

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TITULO:

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio Espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

AUTOR:

DR. CHECA RIVAS MARCELO VINICIO

DIRECTOR:

DR. GERMAN CISNEROS MARCHAN

DIRECTOR METODOLOGICO:

DR. HUGO PEREIRA OLMOS

Quito, 2017

I. TITULO:

AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCION SEXUAL EN MUJERES
PREMENOPAUSICAS, CON ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA CON
ABORDAJE ABDOMINAL O VAGINAL POR PATOLOGIA BENIGNA REALIZADA EN
EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2013 A
DICIEMBRE DEL 2015.

AÑO 2017

II. AGRADECIMIENTOS:

A mi familia, toda mi familia, simplemente gracias, por lo de antes, por lo de ahora, por lo que vendrá.

III. TABLA DE CONTENIDOS:

I. TITULO:.....	1
II. AGRADECIMIENTOS:.....	2
III. TABLA DE CONTENIDOS:.....	3
IV. LISTA DE FIGURAS:.....	8
V. LISTA DE TABLAS:.....	11
VI. RESUMEN Y ABSTRACT:.....	12
CAPITULO I.....	13
1.1. INTRODUCCIÓN:.....	13
1.2. JUSTIFICACION.....	21
1.3. PROBLEMAS Y OBJETIVOS.....	23
1.3.1. Planteamiento del Problema:.....	23
1.3.2. Pregunta de la investigación:.....	27
1.3.3. Interrogantes de la investigación:.....	27
1.3.4. OBJETIVOS:.....	28
1.3.4.1. Objetivo principal:.....	28
1.3.4.2. Objetivos específicos:.....	28
1.4. HIPOTESIS:.....	28
CAPITULO II.....	30

REVISION BIBLIOGRAFICA	30
2.1. RECuento HISTORICO DE LA HISTERECTOMIA, ANTECEDENTES Y TENDENCIA ACTUAL:	30
2.2. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA. RECOMENDACIONES DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA.....	40
2.3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS DE LOS ABORDAJES CONSIDERADOS TRADICIONALES DE HISTERECTOMÍA.....	51
2.3.1. HISTERECTOMIA ABDOMINAL:.....	51
2.3.2. HISTERECTOMIA VAGINAL:.....	58
2.4. CALIDAD DE VIDA Y FUNSION SEXUAL DE LA MUJER PREMENOPAUSICA Y SU RELACION CON HISTERECTOMÍA.....	66
2.5. RESPUESTA SEXUAL DE LA MUJER PREMENOPAUSICA.....	67
2.6. FISIOLOGIA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.....	69
2.7. DISFUNCION SEXUAL FEMENINA.....	79
2.8. EL UTERO COMO ORGANO SEXUAL.....	82
2.9. HISTERECTOMÍA VAGINAL Y DISFUNCION SEXUAL FEMENINA. .	85
2.10. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.	98
CAPITULO III.....	102
METODOS.....	102
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	102

3.2. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN.	102
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA (SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA).....	102
3.3.1. Universo:.....	102
3.3.2. Muestra:	103
3.3.2.1. Calculadora para obtener el tamaño de una muestra:	104
3.3.2.1. Estimaciones sin sesgo.....	105
3.3.2.2. Nivel de Confianza.	105
3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	106
3.5. DURACIÓN DEL ESTUDIO.	106
3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	106
3.6.1. Criterios de inclusión. Cohorte de casos:.....	106
3.6.2. Criterios de Exclusión. Cohorte de casos:	107
3.6.3. Criterios de inclusión. Cohorte de control:.....	107
3.6.4. Criterios de Exclusión. Cohorte de controles:	108
3.6.5. Criterios de Eliminación:	108
3.7. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN (DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN).....	108
3.7.1. Técnica de investigación.....	108
3.7.2. Instrumento de recolección de la información.....	108
3.7.3. Fuente.....	109

3.8. MATRIZ DE VARIABLES.....	110
3.9. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	111
3.10. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y ESTANDARIZACIÓN.....	112
3.11. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	113
3.12. ASPECTOS BIOETICOS.....	113
3.13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:.....	114
3.13.1. Talento Humano:.....	114
3.13.2. Recursos Necesarios:.....	115
3.13.3. Presupuesto:.....	115
3.13.3.1. Recurso Financiero-Presupuesto necesario:.....	116
3.13. 4. Cronograma de Actividades de la Investigación.....	117
CAPITULO IV.....	118
RESULTADOS.....	118
4.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	118
4.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	121
4.3. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	122
CAPITULO V.....	151
5.1. DISCUSIÓN.....	151
5.2. CONCLUSIONES.....	158
5.3. RECOMENDACIONES.....	160

CAPITULO VI.....	162
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162
CAPITULO VII	169
ANEXOS.	169
7.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO (OMS)	169
7.2. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.	177
7.3. CUESTIONARIO FSFI (FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX).	178
7.3.1. ANEXO DE PROCESAMIENTO DE ENCUESTA FSFI.	186
.....	186
7.4. CUESTIONARIO EQ-5D.....	187
(EUROPEAN QUALITY OF LIFE FIVE DIMENSION SCALE).....	187
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA.....	187
.....	188

IV. LISTA DE FIGURAS:

Figura 1 Modelo no lineal de la respuesta sexual femenina. Manuel Mas.	70
Figura 2. Elementos anatómicos de la pirámide erótica vulvar.	73
Figura 3 Fenómenos inter e intracelulares que determinan la actividad contráctil del mecanismo vascular de la RSF.	75
Figura 4. Inervación genital simpática y parasimpática,.....	76
Figura 5 Esquema de la inervación genital Humana.....	77
Figura 6. Vista oblicua de la anatomía perineal.	87
Figura 7. Matriz de variables.	110
Figura 8. Representación gráfica de la distribución de mujeres según abordaje de histerectomía.	122
Figura 9. Distribución de pacientes según diagnóstico y tipo de abordaje quirúrgico.	123
Figura 10. Distribución porcentual de pacientes participantes según el tiempo post operatorio.	124
Figura 11. EQ-5D. Movilidad y tipo de cirugía.	128
Figura 12. EQ-5D. Cuidado personal y tipo de cirugía.....	129
Figura 13. EQ-5D. Actividades diarias y tipo de cirugía.	129
Figura 14. EQ-5D. Dolor/Malestar y tipo de cirugía.	130
Figura 15. EQ-5D. Ansiedad/Depresión y tipo de cirugía.	131
Figura 16. FSFI. Porcentaje de mujeres según interés o deseo sexual y tipo de cirugía realizada.	132

Figura 17. FSFI. Pacientes según intensidad de interés o deseo sexual y tipo de cirugía.....	133
Figura 18. FSFI. Porcentaje de mujeres según frecuencia de excitación sexual y tipo de cirugía realizada.	134
Figura 19. FSFI. Pacientes según nivel de excitación sexual y tipo de cirugía.	135
Figura 20. Porcentaje de mujeres según la confianza al lograr excitación durante la actividad sexual y tipo de cirugía realizada.	136
Figura 21. FSFI. Porcentaje de mujeres según la frecuencia de satisfacción sexual y tipo de cirugía.....	137
Figura 22. FSFI. Porcentaje de mujeres según la frecuencia de lubricación o humedad vaginal durante la relación sexual y tipo de cirugía realizada.....	138
Figura 23. FSFI. Porcentaje de mujeres según la dificultad para lograr lubricación vaginal durante la relación sexual y tipo de cirugía realizada.	139
Figura 24. FSFI. Porcentaje de pacientes según la frecuencia en mantener la lubricación o humedad vaginal hasta finalizar la actividad sexual y el tipo de cirugía realizada.	140
Figura 25. FSFI. Porcentaje de mujeres según la dificultad para mantener la lubricación o humedad vaginal hasta finalizar la actividad sexual y el tipo de cirugía realizada.	141
Figura 26. FSFI. Porcentaje de mujeres según la frecuencia para alcanzar el orgasmo y el tipo de cirugía realizada.	142
Figura 27. FSFI. Porcentaje de mujeres según la dificultad para alcanzar el orgasmo y el tipo de cirugía realizada.	143

Figura 28. FSFI. Porcentaje de mujeres según la satisfacción en la capacidad para alcanzar el orgasmo y el tipo de cirugía realizada.	144
Figura 29. FSFI. Porcentaje de mujeres según satisfacción con cercanía emocional existente durante la actividad sexual.....	145
Figura 30. FSFI. Porcentaje de mujeres según la satisfacción en la actividad sexual con su pareja y el tipo de cirugía.....	146
Figura 31. FSFI. Porcentaje de mujeres según la satisfacción general con su vida sexual en y tipo de cirugía.....	147
Figura 32. Proporción de mujeres según la frecuencia de disconformidad o dolor durante la penetración vaginal y el tipo de cirugía.	148
Figura 33. FSFI. Porcentaje de mujeres según la frecuencia de discomfort o dolor después de la penetración vaginal y el tipo de cirugía.	149
Figura 34. FSFI. Porcentaje de mujeres según el nivel de disconformidad o dolor durante la penetración vaginal y el tipo de cirugía.	150

