciden con mayor frecuencia en los pacientes que padecen disfunción sexual luego de haber sido histerectomizadas son las que enmarcan la esfera personal (autoestima, información que brinda el Ginecólogo). Sin embargo, las mujeres post-histerectomizadas tuvieron una mayor prevalencia de Disfunción Sexual en comparación con los controles.

SUMMARY

Introduction: Hysterectomy is the second gynecological-obstetric surgery performed worldwide. Studies from several countries have conflicting results as to whether the quality of sexual life of hysterectomized women is affected or not. We analyzed the relationship between hysterectomy and sexual dysfunction. **Methods:** An analytical, cross-sectional case-control study was conducted in the outpatient service of Gynecology and Obstetrics at Carlos Andrade Marin Hospital in women who underwent hysterectomy for benign disease in the year 2014. Evaluation of sexual function was assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI), an instrument used worldwide and the most recommended by the Consensus and Associations of Gynecology. The test was applied to 22 cases and compared against the results of the same survey in 44 controls. **Results:** In this study there was no association in sexual function of women with or without hysterectomy ($p \Rightarrow 0.905$). Also, there was no relationship of dependency between women with and without sexual dysfunction in relationship to age, education, parity, type of hysterectomy, surgery approach, oophorectomy and attitude of the couple. The association with self-esteem and the quality of information provided by the gynecologist was evident ($p = 0.034$; OR = 0.615; Cramer's V = 0.451). **Conclusions:** The variables mostly affected in patients suffering from sexual dysfunction were the ones involving their personal sphere (self-esteem, information provided by the gynecologist). However post-hysterectomized women had a higher prevalence of sexual dysfunction compared with controls.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La respuesta sexual suele describirse como una secuencia cíclica de fases características (deseo, excitación, orgasmo y la fase de resolución), cuyos mecanismos interactúan reforzándose o inhibiéndose recíprocamente. Esta distinción en fases tiene utilidad clínica, pues muchos trastornos o sus tratamientos farmacológicos o quirúrgicos afectan primariamente y de modo relativamente selectivo a alguno de estos componentes, es decir existen alteraciones en el deseo sexual, alteración de la excitación sexual, alteración del orgasmo y alteraciones que causan dolor sexual.

Se define como disfunción sexual (DS) a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual que impide que un individuo en forma recurrente o persistente disfrute de la actividad sexual y cuya causa no se asocia con alguna enfermedad; de lo contrario, deberá especificarse como trastorno sexual. (1)

La histerectomía en la mayoría de casos va acompañada de cambios positivos o negativos en la sexualidad femenina debido a una serie de razones biológicas y psicológicas. Los problemas sexuales posteriores a esta intervención pueden ser continuación o evolución de dificultades ya existentes anteriormente. Si la mujer asocia su sexualidad con la reproducción únicamente, seguro experimentará una disminución de la libido y de su

capacidad de respuesta sexual, pues después de la intervención la función reproductora es imposible. En el sexo femenino abunda la creencia de que su actividad sexual cesa con la menopausia y puede encontrar dificultades, pues después de la operación no hay posibilidades de seguir menstruando. Las mujeres que durante la histerectomía fueron ooforectomizadas pueden mostrar síntomas climatéricos a cualquier edad en que se realice la operación, como disminución de la libido 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.

La reacción del compañero sexual de la mujer sometida a histerectomía es un factor determinante para la adecuación sexual de la pareja, pues los hombres que identifican la pérdida del útero como pérdida de la femineidad, suelen evitar la interacción con su pareja. En otros casos hay una respuesta favorable pues la mujer tras la cirugía puede quedar libre de un estado patológico anterior y de esta manera la operación facilita su capacidad de respuesta sexual.

Desde el punto de vista histórico, una de las partes más esenciales de la ginecología es el desarrollo de la cirugía pélvica. Es así que la histerectomía hoy en día es una de las operaciones ginecológicas con mayor prevalencia. En el HCAM por ejemplo, durante el año 2014 se realizaron 383 histerectomías a mujeres entre 35 a 55 años por causa benigna, siendo en su mayoría por abordaje abdominal (58,22%) y por miomatosis (93,22%). Aun así cabe preguntarnos si los profesionales de la salud están capacitados para abordar las

implicaciones que esta operación tiene en la calidad de vida de la mujer, sobre todo en el contexto sexual y si realmente se está capacitando integralmente a las pacientes y a sus parejas para afrontarlas.

Si los profesionales de la salud no aclaran dudas y temores que rodean a tal intervención, tanto la mujer como su pareja sufrirán las dificultades que aparezcan después de la operación. Tales consejos médicos deben constituir una parte importante de los cuidados pre y postoperatorios de la intervención y su seguimiento.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 RECUENTO BREVE DE LA ANATOMÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

2.1.1 GENITALES INTERNOS

Útero

Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supravaginal y una porción intravaginal denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina. El cuerpo uterino tiene forma aplanada y triangular y en sus dos extremos laterales superiores se abren las trompas de Falopio. Está formado por tres capas: el endometrio, que es la capa mucosa interna, el miometrio, que es la capa de músculo liso y el perimetrio o cubierta peritoneal que se refleja a nivel del istmo para cubrir la cara superior de la vejiga, formando el espacio úterovesical y por la pared posterior recubre el cuerpo uterino y la porción superior del cérvix extendiéndose hasta el recto, formando el espacio rectouterino o fondo de saco de Douglas.

Irrigación: Deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). (2)

Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm de longitud y 1 cm de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación. Se divide cada trompa en cuatro partes:

- El infundíbulo, que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal.
- La ampolla, que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide
- El istmo es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado
- La porción uterina, que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero.

La pared de las trompas tiene una capa interna o mucosa, con un epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hasta el útero junto a células secretoras que producen nutrientes para el mismo, una capa intermedia de músculo liso cuyas

contracciones peristálticas ayudan también, junto con los cilios de la mucosa, a transportar el ovocito y una capa externa o serosa.

Irrigación: Las ramas tubáricas se originan como ramas terminales que se anastomosan de las arterias uterinas y ováricas. (2)

Ovarios

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados de aproximadamente 3 cm de longitud, 1 cm de ancho y 1 cm de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos. En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina.

Los cuerpos lúteos o cuerpos amarillos son estructuras endocrinas que se desarrollan a partir de los folículos ováricos que han expulsado sus ovocitos y producen progesterona. Al final son reemplazados por una cicatriz fibrosa.

Irrigación: Las arterias ováricas provienen de la aorta abdominal. En el reborde pelviano cruzan sobre los vasos ilíacos externos y entran a los ligamentos suspensorios. (2)

Vagina

Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm. Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores. Alrededor de la porción intravaginal del cuello uterino se forman los fondos de saco de la vagina constituidos por un fondo de saco posterior, más profundo, otro anterior, y dos laterales. La pared posterior de la vagina es más larga, unos 11 cm, mientras que la anterior mide unos 8cm. La vagina está compuesta por las siguientes capas:

- **Mucosa:** Está constituida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, carente de glándulas. Es sensible a las hormonas y reacciona a la estimulación por los estrógenos con proliferación y maduración. La mucosa está colonizada por flora bacteriana mixta en la que predominan los lactobacilos; el pH normal es de 3,5 a 4.5.
- **Lamina propia:** Entre el epitelio y la capa muscular contiene gran cantidad de capilares y terminaciones nerviosas de tipo vasomotor. Los neurotransmisores presentes en esta zona son péptido intestinal vasoactivo (VIP), péptido histidina metionina (PHM), neuropéptido Y (NPY) y óxido nítrico (NO).
- **Muscular:** Contiene tejido conectivo y músculo liso. Está distribuida en capas circular interior y longitudinal exterior, lo que le da a la vagina gran elasticidad.
- **Adventicia:** Está constituida por la aponeurosis endopélvica adherida a la capa muscular subyacente.

Cuatro músculos comprimen la vagina y actúan como esfínteres: el pubovaginal, el esfínter externo de la uretra, el esfínter uterovaginal y bulboesponjoso. En su porción inferior, la vagina está rodeada especialmente por la rama pubovaginal del componente pubococcígeo del músculo elevador del ano.

Irrigación: Porción superior a través de las arterias uterinas y la porción media e inferior a través de las arterias vaginales, que derivan de la arteria rectal media y de la arteria pudenda interna. (2)

2.1.2 GENITALES EXTERNOS:

Monte De Venus

El monte de Venus es una eminencia redondeada que se encuentra por delante de la sínfisis del pubis. Está formada por tejido adiposo recubierto de piel con vello pubiano.

Irrigación: Arteria pudenda externa.

Labios Mayores

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte del pubis.

Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que

contiene glándulas sebáceas y sudoríparas, recubiertas por vello. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura vulvar.

Irrigación: Arteria pudenda externa (Arteria Femoral) y Arteria perineal superficial (Arteria Pudenda interna).

Labios Menores

Los labios menores son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo subcutáneo ni están cubiertos por vello pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas.

Los labios menores se encuentran entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina. Aunque no llegan a formar verdadero tejido eréctil (formaciones de tipo sinusoides), la dilatación de los referidos vasos permite su considerable congestión y aumento de volumen durante la relación sexual.

Irrigación: Arteria perineal superficial.

Vestíbulo de la vagina

El vestíbulo de la vagina es el espacio situado entre los labios menores y en él se localizan los orificios de la uretra, de la vagina y de los conductos de salida de las glándulas vestibulares.

Clítoris

El clítoris tiene una forma a modo de “V” invertida. Consta de:

- El cuerpo (córpora), que mide de 2-4 cm de longitud y está formado por 2 cuerpos cavernosos adosados, cada uno envuelto en una túnica albugínea fibrosa que se fusiona en la línea media formando un septo (tabique pectiniforme). El tejido del cuerpo es del tipo eréctil.
- Las Raíces o crura. Los cuerpos cavernosos que forman la córpora, al llegar por debajo de la sínfisis púbica, se separan lateralmente y forman las 2 raíces o crura. Éstas se fijan al borde inferior de las ramas isquiopúbicas y se cubren por los músculos isquiocavernosos.
- El glande del clítoris se le llama al extremo anterior cerrado de los córpora. Es visible durante la excitación, pero en condiciones basales suele estar cubierto por la fusión del extremo anterior de los labios menores, el llamado capuchón o prepucio del clítoris. La región dorsal, lateral y la punta del glande está repleta de elementos neurales. De hecho contiene la mayor densidad de receptores de presión, tacto y vibración (corpúsculos de Pacini, Meissner, Krause) de todo el tracto genital, tanto femenino como masculino. El glande también contiene tejido eréctil aunque en menor proporción

Irrigación: Arteria cavernosa y dorsal del clítoris

Bulbos del Vestíbulo

Son el equivalente de los cuerpos esponjosos del hombre. Son 2 estructuras globulares ligeramente aplanadas, situadas en la profundidad de los labios menores y cubiertos por los músculos bulboesponjosos (constrictores vulvares). Sus dimensiones suelen ser de 3-7 cm de longitud, 1-2 cm de altura y 1 cm de diámetro transversal. Por delante convergen llegando a unirse entre el meato uretral y el cuerpo del clítoris, al que suelen fijarse por medio de una red vascular. La extensión posterior de los bulbos es muy variable; en algunos casos se prolongan a los lados de casi todo el introito vaginal y en otros terminan al comienzo del extremo anterosuperior de éste. Están formados por tejido trabecular (eréctil), con espacios lacunares como en el clítoris. Por todas estas similitudes y relación anatómica se tiende a considerar que los bulbos forman parte del clítoris; de ahí el término bulbos del clítoris.

Irrigación: Arteria perineal profunda

2.1.3 OTRAS ESTRUCTURAS IMPORTANTES

Fascia de Halban o Vesicovaginal

Es un tejido fibroso y elástico muy irrigado y muy sensible, se sitúa entre la vagina y la vejiga enviando expansiones al ligamento ancho. Además la presencia de corpúsculos de Krause-Finger la convierte en una zona erógena privilegiada al igual que el clítoris. (3)

Glándulas Genitales

Las glándulas vestibulares mayores de Bartolino son dos y tienen un tamaño de 0.5 cm. Se sitúan a cada lado del vestíbulo de la vagina y tienen unos conductos por donde sale su secreción de moco para lubricar el vestíbulo de la vagina durante la excitación sexual.

Las glándulas vestibulares menores son pequeñas y están situadas a cada lado del vestíbulo de la vagina y también secretan moco que lubrica los labios y el vestíbulo. Las glándulas parauretrales de Skene desembocan a cada lado del orificio externo de la uretra. También tienen una secreción mucosa lubricante. (4)

Medios de Fijación

- Ligamento ancho: Las dos hojas peritoneales que revisten la cara anterior y la cara posterior del útero, al llegar a los bordes laterales de este órgano, se adosan entre sí para dirigirse luego hacia la paredes laterales de la pelvis. Forman así, a derecha e izquierda, dos tabiques transversales que unen el útero y las paredes de la

excavación. Se los puede dividir básicamente en: mesometrio y parametrio, en donde se encuentran numerosos vasos arteriales y venosos, elementos linfáticos, nervios, un tejido conjuntivo muy particular, y finalmente el uréter.

- Ligamento redondo: Se originan por delante de los cuernos uterinos, pasan por el ligamento inguinal y terminan en los labios mayores.
- Ligamento cardinal o ligamento de Mackenrodt: Se extiende transversalmente en la base del ligamento ancho, desde la cúpula vaginal y el cuello, hasta la pared pelviana lateral.
- Ligamento útero sacro: Ligamentos que se originan en el istmo uterino en la cara posterior y se insertan en el sacro en los cuerpos vertebrales de S2 a S3.

Periné

El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacrociáticos mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma romboidal. La línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior urogenital, donde se encuentra el diafragma urogenital, y un triángulo posterior o anorrectal donde están las fosas isquiorrectales. El periné anterior está formado por tres planos musculoaponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial. El plano profundo o diafragma pélvico está constituido por una formación músculo

tendinosa con forma de embudo que sirve de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales. Incluye el músculo elevador del ano y el músculo coccígeo.

El plano músculo aponeurótico medio, también llamado diafragma urogenital, se encuentra atravesado por la uretra y la vagina. El plano músculo aponeurótico superficial incluye el músculo esfínter anal externo, los músculos isquiocavernosos, los músculos perineales transversos superficiales y los músculos bulbocavernosos.

2.2 INERVACIÓN DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

La inervación de los órganos pélvicos está dada por las dos grandes divisiones del Sistema Nervioso Periférico, es decir por el sistema nervioso somático y el sistema nervioso visceral.

2.2.1 Inervación somática

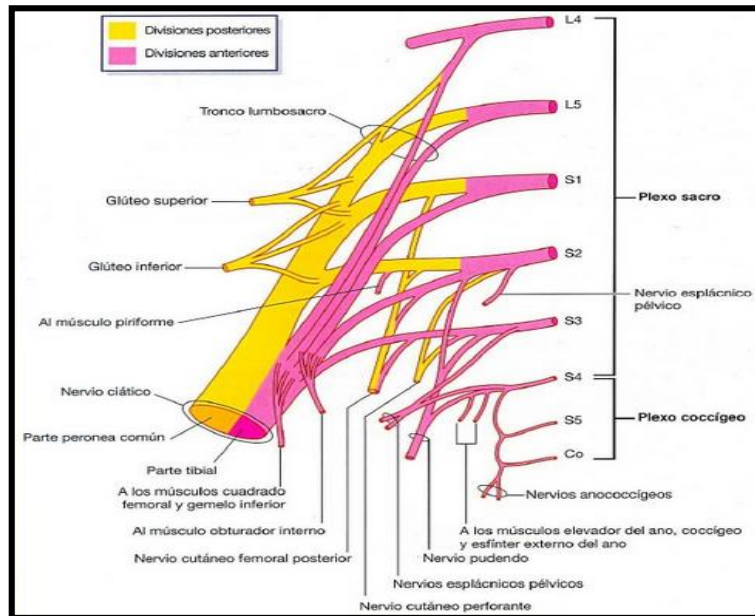
El plexo sacro es una red de nervios constituido por la unión de las fibras que emergen desde L5 a S4 cada uno con una porción ventral y otra dorsal; las porciones ventrales de los nervios de S2-S3 y S4 se unen formando el Nervio pudendo.

El pudendo en su trayecto da los siguientes ramos:

- ✓ Ramos Rectales inferiores: Inervan el esfínter externo anal y la piel del conducto anal.
- ✓ Ramos Perineales: Inervan los músculos del periné superficial y profundo, además de labios mayores y menores, esfínter uretral externo, glándulas vestibulares y el tercio externo de la vagina.