V. LISTA DE TABLAS:

Tabla 1 Cambios genitales y extragenitales asociados a la respuesta sexual femenina.	71
Tabla 2 Calculadora web de tamaño muestral.	104
Tabla 3. Definición y operacionalización de variables.	111
Tabla 4. Recursos necesarios. Presupuesto.	116
Tabla 5. Cronograma de actividades de la investigación.....	117
Tabla 6. Características básicas de las pacientes participantes del estudio.....	121
Tabla 7. Distribución de tiempo post operatorio en la población objetivo de estudio según el abordaje quirurgico.	124
Tabla 8. Resultados FSFI y EQ- 5D (EVA).....	126
Tabla 9. Resultados de FSFI por dominio.....	127

VI. RESUMEN Y ABSTRACT:

La asociación existente entre la vía de abordaje de Histerectomía, sea vaginal o abdominal y, en este caso, las complicaciones menos estudiadas o más bien, menos valoradas en la práctica clínica, como son la calidad de vida y la función sexual, resulta indiscutible, hemos aplicado cuestionarios validados internacionalmente que abarcan los aspectos más relevantes de las variables en cuestión, revistiendo su aplicación un relativo bajo costo en un tiempo estimado de estudio de aproximadamente seis meses. Dada su gran frecuencia, es pertinente tener siempre una actitud crítica frente a las indicaciones de histerectomía, para lo cual, el estudio de sus complicaciones resulta esencial. Realizada bajo indicaciones ginecológicas benignas, compromete en buena parte a mujeres en edad reproductiva y la elección de la vía de abordaje guarda relación directa con las posibles complicaciones, y estas, deben ser expuestas a cada potencial candidata, por lo que es importante estar bien informados acerca de los relativos beneficios y prejuicios de cada vía de abordaje a fin de realizar una elección basada en las características y necesidades de cada paciente.

Desde la perspectiva de la paciente, la posible afectación en su calidad de vida sería el resultado más importante a ser evaluado, especialmente cuando el procedimiento se realiza por indicaciones benignas, y a su vez esta guarda una estrecha relación con otras complicaciones, aquí hemos evaluado la función sexual, en cuyo caso, su relación con el antecedente quirúrgico en cuestión aún permanece en debate, dado los limitados datos que existen respecto a la fisiopatología involucrada.

Se realizó una revisión amplia de la literatura respecto a este tema, y este volumen de evidencia está sirviendo de plataforma suficiente para demostrar, con contundencia

científica, las bondades de la vía vaginal, como estrategia no invasiva y la de elección dado lo que ésta puede significar en la gama de posibilidades terapéuticas que beneficien al paciente.

Palabras clave: histerectomía vaginal, enfermedad ginecológica benigna, calidad de vida, función sexual, pre menopausia.

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN:

Antes de sumergirnos en el tema de las complicaciones que son razón de ser de este trabajo, intentemos contextualizar aspectos relevantes de la cirugía más representativa en ginecología.

La remoción del útero, Histerectomía, clásicamente se ha realizado por dos vías de abordaje, desde su concepción las vías vaginal primero y abdominal después son las que esculpen junto con la ooforectomía abdominal, la historia de la cirugía ginecológica. Estas dos vías, vaginal y abdominal, permanecieron como las dos únicas opciones hasta la última parte del siglo 20¹. El año de 1989, Harry Reich reporta la primera histerectomía laparoscópica (en realidad vaginal asistida por laparoscopía) y en 1993 la primera histerectomía laparoscópica total. La Histerectomía asistida por robot se realizó por primera vez en el año de 1998.

Este procedimiento se realiza tanto por indicaciones benignas como malignas, siendo las primeras, las que están detrás del 90% de las histerectomías realizadas mundialmente principalmente por sangrado uterino anómalo.

Otras indicaciones incluyen: endometriosis, adenomiosis, dismenorrea, dispareunia y prolapsos genitales.

La hemorragia menstrual anómala, afecta a mujeres de todas las edades y se constituye en causa frecuente de atención ginecológica. Existen una variedad de potenciales causas de sangrado menstrual anómalo o abundante entre las que se incluyen los ya mencionados fibroides, pólipos, hiperplasia endometrial, adenomiosis, enfermedades infecciosas, complicaciones tempranas de la gestación y condiciones endometriales malignas. A pesar de ello, hay una proporción importante de pacientes en quienes no es posible confirmar un diagnóstico definitivo.

En el tiempo, se han desarrollado varias alternativas terapéuticas conservadoras, no invasivas, para el tratamiento del sangrado uterino anómalo, los contraceptivos orales combinados o los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (LNG-IUS, por sus siglas en inglés) son a menudo utilizados como tratamientos de primera elección, principalmente cuando se descarta una causa orgánica anatómica primaria; esto último ha sido evidenciado por recientes estudios en donde los LNG-IUS serían el tratamiento clínico de primera elección para el sangrado menstrual abundante, seguido por los anticonceptivos orales combinados. Estos dispositivos son en realidad menos efectivos que la histerectomía en el control del sangrado, sin embargo en una reciente revisión sistemática de 21 estudios que involucro a más de 2000 pacientes, el análisis costo efectivo a largo plazo (a los 10 años) estuvo a favor de estos dispositivos (LNG.IUS), aunque en aspectos como calidad de vida y función sexual, ambos tratamientos ejercen un impacto positivo equivalente¹⁸. Además, en la última década se han desarrollado distintas técnicas de ablación endometrial, su efectividad ha sido evaluada en distintas revisiones donde se ha podido observar una equivalencia en

términos de reducción de sangrado, satisfacción y calidad de vida respecto a los LNG-IUS, sin embargo, nuevamente, estos últimos son superiores en costo-efectividad.¹⁸

Como resultado de esta amplia variedad de alternativas terapéuticas, y en particular, la paciente con sangrado menstrual abundante, se enfrenta con un amplio rango de posibilidades terapéuticas tanto clínicas como quirúrgicas.

Sin embargo, la histerectomía permanece como la única opción terapéutica que le ofrece una resolución definitiva de los síntomas, por lo que muchas pacientes con las patologías ya mencionadas, considerarán a la remoción de su útero como primera alternativa. Esto último se refleja claramente en la reducción menor a la esperada, en la proporción de histerectomías tras el advenimiento de las nuevas modalidades de tratamiento ya mencionadas, que claramente son superiores en costo efectividad frente a la cara histerectomía. Tras estos muy escasos estudios se pone en evidencia la necesidad de explorar en la calidad de vida de las pacientes con esta cirugía para aproximarnos a su real costo efectividad¹⁹.

Los abordajes para la realización de la Histerectomía pueden ser categorizados en forma amplia en cuatro opciones: Histerectomía abdominal (HA), vaginal (HV), histerectomía laparoscópica (HL), en esta última puede variar la proporción de la cirugía conducida laparoscópicamente y la Histerectomía asistida robóticamente (HR). La histerectomía abdominal ha sido la vía de abordaje tradicional, especialmente en casos de patología pélvica neoplásica y aún en condiciones benignas como la endometriosis, ante la presunción de adherencias y en el contexto de un útero de gran tamaño. El día de hoy, teóricamente, es considerada como la alternativa de reserva en aquellos casos en donde el útero no puede ser removido por otros abordajes.

En el caso de la Histerectomía vaginal, originalmente sólo fue empleada en casos de prolapso, sin embargo, actualmente es ampliamente utilizada para el tratamiento definitivo de anormalidades menstruales como el sangrado uterino anómalo y disfuncional y otras condiciones benignas, siempre y cuando el tamaño del útero sea razonablemente extraíble por esa vía. Además, comparada con la vía abdominal, la histerectomía vaginal ha sido y permanece siendo la menos invasiva, mostrando ventajas en cuanto a requerimientos transfusionales, complicaciones febriles y lesión ureteral, sin embargo, de acuerdo con ciertos estudios, parecería tener desventajas, en cuanto a complicaciones hemorrágicas y riesgo de lesión vesical².

Otra modalidad, la histerectomía laparoscópica, aunque está en auge, requiere de la experiencia de un cirujano laparoscópico, usualmente general; sus proponentes argumentan claras ventajas frente a otras técnicas, entre las cuales está la posibilidad de hacer una exhaustiva exploración de la cavidad pélvica-abdominal en busca de alguna otra patología relacionada o no, (especialmente endometriosis), la posibilidad de llevar a cabo cirugía anexial de ser requerida y además, la capacidad de asegurar una hemostasia intraperitoneal completa y bajo visión directa, argumentan adicionalmente, una rápida recuperación a las actividades normales y menos complicaciones en comparación con la vía abdominal².

Solo para mencionar, existen subcategorías de la Histerectomía laparoscópica, esto, en función de la proporción de la intervención realizada bajo el laparoscópio, así tenemos: la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, en donde la remoción uterina se realiza por vía vaginal y en donde la proporción de cirugía realizada laparoscópicamente no incluye la sección y ligadura de los vasos uterinos; la histerectomía laparoscópica propiamente dicha, en donde la ligadura de los vasos

uterinos se realiza laparoscópicamente y la histerectomía laparoscópica total, en donde la entera operación, incluida la sutura de la cúpula vaginal, se realiza laparoscópicamente sin la existencia de un componente vaginal, excepto en la extracción del útero, y requiere, por lo tanto, de una amplia experiencia y gran habilidad en cirugía laparoscópica.

La histerectomía asistida por robot, realizada por primera vez en 1998, debe analizarse con un enfoque diferente, ya que se trata de un procedimiento innovador que posee su propia curva de aprendizaje, sus propios retos y dificultades quirúrgicas y en donde el aspecto costo- beneficio debe ser ampliamente debatido.

La remoción uterina se puede realizar de forma completa o parcial. En el primer caso la remoción del útero incluye el cérvix y en el segundo caso, este último no es removido y por lo tanto se trata de una histerectomía subtotal o supracervical, que ocurre más frecuentemente en los abordajes abdominales y laparoscópicos, sin que esto signifique que no pueda dejarse el cérvix *in situ* durante una intervención vaginal o vaginal asistida por laparoscopía.

Existen una serie de factores dependientes de cada paciente que influyen en la decisión del cirujano sobre la vía de abordaje e incluso la técnica a emplearse, estas cuestiones, un tanto controversiales, sustentan este trabajo y serán abordadas más adelante. Como ejemplo, ante el caso de una paciente múltipara con sangrado menstrual abundante por quien se opta por histerectomía, el abordaje más factible sería el vaginal; sin embargo, en el mismo caso pero ante la sospecha de endometriosis basada en la presencia de dismenorrea, dispareunia o ambos, el cirujano podría considerar como mejor opción el abordaje laparoscópico o abdominal.

Si se considera la tasa general de histerectomías, actualmente la proporción de las mismas llevadas a cabo por diferentes patologías, varía notablemente de un país a otro, varía dentro de un mismo país, e incluso individualmente, entre cirujanos que trabajan dentro de una misma unidad. Lo recomendable es individualizar a cada paciente por lo que cada ginecólogo tendrá diferentes indicaciones para los diferentes abordajes quirúrgicos de histerectomía por enfermedad benigna, basándose en gran medida en su propia valoración de habilidades quirúrgicas y experiencia y en ciertas características clínicas de cada paciente como el tamaño y movilidad (descenso) del útero, presencia de patología pélvica extrauterina, antecedente de cirugía pélvica y otras características como obesidad, paridad y la necesidad de ooforectomía.

A pesar de que la Histerectomía vaginal ha sido considerada ampliamente como la vía de elección en los casos de sangrado uterino anormal, el estudio VALUE demostró que, en 1995 en el Reino Unido, el 67 % de las histerectomías realizadas para esta indicación fueron abdominales manteniéndose esta tendencia. El antecedente de cesárea, fue considerado como una contraindicación para la vía vaginal sin que esto sea respaldado por estudios ya realizados al respecto anteriormente².

Estudios como el Mäkinen en 2001 evaluó el impacto de la curva de aprendizaje en la tasa de complicaciones en histerectomías por patología benigna (lesiones en órganos adyacentes, lesiones del tracto urinario) encontrándose una relación inversamente proporcional entre la aparición de complicaciones y la experiencia de los cirujanos, además en un siguiente estudio se evidenció una disminución significativa en la tasa global de complicaciones tanto para el abordaje laparoscópico como el vaginal en el transcurso de 10 años⁴.

Los diferentes estudios plantean, como conclusión, fomentar la cirugía vaginal entre los ginecólogos a fin de aumentar la proporción de histerectomía vaginal en relación a los demás abordajes, considerando sus evidentes beneficios.

Para la ejecución de este proyecto se pretende limitar el análisis a los abordajes más comúnmente realizados como son el abdominal y el vaginal y enfocarnos en dos complicaciones subestimadas pero vitales en las expectativas de las pacientes como lo son su calidad de vida y función sexual, que resultan esenciales en su estado de salud futuro, para ello dejamos de lado las complicaciones tradicionalmente evaluadas en el escenario clínico – hospitalario como son las complicaciones perioperatorias que han estado, están y estarán en el centro de la atención clínica sustentadas en abundante evidencia⁷.

El enfoque del presente estudio, que parte de la perspectiva de las complicaciones menos evaluadas por la literatura, no se ha llevado a cabo en Ecuador, por lo que es necesario obtener datos a nivel nacional que servirán para conocer nuestra realidad y contar con datos propios al respecto.

Este trabajo se llevará a cabo en el Servicio de Ginecología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo ubicado en la ciudad de Quito, centro de referencia a nivel nacional, con una gran base de datos que incluyen a pacientes del Ministerio de Salud Pública, con el propósito de darnos un panorama propio y actual respecto a la cirugía ginecológica mayormente realizada en nuestro medio y su impacto sobre complicaciones a menudo consultadas por nuestras pacientes con el objeto de generar una verdadera actitud crítica respecto a la mejor elección terapéutica basada en datos propios.

La revisión de la literatura muestra una gran cantidad de instrumentos utilizados para medir la Calidad de vida (CV) en mujeres con distintas patologías, principalmente métodos genéricos, como también cuestionarios que evalúan aspectos por separado. Una de las dimensiones más afectadas en los distintos estudios es la dimensión sexual y en el caso de pacientes sometidas a cirugía ginecológica la modalidad de tratamiento se considera clave en la repercusión en esta dimensión, esto último, en la mayor parte de estudios, hace referencia a pacientes con patología maligna.

En cuanto a la valoración funcional de la sexualidad de la paciente histerectomizada se ha descrito, una mantención de la frecuencia de relaciones sexuales, un aumento del interés y una disminución de la frecuencia de dolor y problemas sexuales posterior a esta cirugía, independientemente del abordaje empleado. Sin embargo, se reporta de un 20% a 25% de las mujeres con un deterioro en su vida sexual y en la percepción de su feminidad, atractivo y deseo sexual²⁻³.

Se ha considerado, para el presente estudio, aplicar cuestionarios validados internacionalmente como son el European Quality of life Five Dimension Scale (EQ-5D) y el Female Sexual Function Index (FSFI). Este último es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en este ámbito, un cuestionario psicométrico de 19 preguntas, que posee altos niveles de confiabilidad y consistencia interna (Rosen y col. 2000)¹⁰. La ventaja de ésta nueva escala es que incluye medidas de deseo y excitación subjetivas, como dimensiones separadas de respuestas periféricas (ejemplo: lubricación) y centrales al estímulo sexual⁵⁻¹⁰.

Al valorar los estudios y mediante pruebas estadísticas se establecerá si hay correlación estadísticamente significativa entre las distintas variables (dominios).

Los resultados serán ingresados en una base de datos para el análisis estadístico y luego serán comparados y discutidos con los datos reportados en estudios similares realizados en otros países. En este análisis, y como estudio base, hemos tomado en cuenta la revisión sistemática sobre efectividad y seguridad de los diferentes abordajes utilizados en histerectomía, publicado por la base de datos de *Cochrane* en el 2015 y que incluye a más de 5100 pacientes repartidas en más de 47 estudios en concordancia con el presente proyecto². Posteriormente se analizarán las conclusiones y recomendaciones en función de los objetivos planteados y las hipótesis propuestas.

1.2. JUSTIFICACION.

Se estima que alrededor del mundo, a los 64 años, entre un tercio y el 40% de mujeres se habrán sometido a histerectomía, especialmente en países desarrollados, en particular en los EEUU⁶ (The National Women's Health Information Center, CDC).

Resulta determinante la elección de la vía de abordaje para la realización de la histerectomía por su relación directa con la aparición de complicaciones y por los diversos aspectos relacionados con la recuperación post quirúrgica, costos y riesgos intraoperatorios que cada vía en particular ofrece.

Analizada la literatura actual, el abordaje vaginal muestra claras ventajas en términos de recuperación, tiempo operatorio, costos, e incluso complicaciones intraoperatorias (según algunos estudios podría existir un riesgo incrementado de lesión vesical por esta vía), por lo que es la vía de elección salvo la existencia de alguna consideración

por parte del cirujano, paciente o ambos que impidan la realización de la misma, en cuyo caso la laparoscopia debería ser considerada como segunda opción, a fin de impulsar el crecimiento de la cirugía mínimamente invasiva en ginecología dados sus múltiples e irrefutables beneficios².