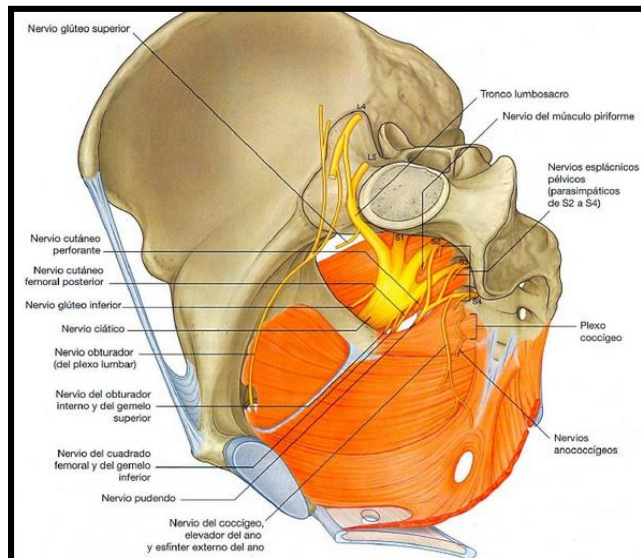
✓ Nervio dorsal del clítoris: Clítoris

PLEXO SACRO



Oliver Jones, (2011), THE SACRAL PLEXUS. Recuperado de: http://teachmeanatomy.info/lower-limb/nerves/sacral-plexus/#Clinical_Relevance_8211Lumbosacral_Plexopathy

INERVIACIÓN MÚSCULOS DE LA PELVIS



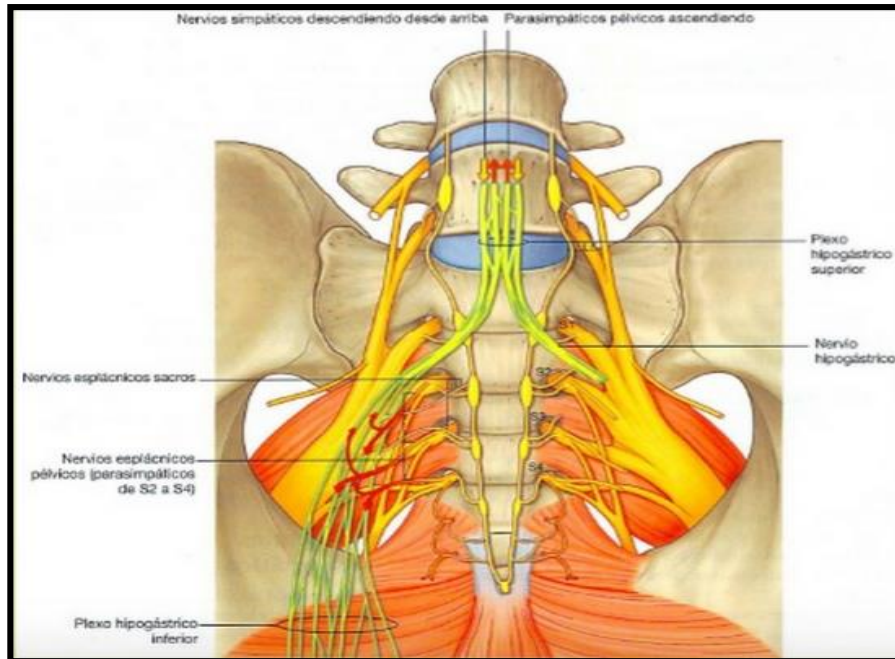
Medical Lecture Notes, (2014), PELVIAN AND PERINEUM ANATOMY. Recuperado de: <http://webmedicalppt.blogspot.com/2014/12/pelvic-and-perineum-anatomy.html>

2.2.2 Inervación Visceral:

Del plexo solar emerge el nervio hipogástrico derecho e izquierdo. Éstos se unen a fibras preganglionares de los niveles L1 a L5 a cada lado y forman el plexo esplácnico pélvico izquierdo y derecho. Ambos se unen entre sí a nivel de L5 y dan origen al plexo hipogástrico superior, presacro o de Latarjet. Éste se vuelve a dividir en un nervio hipogástrico derecho e izquierdo y se dirigen caudalmente hasta llegar al ganglio de Lee Frankenhauser, ubicado en la vaina de la arteria ílica interna. Aquí se unen a las fibras preganglionares parasimpáticas que emergen de las astas laterales de S2-S3-S4 llamados nervios erectores de Ekardt y forman los nervios hipogástricos inferiores o el llamado plexo pélvico.

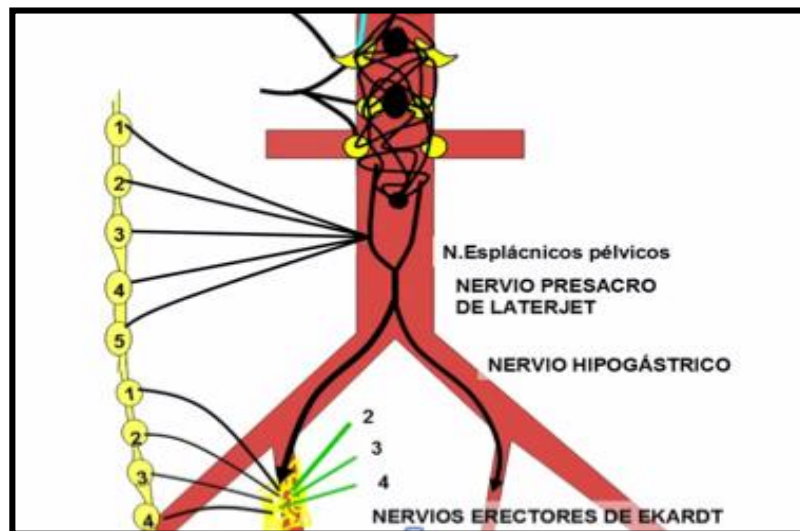
Las ramas de este plexo son llamadas según el órgano a donde se dirija. Así tenemos: plexo rectal medio (recto), plexo ovárico (ovarios y trompas) y plexo útero vaginal (útero y 2/3 superiores de la vagina). No está por demás decir que el simpático produce vasoconstricción mientras que el parasimpático vasodilatación. (5)

INERVACIÓN VISCERAL ÓRGANOS PÉLVICOS



* Elsevier. Dranke et al: Grays anatomy for Students (2010). SYMPATHETICS DESCENDING FROM ABOVE. Recuperado de: <http://preguntamededicina.es.tl/Pelvis-y-Aparato-Reproductor.htm>

ESQUEMA DE LA INERVACIÓN VISCERAL



Dr. Ortiz I. Unidad de Urología Hospital Quirón San Camilo (2010) –ANATOMIA BASICA DEL APARATO URINARIO. Recuperado de: <http://www.unidadurologia.es/portalluu/portal?content=1:31>

2.3 LA HISTERECTOMÍA

Etimológicamente, histerectomía se forma de dos raíces griegas: histeros (útero) y ectomía (extirpación).

2.3.1 HISTORIA

Algunas referencias a la histerectomía se remontan al siglo V a. C, en la época de Hipócrates. Los primeros intentos de extirpar el útero fueron por vía vaginal y por prolapso uterino. Hacia el siglo XVI d.C. ya se habían realizado varias histerectomías vaginales rudimentarias en países europeos tales como Italia, Alemania y España. La histerectomía abdominal era impensable en aquella época.

El éxito de la cirugía dependía del control de la hemorragia, la infección y el dolor. Ambroise Pare inventó las pinzas arteriales a mediados del siglo XVI. Sin embargo en aquella época no había información sobre la fisiopatología de la hemorragia, el shock y las transfusiones de sangre. El austriaco Ignaz Semmelweiss reconoció la importancia del control de la infección en su trabajo sobre la fiebre puerperal, trabajo continuado por Joseph Lister (1860) y Luis Pasteur. También Robert Koch colaboró con sus notables descubrimientos. El norteamericano Crawford W. Long usó por primera vez éter como analgésico en 1842 y el escocés Sir James Y. Simpson inició el uso del cloroformo en la práctica obstétrica.

En 1864 el francés Koeberle introdujo su método de ligar el gran pedículo vascular de la parte inferior del útero con un instrumento inventado por él llamado “serrenoud” (cierranudos). Fue la técnica habitual para controlar el sangrado asociado a la histerectomía durante los primeros años.

En 1878 W.A. Freud, alemán, refinó la técnica de histerectomía usando anestesia, una técnica antiséptica, la posición de Trendelenburg y una ligadura alrededor de los ligamentos y los grandes vasos. Conrad Langebeck en 1813 realiza la primera Histerectomía vaginal electiva. Charles Clay en 1863 efectúa la primera Histerectomía Abdominal Subtotal en Manchester la cual fue la cirugía de elección hasta 1929 cuando Richardson realizó la primera histerectomía abdominal total. (6) Por ultimo Harry Reich fue quien realizó la primera histerectomía total laparoscópica en 1993. (7)

En la práctica moderna gracias al uso apropiado de las transfusiones de sangre, los antibióticos y los avances en las técnicas de anestesia, un cirujano ginecólogo capaz puede realizar una histerectomía con bastante facilidad con una tasa de mortalidad que fluctúa desde 1-2/1000 a 0%. (8)

2.3.2 INCIDENCIA

La histerectomía es la segunda cirugía más frecuente en Ginecología después de la cesárea. Dentro de la incidencia de esta intervención quirúrgica hemos podido tomar algunos datos de países como:

En Estados Unidos se estima que se efectúan 650 000 histerectomías cada año. El grupo etario más intervenido está entre 40 a 44 años. La vía de abordaje abdominal es la más común con un 63%, seguida por la vaginal 29% y laparoscópica 11%. El 40% de las histerectomías se realizaron por miomatosis, por cáncer el 12,6%, por sangrado anormal 9,5%, EPI 3,7% y prolapso 3%. (8)

En España (Hospital Virgen de las Nieves – Granada) en el año 2009 se realizaron 279 histerectomías; 68% abdominales, 25% vaginales, 9% laparoscópicas. (8)

En Chile, del 2001 al 2004 se realizaron 1590 histerectomías; 844 (53%) abdominales, 608 (38%) vaginales, y 144 (9%) laparoscópicas. (6)

En el Ecuador existen solamente datos aislados sobre la incidencia de esta intervención, entre ellos citamos algunos a continuación:

- Cuenca (Hospital José Carrasco Arteaga) en el 2012 se realizaron 215 histerectomías de las cuales 203 (93%) fueron totales, 11 (5%) subtotaes y 4 (1,8%) radicales. El 88,5% por vía abdominal, 10,6% vía vaginal, y 0,9% laparoscópica. La causa más común fue la miomatosis (56%), mientras que la mayoría de la población intervenida estaba entre 35 a 55 años de edad. (6)
- En Guayaquil (Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor) durante el 2010 se estudió una cohorte de 412 casos al azar de histerectomía por patología benigna. Los resultados obtenidos presentaron, una edad media de 46,5 años. La causa más

frecuente para realizar histerectomía fue la miomatosis (70.38%). El abordaje quirúrgico más usado fue la vía abdominal con un 84.46%. (9)

Durante nuestra recolección de datos encontramos que en el Hospital Carlos Andrade Marín de Quito durante el 2014 se practicaron un total de 383 histerectomías, cifra que toma en cuenta solo procedimientos por causa ginecológica, patología benigna y un rango de edad entre los 35 a 55 años.

2.3.3 TIPOS DE HISTERECTOMÍA

- ✓ Histerectomía Subtotal: Se remueve el útero únicamente.
- ✓ Histerectomía Total: Se remueve útero y cérvix dejando trompas y ovarios.
- ✓ Histerectomía Radical: Remoción completa de útero, cérvix, trompas, ovarios, porción superior de la vagina, parametrios y ganglios linfáticos.

Según el abordaje:

- ✓ Histerectomía Abdominal
- ✓ Histerectomía Vaginal
- ✓ Histerectomía Laparoscópica: Cuando al menos una parte de la cirugía es realizada por vía endoscópica. Ésta a su vez se subdivide en:
 - Histerectomía laparoscópica (HL): Se realiza todo vía laparoscópica, puede ser total o supracervical.

- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): Cuando se realiza algún procedimiento por vía laparoscópica, como por ejemplo lisis de adherencias, ooforectomías, etc. y el resto se lo efectúa de la forma vaginal convencional.

2.3.4 INDICACIONES PARA LA HISTERECTOMÍA

ENFERMEDAD BENIGNA	ENFERMEDAD MALIGNA
Sangrado anormal	Neoplasia cervical intraepitelial
Leiomioma / Adenomiosis	Cáncer cervical invasor
Endometriosis	Hiperplasia endometrial atípica
Prolapso de órganos pelvianos	Cáncer de endometrio
Enfermedad pelviana inflamatoria	Cáncer de ovario
Dolor pelviano crónico	Cáncer de trompas de Falopio
Trastornos relacionados con el embarazo	Tumores gestacionales trofoblásticos

Guylaine Lefebvre - Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada:

HYSTERECTOMY. Recuperado de: <http://www.unidadurologia.es/portallu/portallu?content=1:31>

2.3.5 ELECCIÓN DEL TIPO DE HISTERECTOMÍA

La vía de abordaje de la histerectomía debería depender de la anatomía de la paciente y de la experiencia del cirujano.

- ✓ La histerectomía abdominal permite al cirujano palpar los órganos pélvicos directamente, da una mejor visualización en la mayoría de los casos y mantiene la integridad del piso pélvico. Sin embargo, puede aumentar la formación de adherencias, generalmente produce mayor dolor durante el postoperatorio y deja cicatriz en la pared abdominal. Se describe entre 9 y 41% de complicaciones. La

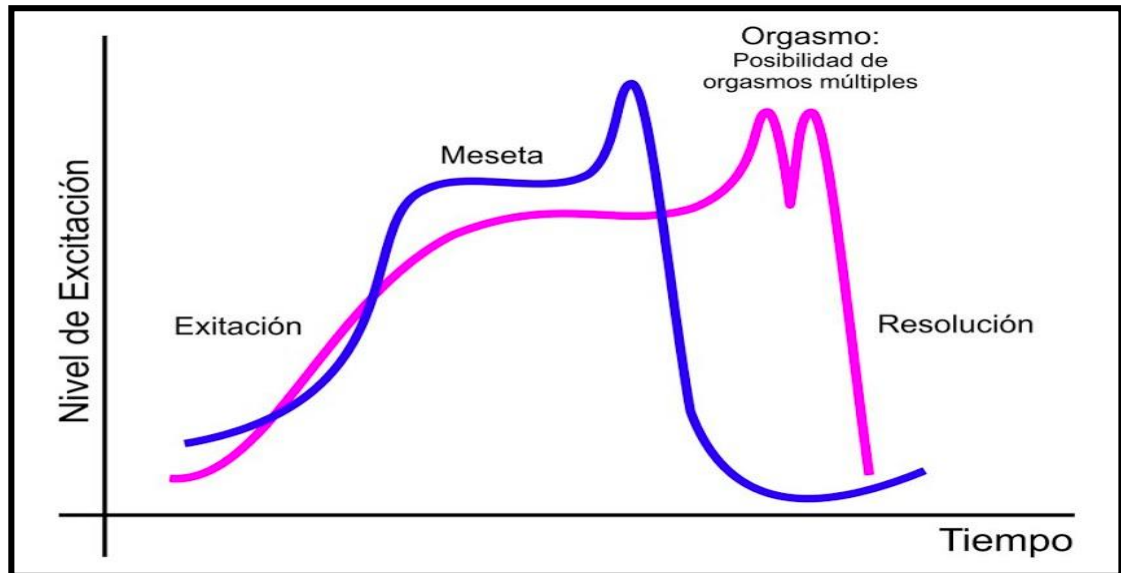
HA está indicada en: Cáncer, úteros de gran tamaño, endometriosis pélvicas severas, infecciones pélvicas, síndrome adherencial severo y ooforectomía.