Con el paso del tiempo, el abordaje por laparotomía ha quedado como vía de reserva para aquellos casos particulares donde la laparoscopia y la vía vaginal no son una opción. Sin embargo, algunos estudios han revelado que para algunas poblaciones, la vía abdominal permanece predominante, sobre todo por situaciones relacionadas con la curva de aprendizaje para otras técnicas y por contraindicaciones no respaldadas por evidencia.

Los datos disponibles respecto al impacto de esta intervención sobre las variables específicas valoradas en este proyecto son, en algunos casos, contradictorias u obedecen a la participación de factores mal controlados o muy heterogéneos. Recientemente se ha puesto en evidencia un mayor interés sobre la calidad de vida y la función sexual posterior a la realización de la histerectomía sin embargo y además de lo dicho, los datos de los que se disponen son mayoritariamente respecto a cirugía radical por diagnóstico de malignidad, por lo que resulta importante contar con datos propios respecto a esta hipotética relación, en busca de alguna asociación reveladora que incline aún más la balanza a favor de la mejor técnica. Son estas, las inquietudes que germinaron en la principal motivación para la realización del presente trabajo.

Recalquemos que, el presente trabajo se limita a la evaluación de complicaciones hasta aquí poco estudiadas o por lo menos con resultados contradictorios en cuanto a su correlación con la vía de abordaje (calidad de vida y respuesta sexual postquirúrgica).

1.3. PROBLEMAS Y OBJETIVOS.

1.3.1. Planteamiento del Problema:

La histerectomía, con toda seguridad permanece siendo el procedimiento ginecológico no obstétrico realizado con mayor frecuencia en EEUU y Latinoamérica, esto último basado en datos estadísticos, de los que no se disponen de datos al día, pero que dan cuenta de la importancia que reviste su análisis a fin de generar una conducta más discriminativa y autocrítica frente a cada paciente. La incidencia anual se ubica en alrededor de las 590.000 por año (1 en 461 o el 0,22%)⁶. A partir de los datos estadísticos actuales provenientes de EEUU, Europa, Australia y Canadá se podrían realizar extrapolaciones a cada una de las poblaciones latinoamericanas basadas precisamente en el conocimiento del número de habitantes de cada país, sin embargo este ejercicio puramente matemático y automatizado resulta de muy limitada relevancia dada su alta imprecisión al no tomar en cuenta las diferencias genéticas, culturales, ambientales, sociales, raciales y de otro tipo entre los distintos países y regiones y al no considerar fuentes de datos estadísticos provenientes de cada población en particular, datos que como insistimos, son muy escasos y desactualizados.

En los EEUU, se realizan sobre las 600.000 anualmente (602.457 en el año 2003 según el National Census publicado en el 2010) en Alemania 150.000 anuales (Wallwiener 2013), de estas, entre el 85 - 90% (538.722) se realizan bajo indicaciones de benignidad, se determinó además que por mucho, con un 66% predomina la vía abdominal, seguida por un 21.8% la vía vaginal y un 11.8% la vía laparoscópica, esto a pesar de la fuertemente respaldada vía vaginal, como primera alternativa.

Existen estudios como el realizado por el National Health Interview Survey 1998-1999, que determinó una significativa diferencia entre mujeres Hispánicas y Norteamericanas en cuanto a la proporción de histerectomías, alrededor del 12% de mujeres Hispánicas de 25 años en adelante tienen el antecedente frente al 23% de mujeres Norteamericanas, al parecer esta diferencia, con tendencia a disminuir, se debería a factores como el cultural y socioeconómico. Otro estudio realizado entre 1999 y 2000, consideró solo a población de Latinoamérica y el Caribe, incluyó a más de 6000 mujeres de 60 años en adelante, en 7 ciudades y determinó diferencias en la proporción de histerectomías gracias a factores como el origen étnico, la paridad (a mayor paridad, menor probabilidad, dato que difiere del resto de la literatura) y como en otros estudios, el factor socioeconómico. Determinó además prevalencias distintas entre cada ciudad, para Buenos Aires (Argentina) un 12.8% y para Bridgetown (Barbados) un 30.4%⁸.

Existen datos de otras poblaciones, se realizó un estudio en el Reino Unido, para determinar la prevalencia de histerectomía, tratamiento conservador (miomectomía, ablación endometrial y embolización de arteria uterina) y la necesidad de tratamiento recurrente en el manejo de la miomatosis uterina en un estudio que recogió datos a

través del Health Improvement Network, mujeres de entre 15 a 54 años, entre enero del 2000 a Diciembre del 2009, se incluyeron a 8699 mujeres, el estudio evidencio una incidencia de histerectomía del 19%, frente al 4.3% de miomectomía, 3.4 % de ablación endometrial y 1.4% de embolización de arterias uterinas. Como dato relevante de este estudio, los tratamientos conservadores considerados se relacionaron con una alta proporción de recurrencia⁸.

Durante el estudio al que hace referencia el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en el periodo 2000–2004, aproximadamente 3.1 millones de histerectomías fueron realizadas (aproximadamente 600.000 por año).

Las principales indicaciones para la realización de ésta fueron los leiomiomas sintomáticos (40.7%), la endometriosis (17.7%), y el prolapso genital (14.5%)⁹.

En cuanto a las complicaciones, estas pueden ser categorizadas como tromboembólicas, infecciosas, genitourinarias (GU), gastrointestinales (GI), hemorrágicas, lesiones nerviosas, y dehiscencia de cúpula vagina.

Un factor de gran importancia es el relacionado con la edad de la paciente, ya que la gran mayoría son mujeres premenopáusicas y sexualmente activas (dos tercios de entre 40 – 49 años y un tercio 50 – 59). Como hemos mencionado son varios los aspectos relacionados a esta intervención que deben ser discutidos por el cirujano y su paciente, particularmente los relacionados a la función sexual y calidad de vida en el postoperatorio, que son dos ámbitos que no se consideran siempre como parte integral del consentimiento informado y esto podría ser a su vez, resultado de los datos limitados y contradictorios concernientes a estos dos puntos.

Los grandes avances en el ámbito quirúrgico (endoscopia y cirugía de acceso mínimo en ginecología) han sido orientados a disminuir las complicaciones perioperatorias, sobre las que abunda información proveniente de estudios con el mejor nivel de evidencia, aquí, precisamente hemos querido dejar sentado los datos más actuales , sobre estas complicaciones, para ello la revisión sistemática de Cochrane, ya mencionada, y la guía de práctica clínica francesa–europea, reúne la mejor y más actual evidencia al respecto y serán analizadas en el apartado correspondiente.

Sin embargo, los datos de los que se disponen especialmente en el ámbito sexual son mayoritariamente, de estudios que intentan evaluar la función sexual y la calidad de vida de mujeres sometidas a histerectomía radical por diagnóstico de cáncer cervical.

En cuanto al otro eje de estudio, no existe una definición única para calidad de vida, sin embargo, existe un consenso en cuanto a su carácter multidimensional y subjetivo.

La calidad de vida es una noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene una persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida. La OMS la define como "la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones de vida"(Instrumentos OMS de valoración de calidad de vida, 2005, conceptos reafirmados 2017).

A pesar de la diversidad de instrumentos existentes para estos fines y en vista de los escasos y contradictorios datos, hemos asumido el desafío de evaluar el impacto de esta intervención quirúrgica sobre la calidad de vida y función sexual de mujeres premenopáusicas aplicando métodos desarrollados y validados internacionalmente y

reproducibles en el ámbito local como lo son los cuestionarios EQ – 5D y el FSFI mencionados anteriormente.

1.3.2. Pregunta de la investigación:

¿Cuál es el efecto sobre la calidad de vida y función sexual de mujeres premenopáusicas, el antecedente de histerectomía vaginal y abdominal realizada bajo indicación de benignidad en el Hospital Eugenio Espejo durante el periodo Enero 2013 - Diciembre 2015?

1.3.3. Interrogantes de la investigación:

¿Cuáles son las características demográficas y étnicas en la población objetivo de estudio?

¿Cuál es la prevalencia de patología ginecológica benigna en las pacientes sometidas a histerectomía en la población objetivo de estudio?

¿Cuál es la prevalencia de histerectomía vaginal y abdominal realizadas en la población objetivo de estudio?

¿Cuál es la edad frecuente en la que se realizan histerectomías en la población objetivo de estudio?

¿Cuáles son las alteraciones más frecuentes que afectan la calidad de vida de la población objetiva en estudio, asociadas a los antecedentes de histerectomía?