- ✓ La histerectomía vaginal permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas, facilita la sección de los ligamentos así como de ambas arterias uterinas, tiene menor tiempo de recuperación. Las complicaciones fluctúan entre 7 y 8%. Está indicada en: Úteros pequeños, endometriosis pélvica leve, miomas pequeños y prolapsos. Se debe escoger ésta vía siempre que las condiciones lo permitan. (10)
- ✓ Histerectomía laparoscópica: Es una opción para evitar la HA cuando la HV es difícil. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal, con complicaciones que llegan a un 5%. Está indicada en: Sospecha de endometriosis leve a moderada o de adherencias o necesidad de anexectomía. Las complicaciones fluctúan en alrededor de un 10%. Está indicada para: pacientes con acceso vaginal limitado y patología pre invasiva (hiperplasia endometrial con atipia, cáncer cervical in situ). (10)

2.4 LA RESPUESTA SEXUAL

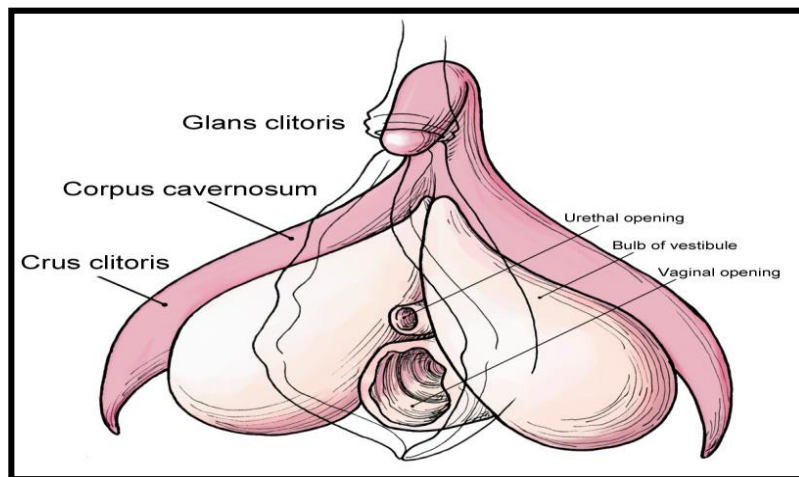
La RS es el resultado de una sucesión de reflejos neurovegetativos y somáticos, modulados a su vez por multitud de factores que incluyen desde los valores sanguíneos de diversas hormonas hasta procesos cognitivos y estados emocionales.

William Masters y Virginia Johnson en 1950 dividieron a la respuesta sexual en 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.



Masters WH, Johnson VE (1966). HUMAN SEXUAL RESPONSE. Boston: Little, Brown. 1966

2.4.1 ZONAS QUE INTERVIENEN EN LA RESPUESTA SEXUAL



Texeira P. – Asociación Española de Ginecología y Obstetricia: ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO. Recuperado de: http://www.aego.es/anatomia_aparato_genital_femenino_mujer.php

Complejo erótico de la pared anterior

Formado por la pared anterior del segmento inferior vaginal, junto con la uretra y la fascia de Halban. Éstas poseen una gran inervación, lo que confiere a esta zona una mayor sensibilidad erótica. A éste complejo también se lo llama punto G.

La pirámide erótica vulvar

Se llama así al poliedro piramidal constituido por el clítoris, labios menores, los bulbos vestibulares, uretra y las porciones distales de la vagina. Estas estructuras tienen en común 2 importantes características:

1. Vascularización abundante con densas redes capilares y algunos espacios sinusoidales, que le permiten acomodar una importante cantidad de sangre, razón por la cual se ingurgitan y crecen.
2. Inervación sensorial privilegiada, con receptores al tacto y a la vibración, (corpúsculos de Pacini, Meissner, Krause) además de plexos vegetativos que utilizan neurotransmisores vasoactivos, como NO y VIP principalmente.

2.4.2 EVENTOS EN CADA FASE DE LA RESPUESTA SEXUAL

EXCITACIÓN

ÓRGANOS GENITALES	ÓRGANOS EXTRAGENITALES
✓ Lubricación vaginal	✓ Erección de los pezones
✓ Congestión intensa en labios menores, clítoris, bulbos y uretra	✓ Aumento progresivo de la frecuencia cardíaca y la presión arterial
✓ Formación de la plataforma orgásmica	✓ Aumento de la ventilación pulmonar
✓ Dilatación y alargamiento del fondo vaginal (tenting) y elevación del útero	✓ “Rubor sexual”: Eritema en la cara y las nalgas (inconstante)
✓ Elevación del cuerpo y el glande del clítoris “Retracción del clítoris”	✓ Ingurgitación de las aréolas mamarias
	✓ Aumento de la tensión muscular

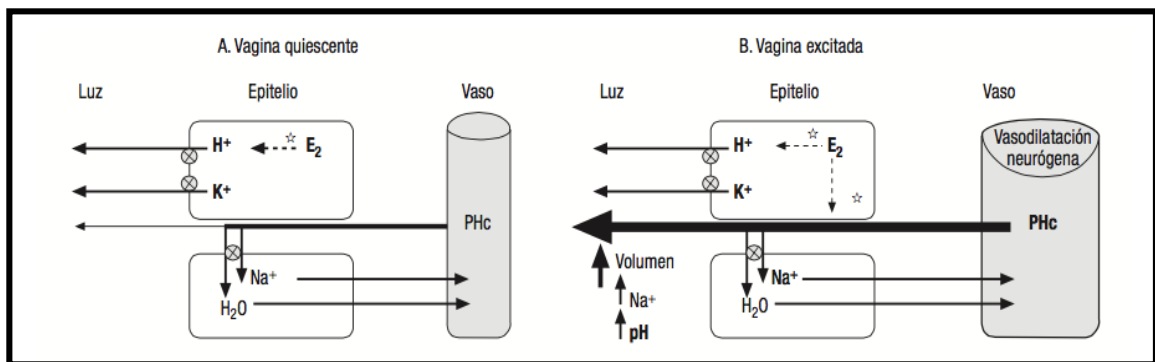
Manuel Mas ^a. - ^a Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. España: SEXUAL RESPONSE IN THE HUMAN FEMALE. A PHYSIOLOGICAL UPDATE. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>

La respuesta de lubricación ocurre rápidamente (pocos segundos en mujeres jóvenes y en 2-4 minutos en maduras). El líquido de lubricación vaginal se forma por la trasudación a través de las paredes de la vagina de plasma sanguíneo procedente del plexo vascular subepitelial intensamente dilatado.

En ausencia de excitación, las células epiteliales modifican por si mismas la composición del ultrafiltrado plasmático, reabsorben parte del Na (acompañado por H₂O), lo que reduce el volumen de líquido extravasado a la vagina y le añaden K e H acidificando la vagina. Durante la excitación sexual, la intensa vasodilatación inducida por los nervios vasomotores produce un gran aumento de la presión hidrostática capilar (PHc), lo que fuerza una mayor salida de líquido fuera de los capilares, que excede la capacidad de reabsorción del epitelio y como resultado hay abundante líquido de lubricación vaginal.

(11)

Mecanismos de transferencia de líquido a través de la pared vaginal



Manuel Mas ^a. - ^a Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. España: SEXUAL RESPONSE IN THE HUMAN FEMALE. A PHYSIOLOGICAL UPDATE. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>

Los estrógenos contribuyen a estos procesos ya que estimulan el bombeo de H⁺ hacia la luz vaginal y aumentan la capacidad de transferencia de líquidos del epitelio.

La utilidad fisiológica de este fenómeno es facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal lo que facilitaría la

supervivencia de los espermatozoides. (11)

Cuando la fase de excitación se encuentra muy avanzada, se produce la tumefacción del clítoris, labios menores, formación de la "plataforma orgásmica" (la congestión del plexo vascular de la pared vaginal lleva al engrosamiento conspicuo del tercio externo de la vagina). Otro fenómeno que ocurre es la elevación del útero y el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina (tenting). Se suele atribuir este fenómeno a la contracción de la musculatura lisa presente en los ligamentos cardinales y sacrouterinos, que por su disposición anatómica tiran del cuello uterino y la porción superior de la vagina hacia arriba y los lados.

Este último fenómeno, combinado a la formación de la plataforma orgásmica, confiere a la vagina una forma de botella invertida, lo que facilitaría la retención del semen que se depositará en ella.

ORGASMO

ÓRGANOS GENITALES	ÓRGANOS EXTRAGENITALES
✓ Contracciones de la “plataforma orgásmica”.	✓ Espasmos musculares en el abdomen, el cuello y los miembros (variable).
✓ Contracciones del ano.	✓ Pico de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
✓ Emisión de secreciones - glándula de Skene (inconstante).	✓ Jadeo, vocalizaciones (variable).
✓ Contracciones uterinas (variable).	✓ Secreción de oxitocina y prolactina.
	✓ Alteración el estado de conciencia (distorsión de la percepción temporal, elevación del umbral de dolor, etc.).

Manuel Mas ^a. - ^a Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. España: SEXUAL RESPONSE IN THE HUMAN FEMALE. A PHYSIOLOGICAL UPDATE. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>

De acuerdo a varios estudios, existen dos diferentes tipos de orgasmos femeninos: el interno y el externo; algunas mujeres describen que el orgasmo interno ocurre cuando el pene ejerce presión contra el cérvix. (12) El orgasmo externo es el más común. Éste se produce por las contracciones rítmicas (8-12 veces) de los músculos del suelo de la pelvis, particularmente el pubococcígeo y bulboesponjoso, los que al contraerse hacen estrecharse intermitentemente las paredes de la porción más externa de la vagina (contracciones de la “plataforma orgásmica”). El ano se contrae también sincrónicamente.

La pérdida de tono de los músculos del suelo pélvico, además de predisponer a problemas como incontinencia urinaria y prolapsos, afecta también a la intensidad y placer de la RS. Por lo mismo, ciertos estudios han descrito efectos beneficiosos en la función sexual mediante ejercicios de Kegel. En algunos de los orgasmos estudiados en el laboratorio se han registrado también contracciones uterinas; cuando ocurren, suelen asociarse a una sensación más placentera.

Las glándulas de Skene aumentan su secreción y en ciertas ocasiones su expulsión puede ser perceptible durante el orgasmo (eyaculación femenina). Las glándulas de Bartolino aumentan también su secreción lo que contribuye a la lubricación del introito vulvar.

RESOLUCIÓN

ÓRGANOS GENITALES	ÓRGANOS EXTRAGENITALES
✓ Disminución lenta de la congestión pélvica.	✓ Descongestión rápida de las aréolas mamarias.
✓ Retorno a la fase orgásmica (posible).	✓ Descenso rápido de FC y TA a valores basales.
✓ Entrada al periodo refractario.	✓ Sudoración.
✓ Pérdida de la tumescencia vulvar.	✓ Secreción elevada de prolactina sostenida (20-60 minutos).
✓ Reducción de la lubricación vaginal.	

Manuel Mas^a. -^a Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. España: SEXUAL RESPONSE IN THE HUMAN FEMALE. A PHYSIOLOGICAL UPDATE. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>

La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, disminuye la vasocongestión y hay relajación muscular. Se acompaña de un “período refractario”, durante el que es difícil inducir una nueva respuesta sexual. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad. Éste fenómeno es más característico en el varón ya que con frecuencia la mujer regresa a un nivel todavía alto de excitación sobre el que se pueden superponer sucesivos orgasmos si persiste la estimulación (respuesta multiorgásmica). (11)

2.4.3 FISIOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL

Mecanismos Neuronales

El impulso sexual tiene su centro en el núcleo ventromedial del hipotálamo, un área rica en neuronas sensitivas a los estrógenos. Mediante el uso de Tomografía por emisión de positrones se evidenció que una vez que el impulso sexual se genera en éste núcleo varias áreas cerebrales se activan, entre ellas la región anterior de la circunvolución del cíngulo (involucrada en la expresión emocional y el control neurovegetativo), la ínsula- claustró (percepción e integración de sensaciones viscerales), los ganglios basales (procesos apetitivo-motivacionales) y diversas áreas corticales. Durante el orgasmo hay activación del hipocampo y el cerebelo.

La intensa recompensa del orgasmo resulta de una erupción masiva de dopamina; y la sensación de relajamiento que le sigue es provocada por la oxitocina. Se cree que los neurotransmisores como la serotonina, dopamina, adrenalina, noradrenalina, histamina, opioides y el GABA modulan la función sexual.

Las señales eferentes son llevadas a los órganos genitales femeninos por las 2 grandes divisiones del sistema nervioso autónomo. Las fibras simpáticas producen vasoconstricción mientras que las fibras parasimpáticas por liberación de NO y VIP producen vasodilatación con la consiguiente congestión de órganos eréctiles y lubricación vaginal.

El nervio pudendo proporciona la principal inervación somatomotora a los músculos de la respuesta orgásmica. Recientemente mediante estudios neurofisiológicos y de neuroimagen funcional, se comprobó que en mujeres con lesiones medulares completas por encima del nivel torácico, cuando se hace estimulación con presión en el cuello uterino se activa el núcleo bulbar del tracto solitario, relevo sensorial del nervio vago, dando sensaciones genitales e incluso orgasmo, lo que prueba la implicación de éste nervio como vía de transmisión de sensibilidad cervical. (11)

Mecanismos Vasculares

El aumento de aporte sanguíneo a los sinusoides de los órganos eréctiles (clítoris y bulbos) y al plexo vascular de las paredes vaginal, uretral y labios menores es consecuencia de la vasodilatación. La regulación de la actividad vasomotora se hace mediante fibras nerviosas postganglionares parasimpáticas y simpáticas.

El nivel de Ca en el citosol de las células endoteliales determina el estado de contracción o de relajación. Así, niveles altos de Ca intracelular generan contracción (vasoconstricción) y niveles bajos relajación (vasodilatación). La estimulación de receptores adrenérgicos (simpáticos) aumenta la concentración intracelular de Ca. El resultado es la contracción que se traduce en detumescencia.

Por el contrario, la concentración de Ca en el citosol disminuye cuando aumentan los valores intracelulares de nucleótidos cíclicos como los de guanosina (GMPc) y adenosina (AMPc). El ON activa una guanilato ciclasa soluble presente en el citosol que estimula la

producción de GMPc. La producción de AMPc aumenta tras la activación de diversos receptores de membrana acoplados a la adenilato ciclasa, como el del péptido intestinal vasoactivo (VIP) y el de la prostaglandina E (PGE). La disminución intracelular de Ca conlleva la vasodilatación y la consiguiente congestión de los tejidos (tumescencia) y la lubricación vaginal.

Los mencionados nucleótidos cíclicos vasodilatadores AMPc y GMPc son inactivados por las fosfodiesterasas PDE4 y PDE5 respectivamente.

Los fármacos para tratar la disfunción eréctil en el varón, como el sildenafilo, el tadalafilo y el vardenafilo actúan mediante la inhibición selectiva de la PDE5. De igual manera se usa la PGE tópica en mujeres para mejorar la lubricación vaginal. (11)

Mecanismos Hormonales

- ✓ Los estrógenos desempeñan varios papeles importantes: Favorecen la reepitelización vaginal, facilitan el paso de líquido lubricante a través de la pared hacia la luz y ayudan a mantener el ambiente ácido (pH de 3,5 a 4,5) de la vagina, lo que le confiere protección frente a bacterias coliformes y levaduras. Tradicionalmente se atribuye este fenómeno a los lactobacilos anaerobios tipo Doderlein, pero se ha demostrado que los estrógenos debido a su importante actividad de bombeo de protones (por una H^+ -ATPasa) facilitan la salida de H^+ hacia la luz y disminuyen el pH. Por lo último se comprende que la menopausia se

acompañe de aumento del pH vaginal (considerado clínicamente como signo de atrofia). (12)

- ✓ Se cree que la testosterona desempeña un papel importante en el deseo sexual femenino. Los niveles androgénicos se reducen a medida que aumenta la edad de la mujer, sin embargo el ovario posmenopáusico continúa secretando andrógenos en pequeñas cantidades. La ooforectomía bilateral se asocia con una reducción acentuada de los niveles de andrógenos, en comparación con la menopausia espontánea. Los estudios recientes sugieren que el tratamiento con testosterona, en forma de parche transdérmico, puede mejorar la libido en las mujeres posmenopáusicas con una alteración sexual de deseo hipoactivo.
- ✓ La prolactina es la responsable de la inhibición del deseo sexual ya que actúa a favor del periodo refractario. La hiperprolactinemia se asocia a disminuciones del apetito sexual, resequedad vaginal y dispareunia por la privación estrogénica concomitante. (13)
- ✓ Oxitocina, la llamada hormona de la felicidad, estimula la contracción del músculo liso uterino por lo que se cree que desempeña un papel facilitador en el transporte de espermatozoides. Está involucrada con las sensaciones de placer. (14)

2.5 LA DISFUNCIÓN SEXUAL

La mayoría de los autores coinciden en definir las disfunciones sexuales como todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad.

La OMS (1992) la definió como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea.