¿Es frecuente la disfunción sexual asociada al antecedente de histerectomía en la población objetiva en estudio?

¿Cuáles son las patologías benignas más prevalentes diagnosticadas en la población objetiva en estudio?

1.3.4. OBJETIVOS:

1.3.4.1. Objetivo principal:

Establecer la relación entre la afectación en la calidad de vida y la función sexual de mujeres premenopáusicas con el antecedente de histerectomía por patología benigna realizada por vía vaginal o abdominal en el Servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo en la población objetivo de estudio, durante el periodo 2013 - 2015.

1.3.4.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas en las mujeres que se realizan la histerectomía.
- Caracterizar la sexualidad en las mujeres que se realizan histerectomía.
- Caracterizar la calidad de vida en las mujeres que se realizan histerectomía.

1.4. HIPOTESIS:

El abordaje quirúrgico empleado para la realización de histerectomía por patología benigna, tiene relación con la respuesta sexual y calidad de vida en pacientes con este antecedente.

La histerectomía por abordaje abdominal es la vía que más frecuentemente genera afectaciones post operatorias en la calidad de vida de las pacientes.

Es la histerectomía por abordaje vaginal incidente en la función sexual de las pacientes premenopáusicas.

CAPITULO II

REVISION BIBLIOGRAFICA

2.1. RECUENTO HISTORICO DE LA HISTERECTOMIA, ANTECEDENTES Y TENDENCIA ACTUAL:

La histerectomía constituye hoy el segundo procedimiento quirúrgico mayor en mujeres después de la cesárea, y son sus antecedentes históricos y su labrada evolución en la historia de la cirugía la que le otorga el gran peso que en la ginecología tiene el día de hoy.

Los primeros relatos sobre ginecología se atribuyen a Sorano de Éfeso (98 – 138 DC) donde se discute ya el tema del prolapso uterino, y específicamente refiriéndonos a histerectomía, su origen histórico es sombrío pues ni siquiera es mencionada en las obras genuinas de Hipócrates, a pesar de ello, se la menciona hace ya unos 2000 años atrás, según ciertos manuscritos griegos, aunque obviamente sin prueba de que la hayan tan siquiera intentado. Hacia el siglo 16 y 17 ya se describen intentos, todos fatales, claro está, de histerectomía vaginal como es el caso de la hecha por el anatomista italiano Giacomo Berengario de Carpi en 1517 por prolapso uterino y hasta un caso, del siglo 17, autoinflingido por parte de una campesina, también por prolapso uterino, quien, según las descripciones de Percival Willughby (1596-1685), corto la totalidad del útero con parte de la vagina, la mujer sorprendentemente sobrevivió tras la asistencia oportuna de Willughby quien suturó la herida y controló la hemorragia, aunque con el posterior desarrollo de una fístula vesico-vaginal permanente¹¹.

Sin embargo los verdaderos orígenes de esta cirugía datan del siglo 19 gracias al trabajo pionero de los cirujanos Langenbeck y Clay.

El camino no fue fácil, las tasas de mortalidad de histerectomía a mediados de la década de 1800 eran en extremo altos, en particular, la mortalidad operatoria del abordaje abdominal que rodeaba el 70%, y es gracias al desarrollo de las técnicas de anestesia, instrumental quirúrgico, técnicas de antisepsia, cuidado postoperatorio y técnicas de imagen que estas cifras fueron mejorando, hasta llegar a la década de 1920 donde la mortalidad tanto de histerectomía abdominal como de vaginal fue comparable en alrededor del 2-3%.

En el año de 1913, Conrad Langenbeck llevó a cabo la primera histerectomía vaginal planificada en una mujer de 50 años por un aparente cáncer de cérvix, su publicación no se hizo sino hasta 1917 por uno de sus asistentes. La paciente sobrevivió al procedimiento a pesar de la gran pérdida de sangre y al hecho de haberla realizado sin anestesia y sin asistencia pues su ayudante tras una crisis de gota no pudo continuar con la cirugía dejándolo solo en momentos cruciales de la intervención. Estos acontecimientos, sumados a la pérdida de la pieza quirúrgica pusieron en tela de duda tal acontecimiento siendo hasta ridiculizado por sus colegas cirujanos y no es sino hasta la muerte de su paciente, 26 años después, que fue reivindicado en su hazaña tras una comprobación postmortem¹¹.

Al parecer los primeros intentos de histerectomía vaginal obedecían a intentos por dar solución tanto al prolapso uterino como al cáncer cervical, extirpando probablemente solo el fondo uterino prolapsado y parte del cérvix, sin embargo la primera histerectomía vaginal sin prolapso, planificada y con la entrada a la cavidad peritoneal

fue realizada por Sauter de Baden el 22 de enero de 1822, y describe claramente el prolapso del intestino al final del procedimiento. La paciente sobrevivió a la intervención aunque con una fístula vesico-vaginal, sin embargo, falleció seis meses después a causa de la propagación del cáncer, hecho que se repetiría en otros casos de histerectomía vaginal por cáncer cervical donde las pacientes sobrevivieron inicialmente al procedimiento quirúrgico pero sucumbían a su patología de base, así se mencionan los casos de los ginecólogos Elias von Siebold (abril de 1824), alemán, James Blundell (enero de 1828), londinense y Joseph A. Recamier (julio de 1829), parisino¹².

Estos últimos casos marcarían el surgimiento de la histerectomía vaginal.

Respecto al surgimiento del abordaje abdominal éste tuvo como hecho de gran importancia, la sentencia hecha desde Londres por autoridades de la sociedad Quirúrgica de aquel entonces, 1825: “La más cruel, sangrienta e imprudente operación registrada en los anales de la cirugía. Consideramos a la extirpación del útero no protruido o invertido, una de las más crueles e inviábiles operaciones que haya sido proyectada o ejecutada por la cabeza o la mano del hombre”¹¹.

En cuanto al origen de la histerectomía abdominal, esta se da con el advenimiento de la laparotomía, hecha por primera vez por Ephraim McDowell en 1809 en Kentucky Estados Unidos, y sus primeros casos de ooforectomías realizadas de forma exitosa en 1817, siendo ésta a partir de entonces, la cirugía ginecológica mayor, más frecuente.

En Inglaterra, Europa, Charles Clay se constituyó en el pionero de la ooforectomía en el viejo continente, y de hecho, disponiéndose a lo que sería su quinta ooforectomía, tras realizar la incisión abdominal noto la extrusión, a través de ésta, de un gran

fibroide uterino, al no poder recolocararlo en la cavidad abdominal se vio obligado, un 17 de noviembre de 1843, a realizar la primera histerectomía abdominal subtotal en medio de una gran hemorragia de la que la paciente no pudo recuperarse y después falleció¹¹.

Casos similares se suscitaron posteriormente, tanto a A.M. Heath de Manchester como al mismo Clay, donde al prepararse para extirpar lo que se suponía eran masas ováricas, se encontraron con fibromas, en el caso de Clay, reportó un fibroma de 9 Kg en aquella ocasión. Las pacientes fallecieron en ambos casos. El primer caso planificado de histerectomía abdominal subtotal por miomatosis uterina se dio en Junio de 1846 por John Bellinger en Carolina del Sur, EEUU, igualmente, la paciente falleció en el postoperatorio¹¹.

Finalmente, en junio de 1853, se realizó la primera histerectomía abdominal subtotal realizada con éxito, en un caso no planificado, pues el cirujano Walter Burnham de Massachusetts, en un caso similar al de Clay, se disponía a realizar una laparotomía por lo que se suponía era un quiste ovárico, lo que encontró era un gran fibroma uterino, la operación fue realizada bajo anestesia con cloroformo y en su descripción incluye varios aspectos del procedimiento realizado como la ligadura de vasos ováricos y uterinos, finalmente y según los relatos encontrados, la paciente se recuperó gracias al control analgésico del brandy y el opio¹¹.

Sorprendido por la dificultad del procedimiento, mencionó su voluntad de no volver a realizarla.

El honor de la primera histerectomía abdominal subtotal realizada con éxito por miomatosis uterina se le atribuiría finalmente al cirujano de Lowell, Massachusetts,

Gilman Kimball, el 1 de septiembre de 1853, admitió sin embargo, haber tenido dos casos previos realizados por aparentes quistes ováricos en donde las pacientes fallecieron.

Cabe hacer mención de otras variantes de histerectomía que surgieron a través de la historia, así es el caso de la histerectomía combinada abdominal-vaginal, la histerectomía-cesárea y la histerectomía radical, la primera surge a partir del invento por parte del cirujano alemán Joseph Majencio Gutberlat, de un instrumento con forma de anillo que tenía como objetivo traccionar al útero hacia la pared abdominal para a través de una pequeña incisión, liberar al útero de sus inserciones laterales superiores para luego completar la operación por vía vaginal¹¹.