2.5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

2.5.1.1 Trastornos del deseo sexual:

- Deseo sexual hipoactivo (DSH): Consiste en la ausencia o disminución de pensamientos o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual, en presencia de adecuados inductores del deseo. (13)
- Deseo sexual hiperactivo o excesivo: Deseo casi constante de practicar alguna actividad sexual que interfiere con las actividades cotidianas. Existen dificultades en controlar o postergar la necesidad de satisfacción sexual.
- Trastorno por aversión al sexo: Se trata de una fobia sexual simple. Es el miedo persistente, excesivo e irracional y deseo compulsivo de evitar sensaciones y experiencias sexuales. Se acompaña de angustia y ansiedad anticipatoria.

2.5.1.2 Trastornos de la excitación sexual:

Es la incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la lubricación, la tumescencia de los labios mayores, menores y del clítoris ante un estímulo adecuado. Este trastorno generalmente se acompaña de varias disfunciones sexuales como deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, entre otras.

2.5.1.3 Trastornos del orgasmo:

Se caracteriza por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal en el transcurso de una actividad sexual normal. Es importante destacar que las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando el especialista considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida. Son sinónimos “Anorgasmia” y “Orgasmo femenino inhibido”. A diferencia de la preocupación constante del varón la mujer puede mostrarse indiferente.

2.5.1.4 Trastornos sexuales por dolor:

- Vaginismo es un proceso consistente en la contracción espasmódica de la musculatura que rodea el tercio externo vaginal, justo cuando se va a proceder al coito o ante la presunción de inmediata penetración. La etiología del vaginismo puede ser orgánica o psicológicas.

- La dispareunia es un dolor genital recurrente o persistente asociado al coito.

(13)

2.5.2 SUBTIPOS DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

- Primaria. Ha estado presente desde el inicio del funcionamiento sexual.
- Secundaria o adquirida. Se ha desarrollado después de un período de funcionamiento normal.
- Generalizada. Ocurre en todas las situaciones con todas las parejas.
- Específica. Se limita a determinados tipos de estimulaciones, situaciones o parejas.

2.6 HISTERECTOMÍA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Los resultados de estudios sobre la calidad de vida femenina luego de la histerectomía son contradictorios ya que por un lado se describen cambios positivos y por otro negativos. Dentro de los resultados positivos están el cese de la hemorragia uterina anormal, disminución del dolor pélvico, así como disminución de la depresión y ansiedad, por ende mejoraría la calidad de vida sexual en mujeres que sufrían de disfunción sexual preoperatoria.

Por otro lado, estudios muestran que una proporción importante de mujeres desarrollará otro tipo de síntomas después de la cirugía entre los que se incluye: depresión, fatiga, incontinencia urinaria, constipación y disfunción sexual. (15)

En cuanto al rol de la histerectomía en el desarrollo de la DS se han propuesto varias teorías, como que la formación de fibrosis vaginal después de la cirugía puede causar dispareunia y alteración de la sensación durante el coito pero sin duda la teoría de la alteración nerviosa es la más aceptada. Ésta explica que durante cualquier tipo de lesión o cirugía pélvica hay pérdidas de fibras nerviosas autónomas y somáticas, lo que se traduce en la ausencia de todos los fenómenos mediados por estas. (12). El daño del plexo pélvico específicamente sería el causante de la DS. Éste plexo está ampliamente distribuido entre los órganos pélvicos, razón por la cual es tan difícil evitar lesiones. Se sabe que varias de sus fibras están en estrecha relación con los ligamentos ancho, útero sacro, y cardinales.

Durante la histerectomía el plexo pélvico puede dañarse de cuatro maneras: (16)

1. Durante la disección de los ligamentos cardinales: Las principales ramas del plexo pélvico pasan por debajo de las arterias uterinas y pueden dañarse durante la división de los ligamentos cardinales.
2. Durante la separación de la vejiga del útero y cérvix: Gran parte de la inervación vesical entra por la base de la vejiga antes de extenderse a lo largo del músculo detrusor.
3. Durante la disección del tejido paravaginal se puede perturbar las neuronas que pasan a los laterales de la vagina.

4. Durante la extracción del cuello uterino se produce la pérdida de un gran segmento de plexo íntimamente relacionados.

Mediante fotopleletismografía un estudio comparó el aumento del flujo sanguíneo vaginal durante la excitación sexual, en mujeres sometidas a histerectomía radical y total vs un grupo control de mujeres quienes nunca fueron sometidas a cirugía uterina. Los investigadores evidenciaron que existe una denervación de la vagina que aumenta con la radicalidad de la cirugía. En tinciones inmunohistoquímicas de planos de resección después de la histerectomía simple y radical hubo una interrupción nerviosa. El análisis cuantitativo mostró que la interrupción fue significativamente mayor en las biopsias de histerectomía radical que en las biopsias de histerectomía simples. (20)

El aspecto psicológico también juega un papel importante en la adaptación postquirúrgica. Shifren y Avis, 2007, encontraron que las mujeres que sufrían de depresión no experimentaban orgasmos después de la cirugía. El útero es un órgano significativo para las mujeres y la sociedad, ya que culturalmente se encuentra asociado a características como feminidad, sexualidad y a la capacidad reproductiva de éstas. Por ello, la pérdida de este órgano no sólo impacta a las mujeres histerectomizadas, sino que también a sus parejas. La recuperación y adaptación sexual post-quirúrgica pueden verse afectadas por la perspectiva que los hombres tengan.

Por último pero no menos importante, hay que hacer especial mención a la influencia que tiene una educación integral brindada por el médico con la evolución postquirúrgica.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1 PROBLEMAS Y OBJETIVOS

3.1.1 PROBLEMA:

Uno de los aspectos más influyentes sobre la calidad de vida en el ser humano es el aspecto sexual. Aunque la bibliografía es contradictoria, se dice que la histerectomía puede causar un gran impacto sobre la calidad de vida sexual.

En Ecuador no se han realizado estudios al respecto pero ante la alta prevalencia de este procedimiento quirúrgico en nuestro país consideramos necesario encontrar la respuesta a la siguiente pregunta ¿Tiene la histerectomía impacto sobre la calidad de vida sexual de las mujeres intervenidas?. De esta forma además podremos proponer medidas destinadas a mejorarla.

3.1.2 OBJETIVO GENERAL:

Determinar mediante la aplicación de la encuesta FSFI la calidad de vida sexual en las mujeres entre 35 a 55 años histerectomizadas en el HCAM durante el año 2014 para contribuir a la planificación de intervenciones destinadas a mejorarla.

3.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer la prevalencia de pacientes post histerectomizadas con disfunción sexual.
- Evaluar el impacto del tipo de histerectomía con la calidad de vida sexual de la paciente.
- Explicar el rol de la pareja en el grado de disfunción sexual de la paciente.
- Demostrar la relación entre la asesoría a la que accedió la paciente por parte del prestador de salud con la calidad post-quirúrgica de su vida sexual.

3.2 HIPÓTESIS

H1: La Histerectomía está asociada con el desarrollo de Disfunción sexual.

H0: La Histerectomía no está asociada con el desarrollo Disfunción Sexual.

3.3 METODOLOGÍA

Se realizaron cálculos de estadística analítica, aplicando medidas de tendencia central para las variables numéricas y de proporción para las categóricas, además Chi 2 y OR. El programa estadístico empleado fue SPSS versión 20 en español.

La encuesta FSFI que utilizamos es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas y fáciles de usar. Se la desarrolló con la capacidad de discriminar entre poblaciones de mujeres con disfunción sexual y sin alteraciones sexuales.

La encuesta contiene 19 preguntas en total con las que se puede analizar las 6 categorías o dominios fundamentales de la función sexual.

MÉTODO DE CALIFICACIÓN ENCUESTA FSFI

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17, 18, 19	0 - 5	0,4	0	6,0
TOTAL				2,0	36

Rosen R, Brown (2000); THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI): A MULTIDIMENSIONAL SELF-REPORT INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT OF FEMALE SEXUAL FUNCTION. J Sex Marital Ther. 2000 Apr-Jun;26.

Como se observa hay preguntas específicas para cada dominio, por ejemplo, la pregunta 1 y 2 de la encuesta está destinada al estudio del deseo y así respectivamente. El rango en la tabla determina el puntaje mínimo y máximo que se puede obtener en cada pregunta.

Para obtener el score final debemos obtener el puntaje de la pregunta y sumarlo al puntaje de las otras preguntas que corresponden a la misma categoría, el resultado de eso se lo multiplica por un factor, el mismo que está especificado en la tabla para cada dominio y por último sumamos el puntaje de todos los dominios y obtenemos el score final. Cada dominio tiene un puntaje máximo de 6, es decir que la nota máxima del test es de 36.

La bibliografía indica que un score $\leq 26,55$ es sinónimo de DS. (23)

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Intervalos en años.	35-40 años 41-45 años 46-50 años 51-55 años	Numérica de razón. Variable de caracterización.
Instrucción	Niveles de estudio.	Primaria Secundaria Superior	Catagórica ordinal. Variable de caracterización.
Paridad	Satisfacción con el número de hijos que tiene.	Satisfecha No satisfecha	Catagórica ordinal. Variable de caracterización.
Tipo	Tipo de histerectomía realizada.	Histerectomía total Histerectomía subtotal No (pacientes de control)	Catagórica nominal. Variable de caracterización.
Abordaje	Vía por la cual le extrajeron el útero.	Abdominal Vaginal Laparoscópica Otra cirugía (pacientes de control)	Catagórica nominal.
Calidad de vida sexual prequirúrgica	Percepción subjetiva de la vida sexual antes de la cirugía.	Buena. Mala.	Catagórica nominal. Variable de caracterización.

Autoestima	Autopercepción del impacto que tuvo la cirugía en el autoestima de la paciente.	Bueno (incluye si no hubo cambios) Malo	Categórica nominal. Variable de caracterización.
Ooforectomía	Remoción de ovarios.	No Unilateral Bilateral	Categórica nominal. Variable de caracterización.
THR	Administración de hormonas femeninas (estrógenos).	Si No	Categórica nominal. Variable de caracterización.
Actitud	Apoyo de la pareja del procedimiento.	Buena Mala	Categórica nominal. Variable de caracterización.
Información	Información dada por el prestador de servicio con respecto a los efectos adversos. del procedimiento	Buena Mala	Categórica nominal. Variable de caracterización.
Calidad de vida sexual postquirúrgica	Puntaje obtenido con el cuestionario FSFI.	Con disfunción sexual Sin disfunción sexual	Categórica nominal. Variable de interés.
Deseo	Deseo sexual que experimenta la paciente.	Con disfunción sexual Sin disfunción sexual	Numérica.

Excitación	Excitación que experimenta la paciente.	-----	Numérica.
Lubricación	Lubricación de la paciente en el acto sexual.	-----	Numérica.
Orgasmo	Orgasmos durante el acto sexual.	-----	Numérica.
Satisfacción	Satisfacción de la paciente con su vida sexual.	-----	Numérica.
Dolor	Dolor durante la actividad sexual.	-----	Numérica.

3.5 MUESTRA

Nuestro universo comprende todas las mujeres entre 35 a 55 años de edad quienes se hayan realizado una histerectomía por patología benigna durante el año 2014 en el HCAM.

Se calculó la muestra mediante la Herramienta CALCULEK de Excel con la fórmula:

$$n = \left[\frac{z_{\alpha} \sqrt{p_c(1-p_c)} + z_{\beta} \sqrt{p_e(1-p_e)}}{p_e - p_c} \right]^2$$

Muestra = 66 pacientes

Casos: 22 pacientes

Controles: 44 pacientes

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Mujeres entre 35 a 55 años de edad
- ✓ Mujeres con pareja sexual (casada, unión libre, novio, otras).
- ✓ Sometidas a histerectomía por patología benigna en el 2014.

3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Mujeres sometidas a histerectomía por patología maligna u obstétrica
- ✓ Mujeres menores de 35 y mayores de 55 años
- ✓ Mujeres con trastornos psiquiátricos
- ✓ Mujeres que no participen en actividades sexuales

Para los controles se escogió mujeres bajo los mismos criterios pero que conserven su útero y hayan sido sometidas a otro tipo de cirugía no ginecológica, para ello tomamos pacientes con cirugía abdominal.

3.8 TIPO DE ESTUDIO

Elaboramos un estudio analítico, transversal, de casos y controles, en donde se pretende determinar la calidad de vida sexual en las mujeres histerectomizadas por causa benigna en el HCAM y la proporción en que se presenta disfunción sexual, en comparación con

un grupo de controles de su misma edad y características, no histerectomizadas, pero que se realizaron cirugía abdominal.

3.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó cálculos de estadística analítica, en donde encontramos las frecuencias de nuestras variables categóricas, medidas de tendencia central (media, mediana) y de desviación estándar en las variables cuantitativas, y representaciones gráficas de los mismos; un análisis bivariado para evaluar la asociación entre variables, usando medidas de asociación y de significancia. Para el análisis de probabilidades se utilizó la Odds Ratio. Se usó la prueba de Chi cuadrado como medida de significancia para la inclusión de variables con valor $p=0,05$.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Primeramente se realiza un análisis descriptivo de los datos recogidos

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la variable Edad en los casos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	35-40	5	22,7
	41-45	6	27,3
	46-50	8	36,4
	51-55	3	13,6
	Total	22	100,0

Se aprecia que la mayor cantidad de pacientes (36,4%) están entre las edades de 46 y 50 años, siguiéndole las que se encuentran entre 41 a 45 años (27,3%). La menor cantidad de mujeres (13,6%) que se incluyen en la muestra corresponden a las edades entre 51 a 55 años.

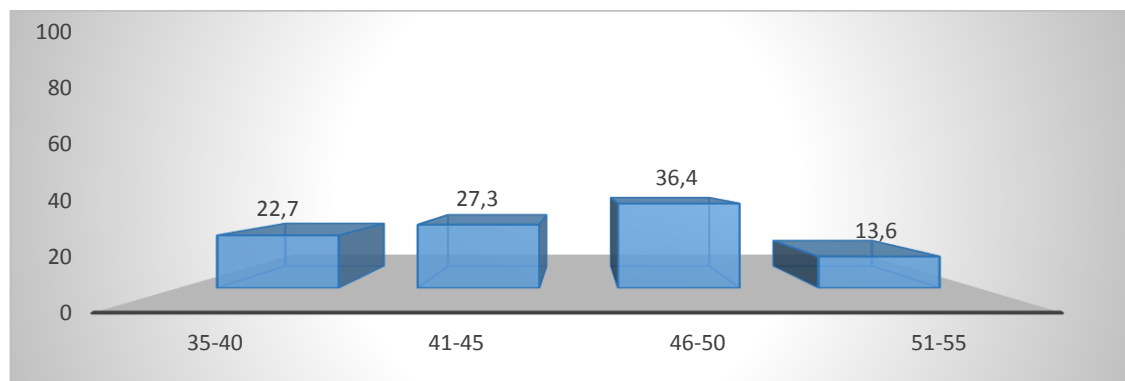


GRÁFICO N1. Prevalencia por grupos de Edad.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la variable Instrucción en los casos

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PRIMARIA	4	18,2
	SECUNDARIA	6	27,3
	SUPERIOR	12	54,5
	Total	22	100,0

Se puede apreciar que en la muestra predominan las mujeres que tienen instrucción superior representando un 54,5% del total de pacientes. El resto de los pacientes cuenta con instrucción primaria y secundaria, representando un 18,2% y un 27,3% respectivamente.

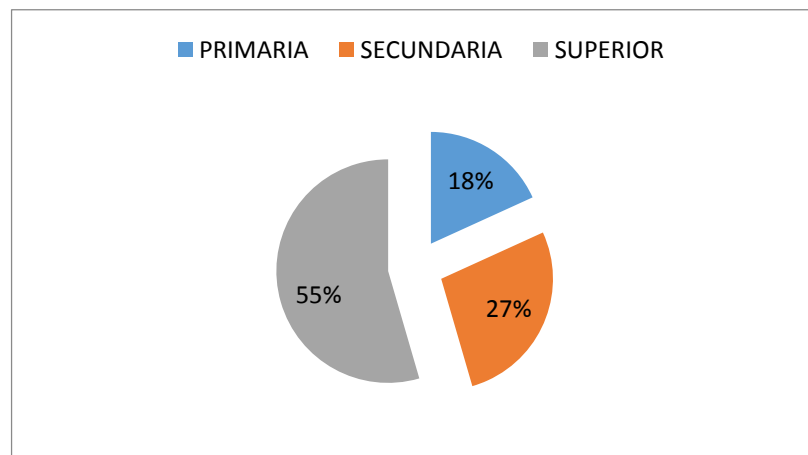


GRAFICO N2. Nivel de Instrucción

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la variable Paridad Satisfecha en los casos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	2	9,1
	SI	20	90,9
	Total	22	100,0

Se puede apreciar que las pacientes que respondieron con paridad satisfecha representan el 90,9 % del total.

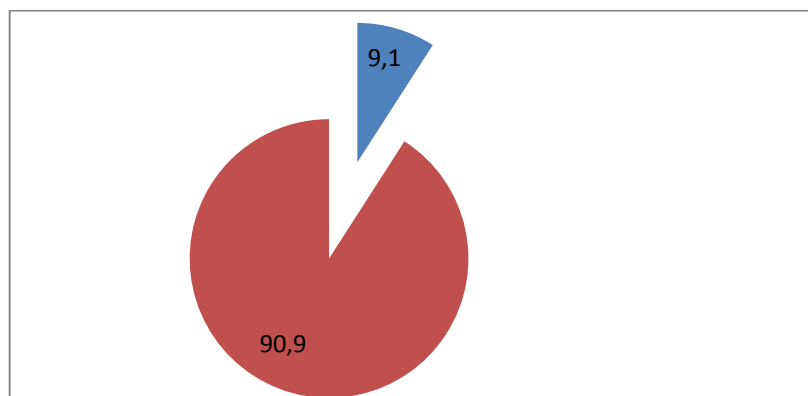


GRAFICO N3. Prevalencia Paridad Satisfecha.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la variable Tipo de Histerectomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PARCIAL	8	36,4
	TOTAL	14	63,6
	Total	22	100,0

Se encontró que el mayor número de histerectomías fueron totales con un 63,6%. El 36,4% corresponde a las histerectomía parciales.

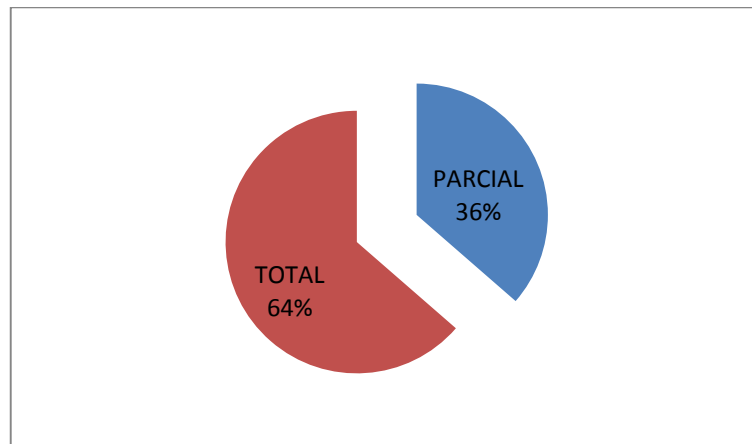


GRÁFICO N4. Prevalencia Tipo de Histerectomía.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de la variable Vía de Abordaje.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	ABDOMINAL	20	90,9
	VAGINAL	2	9,1
	Total	22	100,0

En cuanto al modo de abordaje en la histerectomía predomina el abdominal. Según la tabla las pacientes con el abordaje abdominal representan el 90,9%, mientras que de las 22 en estudio solo 2 (9,1%) han sido mediante la vía vaginal. No hubo casos por vía laparoscópica.

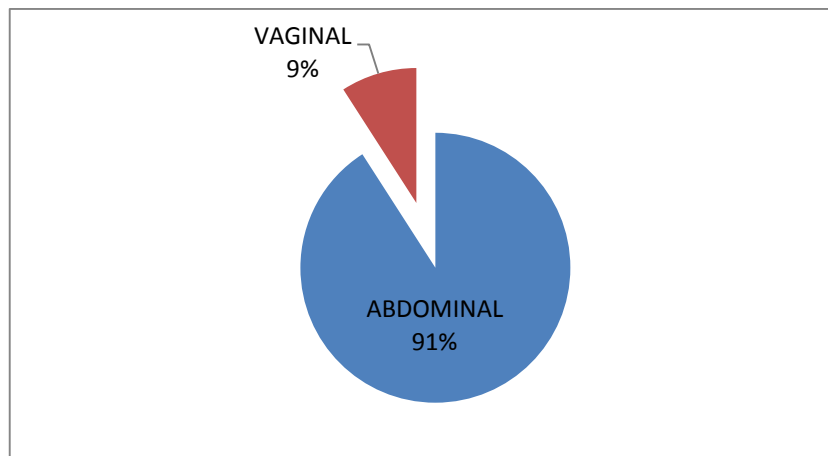


GRÁFICO N5. Prevalencia Tipo de Abordaje.

Tabla 6. Distribución de frecuencias de la variable Calidad de Vida Sexual pre histerectomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENA	18	81,8
	MALA	4	18,2
	Total	22	100,0

En este aspecto el 81,8% de las pacientes alega haber tenido una buena calidad de vida sexual antes de la histerectomía frente a un 18,2% que la reporto como mala.

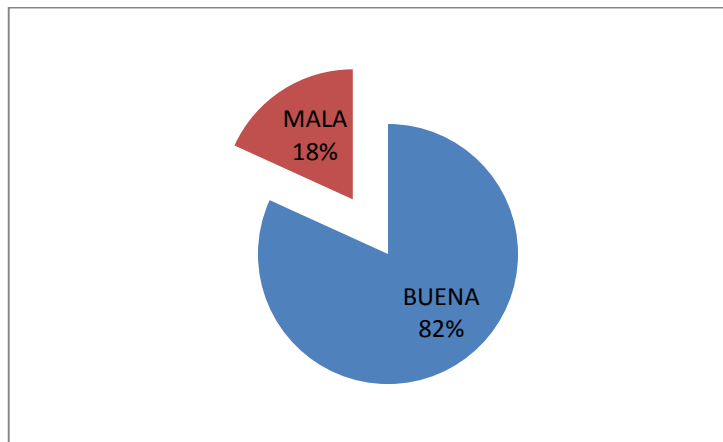


GRÁFICO N6. Prevalencia Calidad de vida sexual pre histerectomía.

Tabla 7. Distribución de frecuencias de la variable impacto de la histerectomía sobre el autoestima

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENO	13	59,1
	MALO	9	40,9
	Total	22	100,0

En el conjunto de pacientes encuestadas el 59,1% considera que la cirugía tuvo un impacto positivo sobre su autoestima y el resto 40,9% considera que fue malo.

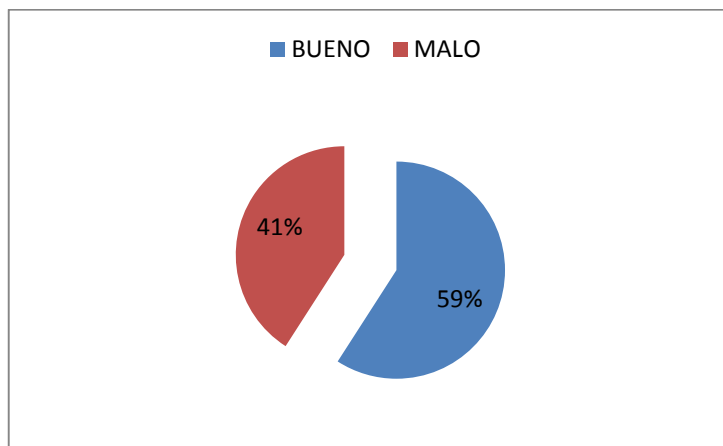


GRÁFICO N7. Prevalencia impacto de la histerectomía sobre la autoestima.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de la variable ooforectomía en los casos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BILATERAL	2	9,1
	NO	18	81,8
	UNILATERAL	2	9,1
	Total	22	100,0

En cuanto a la prevalencia de la ooforectomía, el 18,2% de las mujeres histerectomizadas tiene ooforectomía, de las cuales el 9,1% es bilateral y 9,1% unilateral. Al 81,8% de las pacientes no se les realizó la ooforectomía.

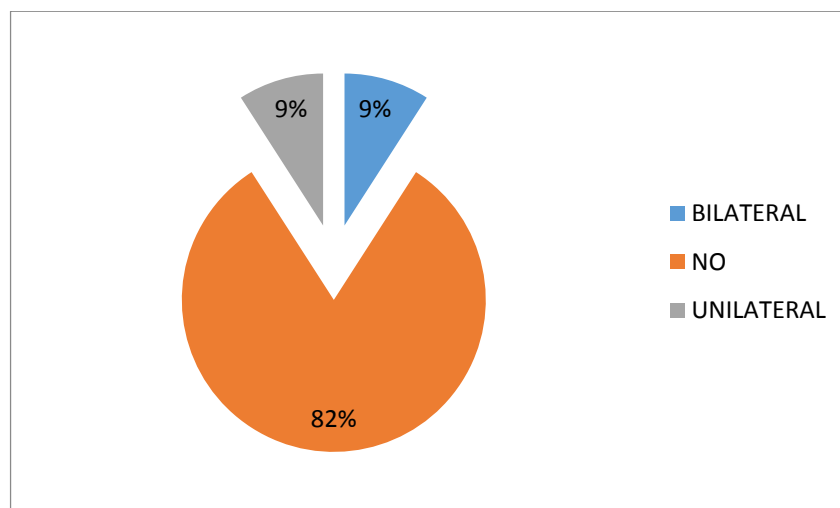


GRÁFICO N8. Prevalencia Ooforectomía.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de la variable uso de TRH en los casos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	21	95,5
	SI	1	4,5
	Total	22	100,0

En la tabla se incluyen la distribución de frecuencias las pacientes que reciben tratamiento hormonal sustitutivo. Se puede apreciar que sólo una paciente lo recibe.

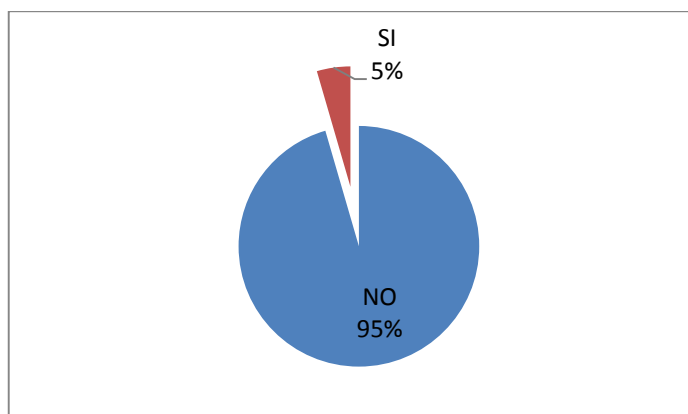


GRÁFICO N9. Prevalencia consumo de TRH.

Tabla 10. Distribución de frecuencias de la variable Actitud de la pareja ante la histerectomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENO	15	68,2
	MALO	7	31,8
	Total	22	100,0

En las pacientes encuestadas el 68,2% declara que la actitud fue buena, es decir, recibieron el apoyo de su pareja y no sufrieron maltratos psicológicos. En el 31,8% la mujer sufrió malos tratos por parte de su pareja debido a su nueva condición.

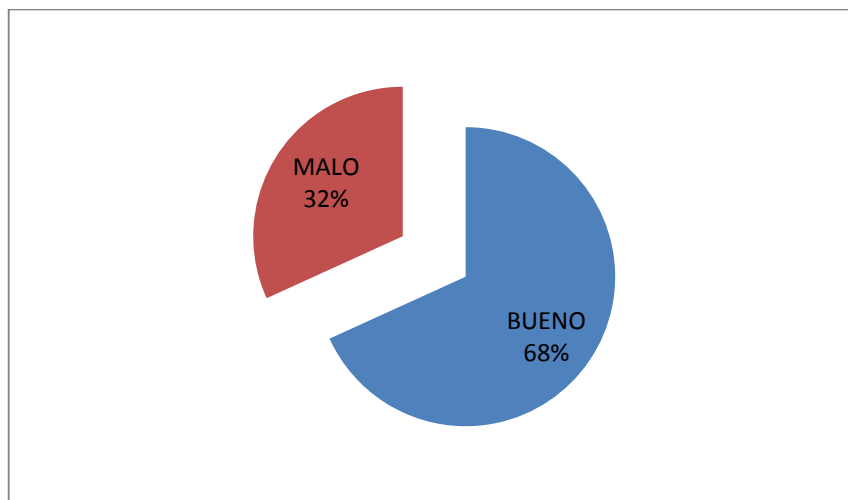


GRÁFICO N10. Prevalencia actitud de la pareja después de la histerectomía.

Tabla 11. Distribución de frecuencias de la variable Información Proporcionada por el Ginecólogo sobre la Histerectomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENA	13	59,1
	MALA	9	40,9
	Total	22	100,0

En la mayoría de los casos la información que brinda el ginecólogo fue considerada buena (59,1%) y en el resto (40,9%) se consideró insuficiente.

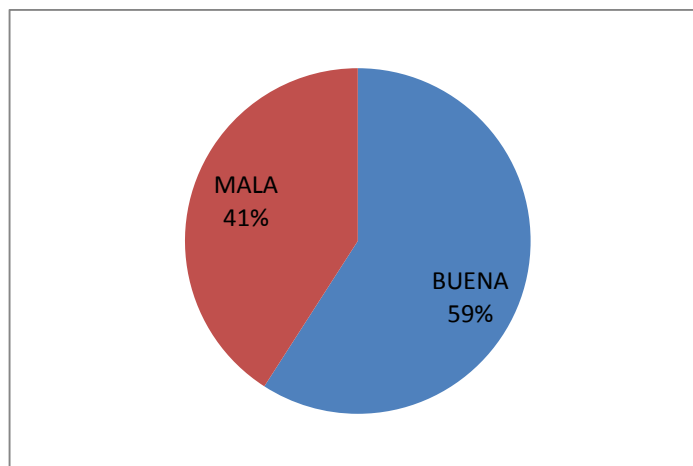


GRAFICO N11. Prevalencia Calidad de la información brindada por el Ginecólogo.

Tabla 12. Distribución de frecuencias de la calidad de vida sexual después de la histerectomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	CON DISFUNCIÓN SEXUAL	17	77,3
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL	5	22,7
	Total	22	100,0

Se puede observar que el porcentaje de DS en las mujeres post histerectomizadas es del 77,3%, es decir la mayoría de las pacientes presenta DS.

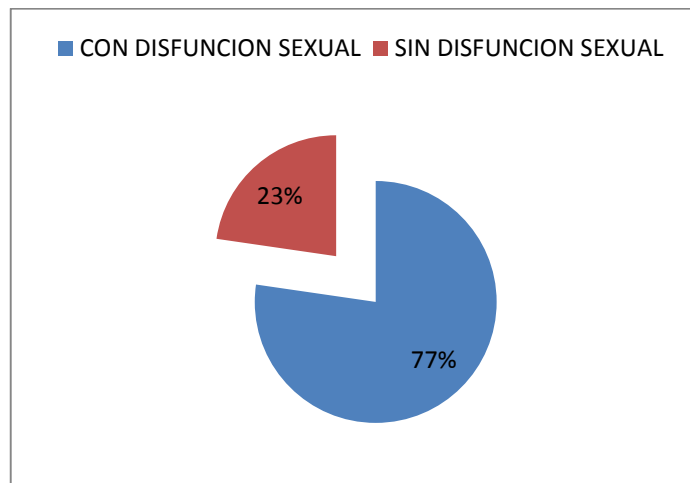


GRÁFICO N12. Prevalencia calidad de vida sexual post histerectomía.

Tabla 13. Análisis de las puntuaciones obtenidas en cada categoría del test FSFI en los casos.

CATEGORIA	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Estadístico
DESEO	3,72	1,08	4,80	3,0436	,27116	1,27187	1,618
EXCITACION	5,4	,0	5,4	3,109	,3659	1,7160	2,945
LUBRICACION	6,0	,0	6,0	3,368	,4154	1,9485	3,797
ORGASMO	6,0	,0	6,0	3,091	,4002	1,8769	3,523
SATISFACCION	5,2	,8	6,0	3,109	,4077	1,9121	3,656
DOLOR	6,0	,0	6,0	3,782	,4266	2,0009	4,003

Cada categoría estudiada tiene una puntuación máxima de 6, por lo tanto se puede observar que ninguna de las categorías se encuentra con su puntuación máxima. La categoría que presentó mayor alteración fue la del deseo con una media de 3,04, seguida por la categoría orgasmo con una media de 3,09; las categorías de excitación y satisfacción presentaron la misma media de 3,10. Las categorías con mejor puntuación fueron la de lubricación con una media de 3,36 y el dolor con 3,78 (una puntuación de 6 en la categoría dolor quiere decir ausencia total de dolor).