La primera histerectomía llevada a cabo con esta técnica combinada, fue probablemente la realizada por Conrad Langenbeck en 1825, aunque sin el instrumento de Gutberlat que se utilizó por vez primera en Francia en 1830 por J.M. Delpech.

Diversos instrumentos quirúrgicos junto con la elaboración y refinamiento de la técnica fueron de a poco incorporados en busca de una estandarización de la misma, cirujanos ginecólogos europeos como Eugene Koeberle (1828-1915) de Estrasburgo, Jules Pean (1830-1898) de París, Vincenz Czerney de Friburgo, Wilhelm Freund (1833-1918) de Alemania y los franceses Garceau y Segond se vieron involucrados en esta tarea que de a poco resultó en la promoción de la ruta vaginal para patología benigna y en una reducción paulatina de la mortalidad operatoria, como lo evidenció Eugene Doyen, ginecólogo parisino, quien reporto una tasa de mortalidad operatoria para una serie de 112 casos personales, de 5,3% en 1892, otros ginecólogos franceses reportaron tasas incluso menores, de hasta el 1,7%¹².

Reconociendo ya las bondades de la ruta vaginal, Doyen dijo: “Ningún hombre puede llamarse a sí mismo ginecólogo hasta que pueda realizar una histerectomía vaginal”. Sin embargo, a inicios del siglo 20, la ruta abdominal empezó a reducir sus tasas de mortalidad operatoria hasta situarse en valores comparables al abordaje vaginal, esto evidenciado por los reportes de hospitales londinenses entre 1896 y 1906 que muestran tasas de mortalidad que se redujeron de un 22% a un 3,4% respectivamente¹².

En cuanto a la primera histerectomía realizada durante una cesárea, esta fue realizada por primera vez por Horacio Robinson Storer, en Boston, EEUU, el 21 de junio de 1868, donde tras la realización de una cesárea por un parto obstruido a causa de un mioma cervical, se produjo una gran hemorragia que obligo a la realización de una histerectomía subtotal, la paciente murió tres días después.

Resulta interesante el hecho de que las tasas de mortalidad operatoria asociadas a cesárea eran muy altas incluso después de la llegada de la anestesia, esto, a finales del siglo 19 e inicios del 20, la razón para aquello era que estos procedimientos eran realizados en casos de partos obstruidos y prolongados en cuyo caso, la hemorragia y sepsis eran los acompañantes inevitables, tal es así, que se llegó a desarrollar, por parte del ginecólogo italiano Eduardo Porro (1842-1902) una “solución” radical a este problema, se consideró extirpar el útero, fuente potencial de la hemorragia y sepsis, al momento de la cesárea. El 21 de mayo de 1876 se llevó a cabo, en una paciente raquítica, se extrajo al recién nacido por cesárea y luego se procedió a extraer al útero fijando al muñón cervical hacia la pared abdominal con el fin de desviar los contenidos potencialmente sépticos del cérvix y vagina fuera de la cavidad peritoneal. La paciente y su hijo fueron los primeros en sobrevivir. Paso el tiempo hasta que la técnica de

Porro vió un revés favorecedor al demostrarse que la sutura cuidadosa del útero permitiría su conservación de forma segura¹¹.

Haciendo una pequeña mención a la aparición de la histerectomía radical, los resultados de histerectomía por cáncer a mediados e incluso finales de 1800 eran desastrosos, la paciente sucumbía a la cirugía o a la propagación del cáncer meses después.

En 1895 John Clarke y Emil Ries del Hospital Johns Hopkins, EEUU, indicaron ya la propagación del cáncer más allá de los límites de la cirugía estándar, es así que desarrollaron una histerectomía más radical.

Ernst Wertheim, ginecólogo austriaco nacido en Graz, tras sus observaciones que revelaron el hecho de que era falso que el cáncer de cuello uterino transgrede los límites del útero solo al final de su evolución, es el encargado de desarrollar la técnica de histerectomía radical que más tarde llevaría su nombre, ésta se desarrolló por primera vez el 16 de noviembre 1898. Hubo además intentos de desarrollar una técnica radical para cáncer cervical por vía vaginal (Karl Schuchardt de Gottingen y Frederich Schauta de Viena) pero ante la imposibilidad de realizar el adecuado vaciamiento ganglionar por esta vía se dio lugar a la adopción definitiva de la técnica de Wertheim a inicios del siglo 20¹¹.

La técnica laparoscópica también merece ser mencionada, esta surge en la segunda mitad del siglo 20, inicialmente limitada a ligadura de trompas y procedimientos diagnóstico, en 1988 Harry Reich realizó la primera histerectomía laparoscópica de forma completa, realizando la extracción del útero a través de una colpotomía realizada

y reparada de forma laparoscópica, despertando así el interés en esta innovadora técnica.

Desgraciadamente las ventajas descritas no superaron la realidad clínica y frente a los costos, tiempo operatorio y aparición de complicaciones como las ureterales, la endoscopia en ginecología está aún en la tarea de convencer a sus detractores.

Es más, este procedimiento dio lugar a la aparición de la técnica de histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y en cierto modo esta última dio lugar al resurgimiento de la técnica de histerectomía vaginal de Doderlein-Kronig a través de una colpotomía anterior descrita por primera vez en 1906.

En cuanto a la tendencia actual de este procedimiento quirúrgico, que ofrece variantes y alternativas, si consideramos el contexto histórico, en la primera parte del siglo 20, antes del desarrollo de la ginecología como especialidad por separado, muchas histerectomías fueron realizadas por cirujanos generales que, al no estar familiarizados con la cirugía vaginal, favorecían la ruta abdominal.

Sin embargo y como ya mencionamos, en Estados Unidos, Gran Bretaña y Europa surgieron defensores y promotores feroces de la ruta vaginal, reportando muchos de ellos, series de casos personales de 500 y más histerectomías vaginales por patología benigna principalmente, y con tasas de mortalidad operatorias muy bajas e incluso sin el reporte de lesiones ureterales, como ejemplos, Vivian Bartley Green Armytage (1882-1961) de Inglaterra, Sproat Heaney (1880-1955) de Chicago EEUU, quienes ya afirmaban sus ventajas en aspectos como menor pérdida sanguínea, convalecencia más rápida, costos administrativos menores y menor mortalidad, respecto a la ruta abdominal. Otros defensores de la vía vaginal a través de la historia fueron Atlee,

Canada, Babcock, Philadelphia, y muchos de Austria y Alemania, incluyendo Navratil y esta tendencia está claramente respaldada y cada vez más fortalecida en nuestros tiempos¹².

De forma irónica, la laparoscopia trajo como resultado el resurgimiento de la vía vaginal, especialmente entre aquellos laparoscopistas quienes encontraron en esta técnica de “menos trocares”, claras ventajas y en términos similares frente a la ruta abdominal.

Como ya se ha dicho, en el surgimiento de la histerectomía abdominal, prácticamente todas eran subtotales, y en lo posterior, esta tendencia se mantuvo por algún tiempo, exceptuando obviamente, la histerectomía radical por cáncer y de hecho, en comparación con la eliminación del cuello uterino, la histerectomía subtotal era más fácil y se asoció con menos hemorragia, sepsis y lesiones en el tracto urinario inferior, esto, a pesar de que ya en la década del 40 se observaron inconvenientes con esta técnica dado un pequeño aunque notorio incremento en la incidencia de cáncer en el muñón cervical (1%) y hasta en un 5% de los casos, manchado postoperatorio irregular y persistente a causa de la secreción por parte del endometrio residual¹³.

Sin embargo en la última parte del siglo 20 hubo un resurgimiento de la técnica subtotal a partir de informes no concluyentes que sugerían un efecto positivo en la respuesta sexual y en la integridad y funcionalidad del piso pélvico al retenerse el cuello uterino y aunque actualmente el cuello uterino se conserva sólo en una muy pequeña minoría de todas las histerectomías, la técnica laparoscópica de histerectomía supracervical se adapta bien a estos casos. Respecto al aspecto sexual y calidad de vida, la técnica subtotal no ha mostrado en ningún estudio, ventajas sustanciales y tanto el Colegio

Americano de Ginecología como una revisión sistemática de Cochrane de más de 1500 pacientes, no la recomiendan a pesar de sus claras ventajas en tiempo operatorio y pérdida hemática dada que no se ha podido trasladar estos dos aspectos a un claro beneficio clínico a las pacientes¹³.

Esto último sumado a los avances en materia anestésica, antibióticoterapia y demás, contribuyó a que los ginecólogos retomaran casi de forma universal, la técnica abdominal total descrita por Richardson en la década de 1930¹⁵.