GRÁFICO N13. Puntuación media obtenida en cada categoría en el test FSFI.

Tabla 14. Distribución de frecuencias de la variable vida sexual pre quirúrgica en los controles.

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	BUENA	44	100,0
Total		44	100,0

Encontramos que todas las pacientes de los controles (100%) refirieron haber tenido una buena vida sexual antes de ser intervenidas quirúrgicamente.

Tabla 15. Distribución de frecuencias de la variable disfunción sexual post cirugía en los controles.

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	CON DISFUNCION SEXUAL	14	31,8
	SIN DISFUNCION SEXUAL	30	68,2
	Total	44	100,0

Se observa que después de haber sido sometidas a cirugía abdominal no ginecológica el 31,8% de las pacientes presenta DS versus al 68,2% que no tienen DS.

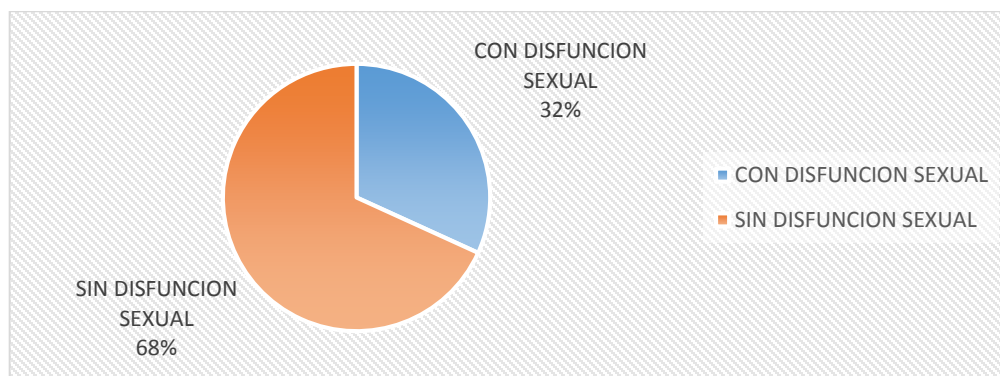


GRÁFICO N14. Calidad de vida sexual post cirugía (controles).

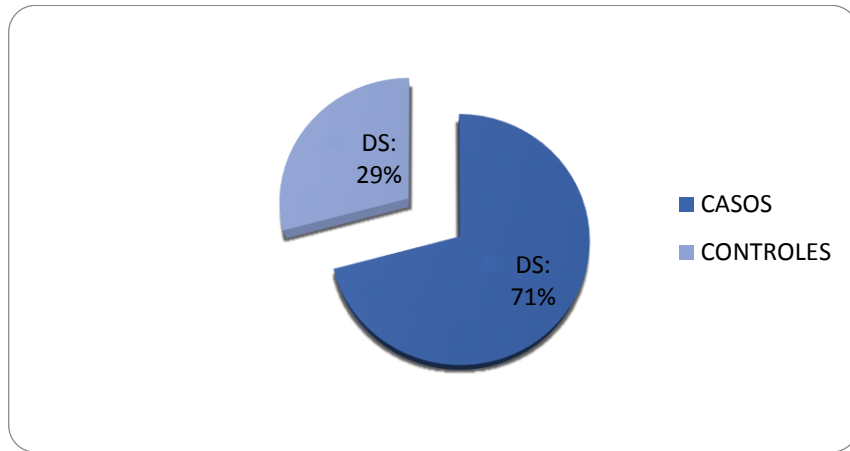


GRÁFICO N15. Disfunción sexual en casos vs. controles.

Tabla 16. Chi2 variables edad vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,440 ^a	3	,142
Razón de verosimilitud	5,417	3	,144
N de casos válidos	22		

Se muestra un nivel de significación de 0,142. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 17. Tabla de cruce de la variable edad vs calidad de vida sexual post histerectomía.

			Calidad Vida Sexual		Total fila
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
EDAD	35-40	Recuento	2	3	5
		Recuento esperado	3,9	1,1	5,0
		% dentro de EDAD	40,0%	60,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	11,8%	60,0%	22,7%
	41-45	Recuento	5	1	6
		Recuento esperado	4,6	1,4	6,0
		% dentro de EDAD	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	29,4%	20,0%	27,3%
	46-50	Recuento	7	1	8
		Recuento esperado	6,2	1,8	8,0
		% dentro de EDAD	87,5%	12,5%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	41,2%	20,0%	36,4%
	51-55	Recuento	3	0	3
		Recuento esperado	2,3	,7	3,0
		% dentro de EDAD	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	17,6%	0,0%	13,6%
Total columna		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de EDAD	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Se evidencia que el 100% de las mujeres post histerectomizadas entre 51 a 55 años presenta DS, seguidas por el rango de 46 a 50 años donde el 87,5% presento DS; en el rango de 41 a 45 años el 83,3% presento DS y del rango de 35 a 40 años el 40%. De esto podemos ver que aunque no haya dependencia de variables, mientras mayor es el rango de edad mayor es la frecuencia de DS.

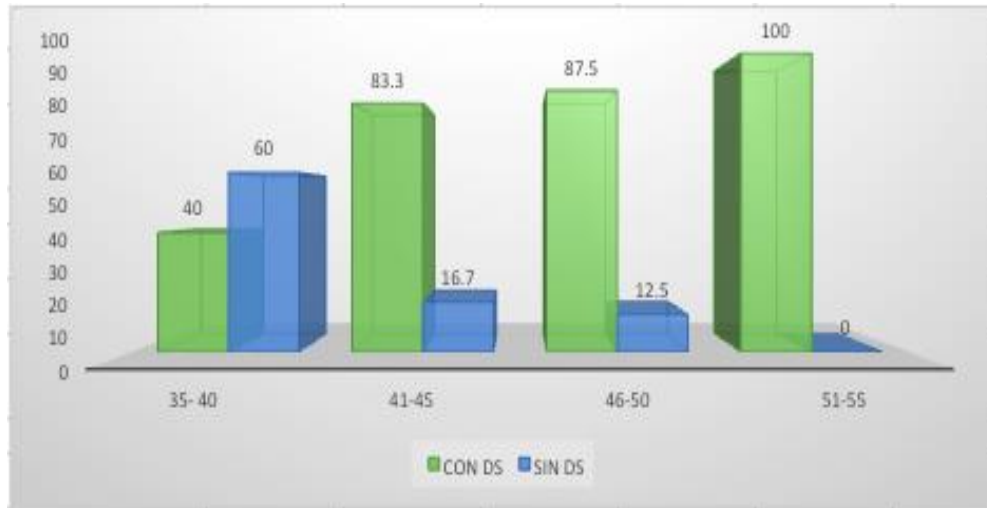


GRÁFICO N16. Prevalencia disfunción sexual por edades.

Tabla 18. Chi2 variables ooforectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,438 ^a	2	,487
Razón de verosimilitud	2,312	2	,315
N de casos válidos	22		

Se muestra un nivel de significación de 0,487. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 19. Tabla de cruce de la variable ooforectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.

			CALIDAD VIDA SEXUAL		Total Fila
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
OOFORECTOMIA	BILATERAL	Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,5	,5	2,0
		% dentro de OOFORECTOMIA	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	11,8%	0,0%	9,1%
	NO	Recuento	13	5	18
		Recuento esperado	13,9	4,1	18,0
		% dentro de OOFORECTOMIA	72,2%	27,8%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	76,5%	100,0%	81,8%
	UNILATERAL	Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,5	,5	2,0
		% dentro de OOFORECTOMIA	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	11,8%	0,0%	9,1%
Total Columna		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de OOFORECTOMIA	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Se evidencia que en mujeres con ooforectomía bilateral y unilateral el 100% mostraron DS. En las que mantenían sus ovarios la mayoría (72,2%) de las mujeres presentó DS.

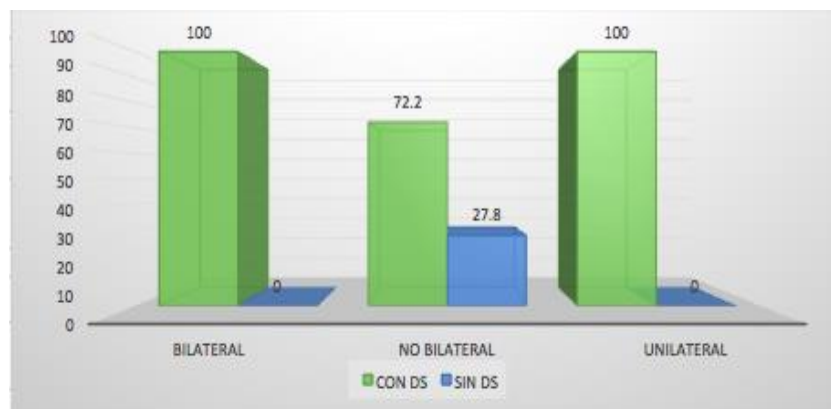


GRÁFICO N17. Prevalencia disfunción sexual según Ooforectomía.

Tabla 20. Chi2 variables instrucción vs calidad de vida sexual post histerectomía

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,071 ^a	2	,355
Razón de verosimilitud	2,899	2	,235
N de casos válidos	22		

Se muestra un nivel de significación de 0,355. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 21. Tabla de cruce de variables instrucción vs calidad de vida sexual post histerectomía

			Calidad Vida Sexual		Total
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	Recuento	4	0	4
		Recuento esperado	3,1	,9	4,0
		% dentro de INSTRUCCIÓN	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	23,5%	0,0%	18,2%
	SECUNDARIA	Recuento	5	1	6
		Recuento esperado	4,6	1,4	6,0
		% dentro de INSTRUCCIÓN	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	29,4%	20,0%	27,3%
	SUPERIOR	Recuento	8	4	12
		Recuento esperado	9,3	2,7	12,0
		% dentro de INSTRUCCIÓN	66,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	47,1%	80,0%	54,5%
Total		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de INSTRUCCIÓN	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

El 100% de las mujeres con instrucción primaria presento DS, frente al 83,3% de las mujeres con instrucción secundaria y el 66,7% en las de instrucción superior.



GRÁFICO N18. Prevalencia disfunción sexual según Instrucción

Tabla 22. Chi2 variable paridad satisfecha vs calidad de vida sexual post histerectomía

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,932 ^a	1	,334
Corrección de continuidad ^b	,006	1	,936
Razón de verosimilitud	,794	1	,373
Prueba exacta de Fisher			
N de casos válidos	22		

Se muestra un nivel de significación de 0,334. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 23. Tabla de cruce variables paridad satisfecha vs calidad de vida sexual post histerectomía

			Calidad Vida Sexual		Total fila
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
PARIDAD SATISFECHA	NO	Recuento	1	1	2
		Recuento esperado	1,5	,5	2,0
		% dentro de PARIDAD SATISFECHA	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	5,9%	20,0%	9,1%
	SI	Recuento	16	4	20
		Recuento esperado	15,5	4,5	20,0
		% dentro de PARIDAD SATISFECHA	80,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	94,1%	80,0%	90,9%
Total columna		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de PARIDAD SATISFECHA	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

El 50% de las mujeres con paridad insatisfecha presenta DS, en contraste con el 80% de las mujeres con paridad satisfecha.

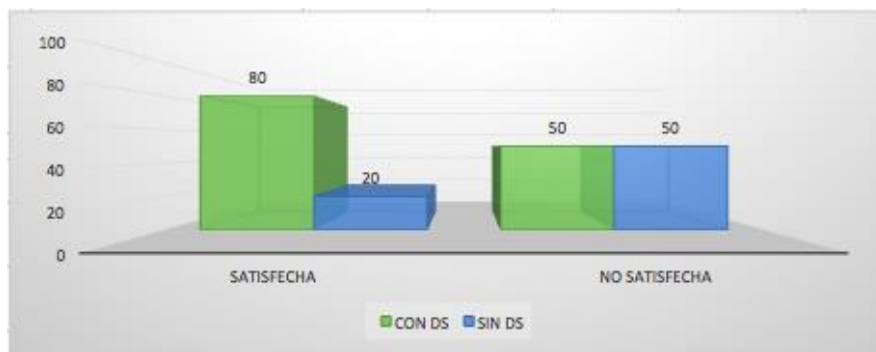


GRÁFICO N19. Prevalencia disfunción sexual según paridad satisfecha.

Tabla 24. Chi2 variables tipo de histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,037 ^a	,848
Corrección de continuidad	,000	1,000
Razón de verosimilitud	,037	,848
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	22	

Se muestra un nivel de significación de 0,848. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 25. Tabla de cruce variables tipo de histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.

		Calidad Vida Sexual		Total Fila	
		CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION		
TIPO DE HISTERECTOMÍA	SUBTOTAL	Recuento	6	2	8
		Recuento esperado	6,2	1,8	8,0
		% dentro de TIPO DE HISTERECTOMÍA	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	35,3%	40,0%	36,4%
	TOTAL	Recuento	11	3	14
		Recuento esperado	10,8	3,2	14,0
		% dentro de TIPO DE HISTERECTOMÍA	78,6%	21,4%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	64,7%	60,0%	63,6%
Total columna		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de TIPO DE HISTERECTOMÍA	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Se evidencia que el mayor porcentaje de DS se dio en las mujeres con histerectomía total (78,6%), aunque las mujeres con histerectomía subtotal también presentaron un porcentaje importante de DS (75%).

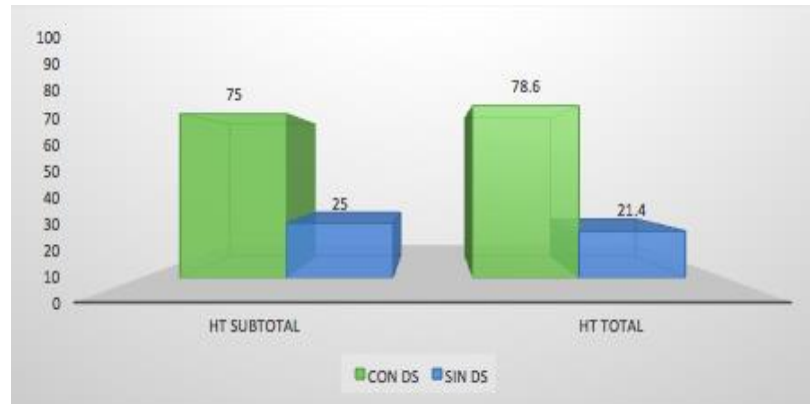


GRÁFICO N20. Prevalencia disfunción sexual según tipo de histerectomía.

Tabla 26. Chi2 variables vía de abordaje vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,647 ^a	,421
Corrección de continuidad ^b	,000	1,000
Razón de verosimilitud	1,089	,297
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	22	

Se muestra un nivel de significación de 0,421. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 27. Tabla de cruce variables vía de abordaje vs calidad de vida sexual post histerectomía.

			Calidad Vida Sexual		Total
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
ABORDAJE	ABDOMINAL	Recuento	15	5	20
		Recuento esperado	15,5	4,5	20,0
		% dentro de ABORDAJE	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	88,2%	100,0%	90,9%
	VAGINAL	Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,5	,5	2,0
		% dentro de ABORDAJE	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	11,8%	0,0%	9,1%
Total		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de ABORDAJE	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

En nuestro estudio la prevalencia de DS en las mujeres con histerectomía abdominal es del 75%, mientras que en las mujeres con histerectomía vía vaginal es del 100%. No hubo casos de histerectomía laparoscópica.

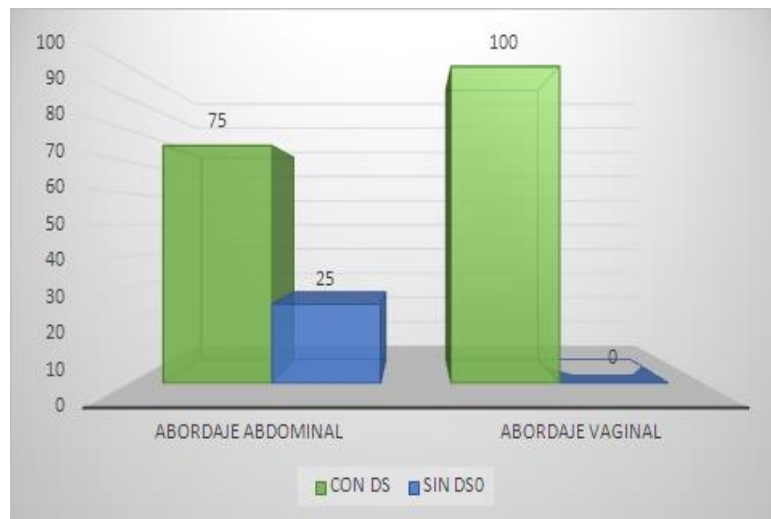


GRÁFICO N21. Prevalencia disfunción sexual según abordaje quirúrgico.

Tabla 28. Chi2 variables calidad de vida sexual pre histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,014 ^a	,905
Corrección de continuidad ^b	,000	1,000
Razón de verosimilitud	,014	,905
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	22	

Se muestra un nivel de significación de 0,905. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 29. Tabla de cruce variables calidad de vida sexual pre histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.

			Calidad Vida Sexual		Total
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
CALIDAD VIDA SEXUAL PREQX	BUENA	Recuento	14	4	18
		Recuento esperado	13,9	4,1	18,0
		% dentro de CALIDAD VIDA PREQX	77,8%	22,2%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	82,4%	80,0%	81,8%
	MALA	Recuento	3	1	4
		Recuento esperado	3,1	,9	4,0
		% dentro de CALIDAD VIDA PREQX	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	17,6%	20,0%	18,2%
Total		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de CALIDAD VIDA PREQX	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Se evidencia que el 77,8% de las mujeres que tuvieron vida sexual pre quirúrgica buena ahora presentan DS. En las mujeres cuya vida sexual pre quirúrgica era mala después de la histerectomía el 75% refiere DS y un 25% no.

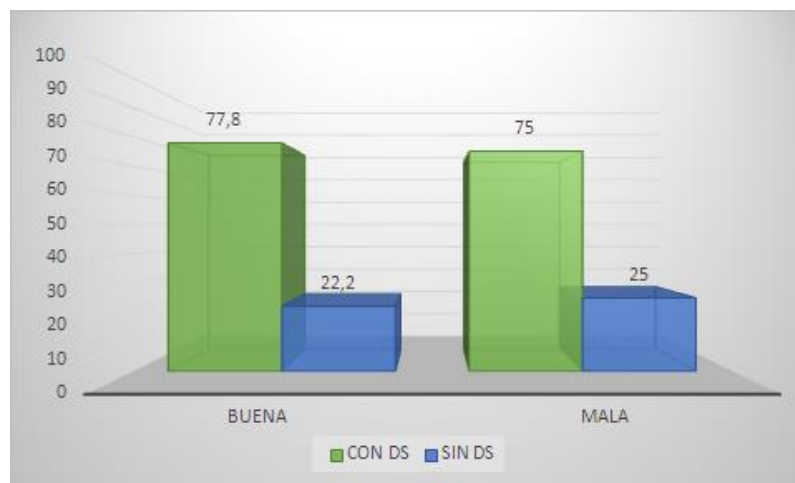


GRÁFICO N22. Prevalencia disfunción sexual según calidad de vida sexual pre histerectomía.

Tabla 30. Chi2 variables impacto en el autoestima vs calidad de vida sexual post histerectomía

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,480 ^a	,034
Corrección de continuidad ^b	2,557	,110
Razón de verosimilitud	6,259	,012
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	22	

Se observa que en este caso ambas variables están relacionadas ya que en la prueba chi2 el valor de la significación es de 0,034 (menor que 0,05), por lo tanto se rechaza el hecho

de considerar que ambas variables son independientes. Al parecer la calidad de vida sexual tiene relación con el estado de autoestima de las pacientes encuestadas.

Tabla 31. Tabla de cruce variables autoestima vs calidad de vida sexual post histerectomía.

			Calidad Vida Sexual		Total Fila
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
AUTOESTIMA	BUENO	Recuento	8	5	13
		Recuento esperado	10,0	3,0	13,0
		% dentro de AUTOESTIMA	61,5%	38,5%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	47,1%	100,0%	59,1%
	MALO	Recuento	9	0	9
		Recuento esperado	7,0	2,0	9,0
		% dentro de AUTOESTIMA	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	52,9%	0,0%	40,9%
Total Columna		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de AUTOESTIMA	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Se observa que el 100% de las mujeres que tienen una mala autoestima presentan DS mientras que la prevalencia de DS en mujeres que consideran que la histerectomía tuvo un impacto benéfico en su autoestima es del 61,5%.



GRÁFICO N23. Prevalencia disfunción sexual según el tipo de impacto de la histerectomía en el autoestima.

Tabla 32. Odds Ratio entre variables autoestima vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte Calidad Vida Sexual = CON DISFUNCION	,615	,400	,946
N de casos válidos	22		

A partir del valor del Odds Ratio encontramos que las mujeres con mala autoestima tienen 0,615 veces más riesgo de padecer disfunción sexual.

Tabla 33. V de Cramer entre variables autoestima vs calidad de vida sexual post histerectomía.

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	-,451	,034
	V de Cramer	,451	,034
N de casos válidos		22	

Encontramos que la V de Cramer tiene un valor de 0,451 entonces podemos decir que la relación que existe entre estas variables es moderada.

Tabla 34. Chi2 variables actitud de la pareja vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,020 ^a	,082
Corrección de continuidad ^b	1,420	,233
Razón de verosimilitud	4,487	,034
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	22	

Aunque no hay relación de variables, en este caso la significación es de 0,082, muy cercano al valor de 0,05.

Tabla 35. Tabla de cruce variables actitud de la pareja vs calidad de vida post histerectomía.

			CALIDAD DE VIDA SEXUAL POST HISTERECTOMÍA		TOTAL
			CON DISFUNCION SEXUAL	SIN DISFUNCION SEXUAL	
ACTITUD DE LA PAREJA	MALO	% ACTITUD DE LA PAREJA	7 100,00%	0 0,00%	7 100,00%
	BUENO	% ACTITUD DE LA PAREJA	10 66,70%	5 33,30%	15 100,00%
TOTAL			17 77,30%	5 22,70%	22 100,00%

Se evidencia que el 100% de las mujeres cuyas parejas tenían una mala actitud para con ellas presentaron DS. En contraste, las mujeres que recibían un buen trato de su pareja presentaron DS en un 66,7%.

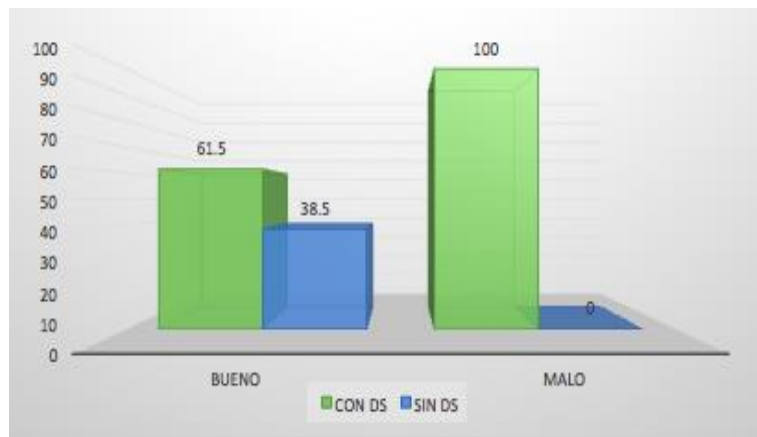


GRÁFICO N24. Prevalencia disfunción sexual según el tipo de actitud de la pareja.

Tabla 36. V de Cramer entre variables actitud de la pareja vs calidad de vida sexual post histerectomía.

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	-,370	,082
	V de Cramer	,370	,082
	Coefficiente de contingencia	,347	,082
N de casos válidos		22	

A pesar de no ser estadísticamente significativa la relación, se ha calculado la V de Cramer que al tener valor de 0,370, se dice que la relación es moderada débil.

Tabla 37. Chi2 variables TRH vs Calidad de vida sexual post histerectomía

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,08 ^a	,579
Corrección de continuidad ^b	,000	1,000
Razón de verosimilitud	,530	,467
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	22	

El valor de significación en la prueba es de 0,579 y por tanto no existe relación entre las variables.

Tabla 38. Tabla de cruce variables TRH vs calidad de vida post histerectomía.

			Calidad Vida Sexual		Total
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
TRH	NO	Recuento	16	5	21
		Recuento esperado	16,2	4,8	21,0
		% dentro de HORMONAS	76,2%	23,8%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	94,1%	100,0%	95,5%
	SI	Recuento	1	0	1
		Recuento esperado	,8	,2	1,0
		% dentro de HORMONAS	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	5,9%	0,0%	4,5%
Total		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de HORMONAS	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Solo una de las pacientes dentro de los casos toma estrógenos y tiene DS. 16 pacientes (76,2%) dentro de las que no toman terapia de restitución hormonal sufren de DS.

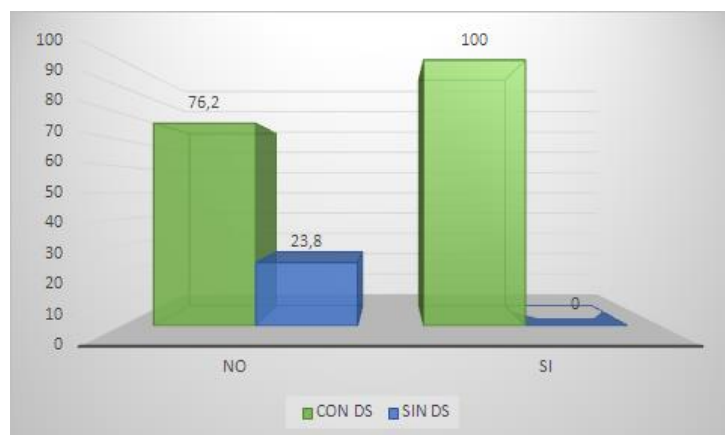


GRÁFICO N25. Prevalencia disfunción sexual según el consumo de TRH.

Tabla 39. Chi2 variables información brindada por el ginecólogo vs calidad de vida sexual post histerectomía

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,480 ^a	,034
Corrección de continuidad ^b	2,557	,110
Razón de verosimilitud	6,259	,012
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	22	

Al analizar la tabla se puede apreciar que ambas variables están relacionadas. En la prueba se obtiene una significación igual a 0,034, suficiente para el hecho que ambas variables estén relacionadas.

Tabla 40. Tabla cruce variables información brindada por el ginecólogo vs calidad de vida sexual post histerectomía.

			Calidad Vida Sexual		Total
			CON DISFUNCION	SIN DISFUNCION	
INFORMACION	BUENA	Recuento	8	5	13
		Recuento esperado	10,0	3,0	13,0
		% dentro de ESTADO	61,5%	38,5%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	47,1%	100,0%	59,1%
	MALA	Recuento	9	0	9
		Recuento esperado	7,0	2,0	9,0
		% dentro de ESTADO	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	52,9%	0,0%	40,9%
Total		Recuento	17	5	22
		Recuento esperado	17,0	5,0	22,0
		% dentro de ESTADO	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de Calidad Vida Sexual	100,0%	100,0%	100,0%

El 100% de las pacientes que refirieron haber tenido una información insuficiente por parte de sus médicos mostraron DS luego de la histerectomía, mientras que en las mujeres que sí tuvieron una buena información la DS se presentó en el 61,5%.

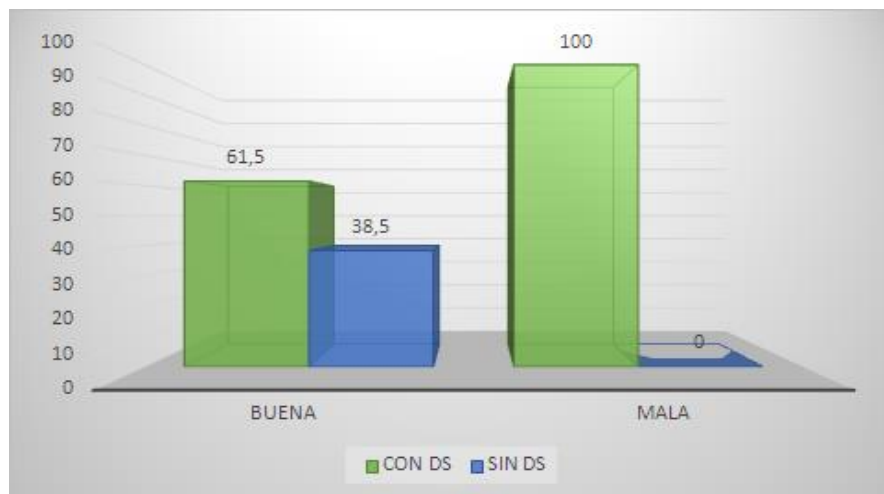


GRAFICO N26. Prevalencia disfunción sexual según la calidad de información brindada por el médico.

Tabla 41. Odds Ratio variables información brindada por el ginecólogo vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte Calidad Vida Sexual = CON DISFUNCION	,615	,400	,946
N de casos válidos	22		

A partir del valor del Odds Ratio, las mujeres que no tuvieron una adecuada educación en cuanto a la histerectomía y sus complicaciones tienen 0,615 veces más riesgo de padecer disfunción sexual.

Tabla 42. V de Cramer variables información brindada por el ginecólogo vs calidad de vida sexual post histerectomía.

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	-,451	,034
	V de Cramer	,451	,034
N de casos válidos		22	

Se observa un valor de 0,451 lo que dice que la relación es moderada.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En nuestro estudio no encontramos una relación significativa entre la Histerectomía y la Disfunción sexual. Sin embargo las mujeres post-histerectomizadas tuvieron una mayor prevalencia de DS (77,3%) en comparación con los controles (31,8%).

Los resultados de estudios sobre la calidad de vida femenina luego de la histerectomía son contradictorios ya que por un lado se describen cambios positivos y por otro negativos.

The Women Maryland Health Study, un gran estudio prospectivo de dos años de duración investigó los cambios en la calidad de vida sexual de 1299 mujeres entre 35 a 49 años sometidas a histerectomía por enfermedad benigna las mismas que eran muy sintomáticas. Los resultados obtenidos demostraron un impacto positivo en la calidad de vida sexual: Tasa de frecuencia de relaciones sexuales de 70,5% antes de la histerectomía a 77,6% al año y 76,7% a los 2 años; tasa de dispareunia de 18,6% antes de la histerectomía a 4,3% al año y 3,6% a los 2 años; tasa de mujeres que no experimentan orgasmos de 10,4% antes de la histerectomía a 6,3% al año y 6,2% a los 2 años. La tasa de mujeres con buena lubricación vaginal aumentó de 37,3% antes de la histerectomía a 46,8% al año y 46,7% a los 2 años. (19)

El Malaya Medical Center University durante 2008 a 2009 encontró un efecto negativo de la histerectomía. En total participaron 875 mujeres, la mayoría con histerectomía abdominal; miomatosis (67%); ooforectomía (88,9%). Se les aplicó un cuestionario desarrollado por los investigadores a los 6 meses de la cirugía. Resultados: La frecuencia del deseo, actividad sexual y orgasmo disminuyeron, la sequedad vaginal aumento con un 67% de prevalencia post histerectomía. Cuando se les dijo a los participantes que ubicaran en la escala de 0 a 10 su satisfacción sexual antes y después de la histerectomía, hubo una disminución de una puntuación media de 7,257 antes de la histerectomía a 6,757 después histerectomía. Hay que tener en cuenta que la mayoría de estas pacientes fueron ooforectomizadas, lo que por sí solo podría ser el causante de la disfunción sexual encontrada.

El hospital de Santiago de Chile estudio a 104 mujeres con similares características que nuestra muestra. Los resultados encontraron que: El 75,6% de las mujeres manifestó haber tenido cambios en su vida sexual de este grupo, 78% señaló cambios positivos, mientras que 22% relató cambios negativos. (18)

La Histerectomía tuvo un impacto positivo sobre el autoestima para la mayoría de nuestras pacientes. Así mismo gran parte de pacientes manifestaron contar con el apoyo de sus parejas y haber recibido información adecuada por parte de su Ginecólogo con respecto al procedimiento y sus complicaciones. Fue interesante observar que las únicas variables que se asociaron significativamente con la Disfunción Sexual fueron éstas.