Lo anteriormente dicho, habla a las claras de la notable superioridad de la vía vaginal, en donde varios caminos a través de la historia han convenido en considerarla la ruta ideal frente a patología benigna, sin embargo, observamos la controversial tendencia en ginecología de adoptar la ruta abdominal, prueba de esto son los informes de América del Norte y Gran Bretaña durante la década de los 90 donde el 60-80% de todas las histerectomías por enfermedad benigna son realizadas por la ruta abdominal manteniéndose esta tendencia aún hoy⁶.

La tendencia actual, ojala, se redireccione en favor de la técnica que equilibre la balanza a favor de los beneficios de las pacientes y que como se dijo al inicio, si son las nuevas tecnologías las que mejoren el panorama, sean adecuadamente promovidas y difundidas de la mano de la mejor evidencia.

2.2. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA. RECOMENDACIONES DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA.

Tras el breve recorrido hecho a través del tiempo, podemos obtener dos conclusiones importantes: la ruta vaginal surgió como la lógica e indiscutible vía para extirpar la matriz y un segundo aspecto es el que tiene que ver con las dos principales indicaciones que plantearon la necesidad de esta, como tratamiento definitivo: el prolapso uterino y el cáncer cervical. Recalquemos sin embargo, que la histerectomía como tratamiento para prolapso genital no fue lo habitual durante el siglo 19 e inicios del 20, lo frecuente era realizar colpoplastias e incluso colpoperineorrafias que consistían principalmente en cerrar el introito vaginal para evitar la salida de los pesarios. De hecho, no fue sino hasta el inicio de la década de 1930 que el tratamiento sistemático para prolapso genital fue la histerectomía vaginal.

Como vimos, es a partir de la segunda mitad del siglo veinte que empiezan a realizarse histerectomías por ambas vías a través de técnicas regladas que condujeron a la cada vez más irrefutable superioridad de la vía vaginal dada sus indiscutibles ventajas, en diversos aspectos, en los que hemos sido y seguiremos siendo reiterativos.

También hemos dejado ya planteada la controversial tendencia hacia la ruta abdominal, y como ha quedado claro, desde sus primeros promotores, Europa ha sido cuna y escuela de la vía vaginal, de ahí, las grandes diferencias en cuanto a la proporción de ambas rutas, entre países centroeuropeos y anglosajones.

Entonces se nos plantea una incógnita respecto a estas disparidades ¿se deben estas diferencias a simplemente preferencias personales, limitaciones técnicas o a sesgos de selección?

Dejando de lado la subjetividad del primer aspecto, no cabe duda que en el segundo, la poca información y formación de los ginecólogos en esta vía, aparte del prolapso genital, es la principal causa.

De la última variable de la incógnita, el principal sesgo es una inadecuada, o por lo menos dudosa indicación quirúrgica, el claro ejemplo de esto son las hemorragias tratables con otras técnicas (hormonal, ablación endometrial, etc.), los miomas pequeños asintomáticos, el carcinoma in situ, e incluso en lo relacionado con intervenciones realizadas de forma concomitante a esterilizaciones, patología ovárica benigna o incontinencia urinaria además de aquellos casos de prolapso leve o asintomático, etc.

No se han precisado con claridad y de forma general, las indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía, debiendo hacerse por separado para cada una de las posibles rutas.

La que mejor ejemplifica estas imprecisiones es la histerectomía vaginal, pues sus indicaciones van más allá del simple prolapso y sus contraindicaciones son mucho menores que las que se han considerado clásicamente. Por otra parte, sus complicaciones, son también menores (descartando las colpoplastias) como lo analizamos más adelante.

El proceso individualizado de elección de la vía de abordaje se inicia una vez establecida la indicación para la extirpación uterina por un proceso benigno y es importante, que durante todo el proceso de análisis sistemático de cada caso se considere de forma prioritaria el interés y preferencia de cada paciente.

De forma casi invariable entre los diferentes estudios, las indicaciones más frecuentes de histerectomía son la fibromiomatosis uterina, el sangrado uterino anómalo y la adenomiosis aunque existen otras como la neoplasia cervical intraepitelial y alteraciones funcionales y anatómicas del piso pélvico y la endometriosis (17.7%, segundo lugar según ACOG 2011)

En el caso de los miomas uterinos sintomáticos, estos continúan siendo la indicación más frecuente de histerectomía para ambas rutas tradicionales representando el 40.7% de todas las indicaciones. Según algunas guías como la S.E.G.O. y la C.N.G.O.F. (sociedades española y francesa de gineco-obstetricia respectivamente) se ha planteado una tentativa de tamaño máximo aceptable por ruta vaginal, teniendo en cuenta que han sido incorporadas, aunque algunas no formalmente, técnicas de reducción uterina como la morcelación, hemisección, enucleación, miomectomía y otras, además de que se ponen en consideración otros elementos de la valoración clínica como la movilidad vertical y horizontal del útero, cirugías previas y el caso de miomatosis de situación intraligamentaria como posibles causas de reconsideración de la vía.

En cuanto a las alteraciones menstruales, principalmente el sangrado uterino anómalo, se deben estudiar prioritariamente las alternativas no quirúrgicas, sin embargo en los casos en los que se establezca la indicación de histerectomía la ruta es la vaginal, lo

mismo que en el caso de haberse establecido como diagnóstico “adenomiosis”, y tomando en cuenta las mismas cuestiones mencionadas más arriba que replantearían la vía.

La patología anexial por sí misma no constituye indicación de histerectomía. Sin embargo en aquellos casos en que coexisten procesos anexiales con la indicación de histerectomía, esta debería ser resuelta por vía vaginal en tanto se hayan resuelto todas las dudas respecto a la benignidad del proceso anexial, su tamaño y naturaleza. Se debería obviamente, considerar las dificultades técnicas implícitas y la experiencia del ginecólogo y aclaremos además que los casos asociados a endometriomas no deben ser abordados primariamente por vía vaginal²⁻⁷.

En el caso de la neoplasia cervical intraepitelial, la histerectomía podría ser indicada primariamente o postconización y la ruta indicada es la vaginal salvo contraindicaciones puntuales más adelante analizadas.

Casi es una constante que la mayoría de histerectomías por vía vaginal obedecen a aquellos casos de alteraciones del piso pélvico representando, el prolapso genital, hasta el 90% de todas las realizadas por esta vía, sobre todo en aquellos centros con poca experiencia en cirugía vaginal. El prolapso genital representa aproximadamente el 14.5% de todas las indicaciones de histerectomía según el Colegio Americano de Ginecología, 2011.

Existen casos en particular en donde la ruta laparoscópica, hasta ahora de papel controversial, se plantearía en patología benigna, la SEGO establece tres escenarios: útero grande (>280 g), procesos anexiales primarios que contraindiquen la técnica vaginal convencional (endometriosis), presunción de proceso adherencial pelviano

importante, indicación absoluta de extirpación de los anejos cuando se prevean dificultades para ello por vía vaginal, aunque esta resulta suficientemente eficiente para ello.

A pesar de ello, cuando se plantea esto a centros especializados y experimentados en cirugía vaginal, los casos en donde realmente se asistirían de un laparoscópio no superarían el 10%³⁰.

Afrontando el tema de las contraindicaciones, a este respecto se debería abordar primeramente a aquellas comunes a ambas técnicas (abdominal y vaginal) y posteriormente de forma separada.

En muchos casos las contraindicaciones de histerectomía son en realidad indicaciones inadecuadas, y en esto también podría hacerse una consideración general y específica a cada ruta.

Considerando ambas técnicas, no es infrecuente encontrarnos con indicaciones como leucorreas, cervicitis crónica, dismenorrea primaria, incontinencia urinaria, hemorragias post menopaúsicas, pacientes con el antecedente de anexectomía bilateral e incluso por el desvergonzado concepto de “útero inservible” y aunque resulte obvio, aclararemos que el estudio individualizado de cada caso es la regla, sin embargo aquí se ha simplemente nombrado algunas indicaciones que en muchos casos, si bien no en todos, resultan por demás cuestionables.

Las que no son cuestionables, son las ventajas de la ruta vaginal frente a las otras técnicas incluida la laparoscopia, aunque dadas las circunstancias, cada una lograría un aporte específico en ciertos casos cuidadosamente analizados. Citemos ejemplos,

sabemos que en la ruta vaginal hay menos adherencias postoperatorias, es mejor tolerada en pacientes mayores y en grandes obesas, a pesar de las potenciales dificultades técnicas, estas son menores que en la vía abdominal, es la ruta ideal en pacientes con alteraciones anatómicas y funcionales del suelo pélvico, etc. La ruta vaginal sin embargo, tiene también sus limitaciones, de cierto modo infrecuentes y escasas, estas están limitadas a cuestiones como un campo operatorio estrecho y reducido, la presencia de patología anexial concomitante de naturaleza no clara o endometriosis, la presunción de un síndrome adherencial pélvico severo y otras relativamente manejables a partir de la experiencia del cirujano como, en el caso de mujeres nulíparas, útero poco móvil que no desciende, antecedentes de cesárea, obesidad severa y cierta patología anexial concomitante.