En Chile, un estudio sobre la percepción de las parejas de mujeres histerectomizadas encontró que en un grupo había satisfacción y en otro en cambio había inconformidad. Éstos mantenían creencias erróneas como que sus mujeres quedaron huecas. Se determinó que los comentarios de la pareja era sin duda una de las dimensiones que más daño causaba y que la sexualidad definitiva dependía en gran medida de cómo era su sexualidad y la comunicación de pareja. (21)

La Universidad de Texas estudió la influencia de la educación pre quirúrgica a la paciente con la satisfacción post histerectomía. Los resultados sugirieron que las mujeres que habían recibido educación previa tendían a reportar una mayor satisfacción con los resultados de sus histerectomías. La información sobre los efectos secundarios de tipo sexual era altamente deseable para muchas mujeres; éstas podían mitigar algunos de los efectos secundarios sexuales negativos aparentemente debido a una mejor preparación psicológica ante la posibilidad de éstos. (22)

Al comparar el tipo y abordaje de Histerectomía con la calidad de vida sexual post quirúrgica en nuestro estudio no se evidenció asociación. Sin embargo por prevalencias, ésta fue mayor en las Histerectomías totales y en los abordajes abdominales. Estos datos son comparables a los de un estudio holandés con 379 pacientes que encontró que la frecuencia de las relaciones sexuales fue similar antes y después para las tres técnicas de histerectomía. (16).

Al evaluar cada uno de los dominios que conforman el test pudimos observar que la puntuación de todas las categorías se encontraban en su rango medio. El dominio más afectado en la puntuación de FSFI en los casos fue el Deseo, que de un rango normal de 1,2 a 6 obtuvo una media de 3,04. Mientras que el dominio con mejor valoración fue el Dolor coital, es decir que en las mujeres de nuestro estudio el dolor no significaba el mayor de los problemas.

El rango de edad con mayor prevalencia de disfunción sexual fue el comprendido entre 51 – 55 años. Aunque no se llegó a demostrar que exista una asociación significativa entre estas variables, se evidencia que mientras mayor es el rango etario mayor proporción de DS existe.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La calidad de vida sexual femenina implica el equilibrio de un conjunto de varios aspectos tanto psicológicos, físicos, sociales, culturales, religiosos y ambientales lo que hace de su estudio algo muy complejo.
- A partir del análisis de los datos se puede apreciar que las variables que inciden en la disfunción sexual son el autoestima y la calidad de la información brindada por el Ginecólogo. Por esto es muy importante recomendar a los médicos tomar en cuenta este dato al momento de la entrevista con el paciente.
- La prevalencia de disfunción sexual fue evidentemente mayor en el grupo de casos. En menor medida el tipo de Histerectomía realizada incide en la disfunción sexual que sufren las pacientes de la muestra en estudio.
- El grupo etario más afectado estuvo entre 51-55 años. Aunque no hubo asociación significativa se conoce que la disfunción sexual en alguna medida es más prevalente conforme aumenta la edad.

6.2 RECOMENDACIONES

- Se necesita realizar más estudios en el Ecuador sobre el impacto de la histerectomía en la calidad de vida sexual femenina para poder tener una visión más amplia del problema.
- Aunque no se determinara una asociación entre la vía de abordaje de la histerectomía con la DS, por muchos otros parámetros recomendamos la elección del abordaje laparoscópico o, en su defecto, el vaginal cuando las condiciones así lo permitan.
- Es necesario hacer hincapié en la importancia de que el médico, en este caso Ginecólogo, brinde información completa, oportuna y veraz a sus pacientes e idealmente también a las parejas, tomándose el tiempo necesario para despejar todas las dudas que existan.
- Se debe trabajar con la paciente de una manera integral, abordando temas que para muchas son tabúes pero que afectan fuertemente a su bienestar físico mental y sexual. De ser necesario unir fuerzas con otros profesionales, por ejemplo psicólogos, para ayudar a las mujeres quienes sientan mermado su autoestima a causa de la histerectomía, para que logren entender que un órgano no las determina ni como mujeres ni como las personas importantes que son.

BIBLIOGRAFÍA

- 1)** Mario Martinez R, Hugo Bustos L, Rodrigo Ayala Y, Lionel Leroy L, Francisco Morales C, Alejandra Watty M, Carlos Briones L. (2010). EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA TOTAL Y SUPRACERVICAL. 10-MAY-2015, de REV CHIL OBSTET GINECOL Sitio web: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000400006&script=sci_arttext
- 2)** Dra. Ana M Castillo Cañadas. (2011). ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y DE LA MAMA. 2015, de Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Sitio web: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
- 3)** Montserrat Calvo Artes. (2000). TRAMPAS Y CLAVES SEXUALES. Barcelona - Espana: Icaria Editorial.
- 4)** Colegio Oficial Enfermeras - Barcelona. (2008). SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO - ANATOMIA. 2008, de GRAY Anatomia para estudiantes Sitio web: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
- 5)** Depto. de Anatomía, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. (2010). SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO. 2015, de Universidad Católica de Chile Sitio web: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/anatomia/cursoenlinea/down/sna.pdf>
- 6)** Patricia Carolina Arias Arias; Diego Antonia Tenzaca. (2014). PREVALENCIA Y CAUSAS DE HISTERECTOMIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL AÑO 2012. Agosto 2015, de Unidad de Ciencias Medicas - Universidad de Cuenca Sitio web: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21031/1/TESIS.pdf>
- 7)** Carmen María Suárez, Alirio Mijares Briñez, Josefa María Briceño, Franco Calderaro Di Ruggiero, Francisco Medina, Félix Anzola, Loretta Di Giampietro, Marco Rezik. (2006). INTRODUCCIÓN DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. Agosto 2015, de Revista Venezolana de Oncología Sitio web: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822006000300004&script=sci_arttext

8) Rocío Margot, Ortega Torres.. (2011). HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. Junio 2015, de Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada Sitio web: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf

9) Md. rosa mariuxi indacochea moran. (2011). “CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL: HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2010”. Agosto 2015, de Facultad de Ciencias Medicas - Universidad de Guayaquil. Sitio web: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2229/1/tesis%20causas%20y%20complicaciones%20de%20histerectomias%202010%201.pdf>

10) Vicente Solà D, Paolo Ricci A, Jack Pardo S, Enrique Guiloff F. (2006). HISTERECTOMÍA: UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO. Agosto 2015, de Revista chilena de Obstetricia y Ginecología Sitio web: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n5/art12.pdf>

11) Manuel Mas; Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.. (2007). FISIOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA: ACTUALIZACIÓN. Juio 2015, de Revista Internacional de Andrologia Sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>

12) Allison Ryann, Jennifer Alice Armstrong, Laura Katherine Findeiss, Scott Craig Goodwin. (2012). COMPARISON OF SEXUAL DYSFUNCTION USING THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX FOLLOWING SURGICAL TREATMENTS FOR UTERINE FIBROIDS. 11 may 2015, de Hindawi Obtetrician and Gynecology Publishing Sitio web:<http://www.hindawi.com/journals/criog/2012/368136/>

13) Alfonso Altona. (2010). DISFUNCIONES SEXUALES. Agosto 2015, de Institucion de Salud Publica- Madrid Sitio web: http://www.madridsalud.es/saludsexual/pdf/disfunciones_sexuales_resumen_curso.pdf

14) Blanca Gutiérrez Teira. (2010). LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA. Agosto 2015, de CS El Soto. Móstoles. Madrid. Sitio web: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158

15) GONZALEZ LABRADOR IGNACIO. (2008). SEXUALIDAD FEMENINA E HISTERECTOMÍA. Julio 2015, de Profesor Auxiliar de Ginecología y Obstetricia. Sexólogo Clínico Acreditado. Policlínico Universitario Docente de Playa. La Habana, Cuba Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400011

- 16)** Jan-Paul W R Roovers, Johanna G van der Bom, C Huub van der Vaart, A Peter M Heintz. (2003). HYSTERECTOMY AND SEXUAL WELLBEING: PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY OF VAGINAL HYSTERECTOMY, SUBTOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY, AND TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY. 10 may 2015, de BMJ Sitio web:<http://www.bmj.com/content/327/7418/774>
- 17)** Cindy M. Meston, PhD.. (2004). THE EFFECTS OF HYSTERECTOMY ON SEXUAL AROUSAL IN WOMEN WITH A HISTORY OF BENIGN UTERINE FIBROIDS. 2015, de Archives of Sexual Behavior, Vol 33, No 1 Sitio web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14739688>
- 18)** Maria Teresa Urrutia, Alejandra Araya G, Luis Villarroel del P, Daisy Vinales A. (2004). CARACTERISTICAS Y EVOLUCION DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS . 11 may 2015, de rev chil obstet ginecol Sitio web:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262004000400007&script=sci_arttext
- 19)** Amitabha Majumdar, Sepeedeh Saleh. (2012). PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF HYSTERECTOMY & POSTOPERATIVE CARE. 13 may 2015, de NHS Sitio web: <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/35367.pdf>
- 20)** C.P.As., M.M.Kuile, E. Laan, C.C.Tuijnman, Ph.Th.M. Weijnenborg, J.B.Trimos, G.G.Kenter. (2004). OBJECTIVE ASSESSMENT OF SEXUAL AROUSAL IN WOMEN WITH A HISTORY OF HYSTERECTOMY. 07 may 2015, de BJOG Sitio web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15104610>
- 21)** Alejandra Araya Gutiérrez, María Teresa Urrutia Soto, Daniel Jara Suazo, Sergio Silva Solovera, María de Jesús Lira Salas, Claudia Flores Espinoza. (2012). EL SIGNIFICADO DE LA HISTERECTOMÍA PARA UN GRUPO DE HOMBRES CHILENOS PAREJAS DE HISTERECTOMIZADAS. 10 may 2015, de Rev esc enfermusp Sitio web: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/08.pdf>
- 22)** Andrea Bradford, MA, and Cindy Meston, PhD. (2007). SEXUAL OUTCOMES AND SATISFACTION WITH HYSTERECTOMY: INFLUENCE OF PATIENT EDUCATION. 10 MAY 2015, de J Sex Med Sitio web:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17087803>
- 23)** Rosen R, et al. J Sex Marital Ther. 2000;26:191-208.. Meston CM. J Sex Marital Ther. 2003;29:39-46.. (2010). Female Sexual Function Index (FSFI) . Agosto 2015, de FSFI Sitio web: http://www.obgynalliance.com/files/fsd/FSFI_Pocketcard.pdf

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO:

“CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN LAS MUJERES POST HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN DURANTE EL AÑO 2014”.

PATROCINADOR: Hospital Carlos Andrade Marín (Quito-Ecuador)

INVESTIGADORES: Andrea Estefanía Célleri C y Diego Mauricio Albuja M

Por favor, tómesese su tiempo para leer este formulario atentamente y si usted siente que le gustaría obtener más información acerca de la investigación, por favor haga sus preguntas.

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico muy común y se ha descrito que puede provocar trastornos en la vida sexual de las mujeres sometidas a ella. Por ello, con este estudio del cual le pedimos comedidamente sea parte buscamos determinar si tal afirmación es cierta.

Su decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, siéntase libre de no aceptar participar si así usted lo desea, no se tomaran represalias de ningún tipo.

Si usted acepta participar en este estudio únicamente lo que deberá hacer es contestar un cuestionario que le entregaremos, en este le haremos preguntas que nos permitan evaluar su vida sexual, la encuesta no le tomara más de 10 minutos y será anónima por lo que no será posible saber cuáles fueron sus respuestas. Además los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio y no serán entregados a segundas personas.

Su firma en este formulario indica que usted ha entendido satisfactoriamente la información sobre su participación en el proyecto de investigación y está de acuerdo en participar. De ninguna manera renuncia a sus derechos legales, ni libera a los investigadores de sus responsabilidades legales y profesionales. Usted es libre de retirarse del estudio en cualquier momento sin poner en riesgo su atención médica.

Nombre de la participante

Andrea Célleri C

Diego Albuja M

Nombre de los Investigadores

Firma y fecha

Firma y fecha

ENCUESTA FSFI

Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la mayor honestidad y claridad posibles. Sus respuestas serán totalmente confidenciales.

- EDAD:

- INSTRUCCION: Primaria
 Secundaria
 Superior

- SE ENCUENTRA SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENE?
 SI, ESTOY SATISFECHA
 NO ESTOY SATISFECHA, DESEABA TENER MAS HIJOS

- CONOCE UD QUE TIPO DE HISTERECTOMIA LE REALIZARON? (SI NO LO SABE O NO ESTA SEGURA NO CONTESTE).

 HISTERECTOMIA TOTAL (QUITARON EL UTERO Y CUELLO)

 HISTERECTOMIA SUBTOTAL (QUITARON UNICAMENTE EL UTERO Y DEJARON EL CUELLO)

 UD NO HA SIDO HISTERECTOMIZADA

- POR QUE VIA LE RETIRARON SU UTERO

 ABDOMINAL
 VAGINAL
 LAPAROSCOPICA
 UD NO HA SIDO HISTERECTOMIZADA

- ADEMÁS DE LA HISTERECTOMIA QUE LE REALIZARON, A USTED LE LOS DOS OVARIOS?

 SI, UNO SI, LOS DOS NO, NINGUNO

- SI REPONDIO QUE SI A LA PREGUNTA ANTERIOR, SE ENCUETRA UD ADMINISTRANDOSE HORMONAS (ESTROGENOS)?

SI

NO

- EN GENERAL COMO DIRIA QUE ERA SU VIDA SEXUAL ANTES DE LA CIRUGIA?

BUENA

MALA

- CUAL FUE EL IMPACTO DE LA CIRUGIA EN SU AUTOESTIMA?

BUENA

MALA

- CUAL FUE LA ACTITUD DE SU PAREJA HACIA UD DESPUES DE LA CIRUGIA

BUENA (la cirugía no ha sido motivo para distanciarnos emocional ni sexualmente)

MALA (No recibo el apoyo necesario, después de la cirugía se ha distanciado emocional y sexualmente)

- COMO CALIFICARIA USTED LA INFORMACION QUE LE DIO SU MEDICO ACERCA DE LA CIRUGIA Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES?

INSUFICIENTE

EXCELENTE

Ahora continuaremos con el cuestionario sobre su vida sexual DURANTE EL ÚLTIMO MES. Por favor MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre (5)
- Muchas veces (más de la mitad del tiempo) (4)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad del tiempo) (2)
- Casi nunca o nunca (1)

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto (5)
- Alto (4)
- Moderado (3)
- Bajo (2)
- Muy bajo o ninguno (1)

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Casi siempre o siempre (5)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
- Casi nunca o nunca (1)

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (“estar caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Muy alto (5)
- Alto (4)
- Moderado (3)
- Bajo (2)
- Muy bajo o ninguno (1)

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Segurísima (5)
- Muy segura (4)
- Moderadamente segura (3)
- Poco segura (2)
- Muy poco o nada segura (1)

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Casi siempre o siempre (5)

- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
- Casi nunca o nunca (1)

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Casi siempre o siempre (5)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
- Casi nunca o nunca (1)

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Extremadamente difícil o imposible (1)
- Muy difícil (2)
- Difícil (3)
- Ligeramente difícil (4)
- Nada difícil (5)

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Casi siempre o siempre (5)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
- Casi nunca o nunca (1)

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Extremadamente difícil o imposible (1)
- Muy difícil (2)
- Difícil (3)
- Ligeramente difícil (4)
- Nada difícil (5)

11. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Casi siempre o siempre (5)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
- Casi nunca o nunca (1)

12. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Extremadamente difícil o imposible (1)
- Muy difícil (2)
- Difícil (3)
- Ligeramente difícil (4)
- Nada difícil (5)

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Muy satisfecha (5)
- Moderadamente satisfecha (4)
- Igual de satisfecha como de insatisfecha (3)
- Moderadamente insatisfecha (2)
- Muy insatisfecha (1)

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Muy satisfecha (5)
- Moderadamente satisfecha (4)
- Igual de satisfecha como de insatisfecha (3)
- Moderadamente insatisfecha (2)
- Muy insatisfecha (1)

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha (5)
- Moderadamente satisfecha (4)
- Igual de satisfecha como de insatisfecha (3)
- Moderadamente insatisfecha (2)
- Muy insatisfecha (1)

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿Hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha (5)
- Moderadamente satisfecha (4)
- Igual de satisfecha como de insatisfecha (3)
- Moderadamente insatisfecha (2)
- Muy insatisfecha (1)

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- No he tenido relaciones (0)
- Casi siempre o siempre (1)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (2)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (4)
- Casi nunca o nunca (5)

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- No he intentado tener relaciones (0)
- Casi siempre o siempre (1)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (2)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (4)
- Casi nunca o nunca (5)

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No he intentado tener relaciones (0)
- Muy alto (1)
- Alto (2)
- Moderado (3)
- Bajo (4)
- Muy bajo o ninguno (5)

Gracias por su colaboración!!!