En la gran mayoría de las situaciones donde la ruta vaginal resultaría inadecuada, la laparoscopia encontraría su lugar relegando a la laparotomía a una tercera opción.

Refirámonos ahora a las principales complicaciones de la histerectomía, en general, las infecciosas son las más comunes, que van desde el 10,5% para la histerectomía abdominal al 13,0% para la histerectomía vaginal y 9,0% para la vía laparoscópica. El tromboembolismo venoso es menos común, este se estima en una tasa de diagnóstico clínico de alrededor del 1% hasta un 12% cuando se emplean métodos diagnósticos más sensibles. Las lesiones del tracto GU se estima que ocurren a una tasa del 1-2%, el 75% de estas lesiones se producen durante la histerectomía (desinserción y exéresis). Las lesiones en el tracto gastrointestinal son menos comunes, con una tasa del 0,1-1%. Las complicaciones hemorrágicas también son raras, con un rango promedio de pérdida de sangre estimada de 238 a 660,5 ml para la histerectomía abdominal, 156-

568 ml para la histerectomía laparoscópica, y 215 a 287 ml para la histerectomía vaginal, con mayor riesgo de transfusión con el abordaje laparoscópico en comparación con la vía vaginal.

La neuropatía es también un evento raro, pero significativo, con una tasa del 0,2-2% después de cirugía pélvica mayor. La dehiscencia de cúpula vaginal se estima en una tasa del 0,39%, y es más común después de la histerectomía total por laparoscopia (1,35%) en comparación con la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (0,28%), la histerectomía abdominal total (0,15%), y la histerectomía vaginal total de (0,08%).

Hoy en día, y probablemente de forma secundaria a la abrumadora preferencia de los ginecólogos, los estudios no han podido revelar de forma consistente, que la ruta vaginal genere una disminución en la prevalencia de complicaciones infecciosas (10%), viscerales ya sean intestinales, vesicales (0.6 – 1%), ureterales (0.04 – 0.5%), fistula vesicovaginal (0.1%) o vasculares al compararla con la ruta abdominal, tampoco se han encontrado diferencias significativas en cuanto al riesgo de complicaciones tromboembólicas entre las dos rutas, situándose en alrededor del 0.1% con el uso de heparina de bajo peso molecular como esquema de profilaxis pre quirúrgica, lo que sí está claro es la conveniencia en términos de tiempo quirúrgico, retorno a actividades rutinarias y costos, tampoco ha sido posible determinar de forma consistente, una disminución en la prevalencia de complicaciones al comparar la ruta laparoscópica y vaginal asistida por laparoscopia con la ruta vaginal sola tras seis semanas de evaluación post quirúrgica⁷.

Concluamos el presente acápite respecto a indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de histerectomía puntualizando en varios puntos que a parecer del presente trabajo son de relevancia y que generan las siguientes recomendaciones que se desprenden de las principales sociedades de ginecología en Europa y EEUU (SEGO, CNGOF, ACOG):

- En situaciones de útero grande, definido como de 200 a 300g o correspondiente a un embarazo de 12 semanas, ni la vía laparoscópica y mucho menos la abdominal ofrecen ventajas ni disminución en la prevalencia de complicaciones respecto al abordaje vaginal, por lo que en este caso es la vía indicada. La estimación del volumen uterino se realiza de forma clínica y no rutinariamente con ultrasonido.⁷⁻¹⁴
- La nuliparidad no constituye en ningún caso, contraindicación de histerectomía vaginal. Lo mismo ante un ángulo subpúbico estrecho (<90°).
- En el caso de pacientes obesas, la ruta abdominal incrementa de forma significativa el riesgo de complicaciones, por lo que la ruta vaginal o por laparoscopia es lo indicado en estos casos.
- En aquellos casos con antecedente de cesáreas, estas no incrementan el riesgo de complicaciones de forma diferente entre las diferentes rutas por lo que no constituyen una contraindicación para la realización del abordaje vaginal.
- No existen estudios comparativos que respalden la realización de la culdoplastia de McCall ni la fijación al ligamento sacroespinoso de Richter durante una histerectomía vaginal en casos de ausencia de defectos del piso pélvico como medida preventiva de prolapso de cúpula vaginal. La evidencia

tampoco ha encontrado ningún impacto de estas técnicas en la respuesta sexual de pacientes con prolapso uterino¹⁶.

- En ausencia de factores de riesgo personales y familiares y ante la presencia de ovarios macroscópicamente normales no existe evidencia que nos permita respaldar la anexectomía de forma rutinaria durante una histerectomía por patología benigna ya sea por ruta abdominal y menos aún durante la ruta vaginal. Además, la decisión de llevar a cabo una salpingooforectomía electiva se debe tomar sobre la base de la edad de la paciente, preferencias y decisión informada de ésta y factores de riesgo más no sobre la ruta de la histerectomía⁶.
- La adhesiolisis constituye el factor de riesgo más importante para la generación de complicaciones gastrointestinales (rutas abdominal y laparoscópica).
- La prevalencia de fistula vesico-vaginal en histerectomía por patología benigna es del alrededor del 0.1% misma que se incrementa hasta el 5% en presencia de lesión vesical, especialmente a nivel del trígono durante el abordaje vaginal.
- La prevalencia de lesión vesical en histerectomía por patología benigna es del 0.6 al 1% y de lesión ureteral es del 0.04 al 0.5%. Los principales factores de riesgo para lesión vesical son el antecedente de cesárea y un volumen uterino aumentado (>200g). Para lesión ureteral se ha identificado a la endometriosis como factor de riesgo importante.
- Los principales factores asociados a conversión en el caso de histerectomía vaginal y laparoscópica son el antecedente de patología y cirugía pélvica y el tamaño uterino.

- La prevalencia de infección post histerectomía se sitúa en alrededor del 10% independientemente de la ruta, la profilaxis antibiótica con cefalosporinas de primera generación reduce esta prevalencia en un 50% (<5%).
- La prevalencia de eventos tromboembólicos asociados a histerectomía es del 0.1% con el uso de profilaxis pre quirúrgica de Heparina de bajo peso molecular, su uso en el post quirúrgico sin embargo, se ha asociado con incremento en la prevalencia de sangrado post quirúrgico y de hematomas, especialmente de cúpula vaginal.
- La histerectomía subtotal no disminuye de la prevalencia de complicaciones intestinales, ni hemorragia perioperatoria ni la necesidad de transfusiones y más bien se asocia a la presencia de sangrado cíclico postoperatorio y abre la puerta a la posibilidad de carcinoma en el tejido uterino, cervical remanente.
- La desinfección prequirúrgica de vagina con yodo-povidona ejerce un impacto positivo ante la posibilidad de complicaciones infecciosas especialmente absceso pélvico.
- Existe un incremento en la prevalencia de infección postoperatoria de la cúpula vaginal ante la presencia prequirúrgica de vaginosis bacteriana y aunque no se recomienda de forma rutinaria la toma de muestras de flujo vaginal ni cultivo urinario, si existe un impacto positivo del tratamiento de la vaginosis bacteriana de forma profiláctica. El cateterismo urinario no debe exceder las 24 horas e incluso se podría considerar su retiro de forma inmediata tras el procedimiento.

No existen estudios concluyentes respecto a las ventajas del uso de medicación pre operatoria a fin de disminuir la morbilidad post operatoria relacionada con anemia y a su influencia en el replanteamiento de la ruta quirúrgica por disminución del volumen uterino, en esto hay que tomar en cuenta que la prevalencia de morbimortalidad post operatoria se ve incrementada ante la presencia de anemia prequirúrgica en cirugía mayor no cardíaca y que la utilización preoperatoria de agonistas de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) estaría recomendada en aquellos casos en donde se ha planteado primariamente el abordaje abdominal a razón de un volumen uterino incrementado, tomemos en cuenta que ciertos estudios han mostrado que los moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRM, acetato de ulipristal) reducen el volumen uterino en un 50% más en comparación a los agonistas GnRH, además de reducir rápidamente el sangrado, mejorando la anemia y sin presentar los efectos adversos de los análogos GnRH tal y como lo respaldan los ensayos referenciados en el editorial del New England Journal of Medicine del 2012¹⁷ . Respecto a otras alternativas de tratamiento pre o perioperatorio como terapia con hierro, inducción de amenorrea con progestinas, agonistas GnRH, SPRM, ACO, uso de misoprostol, ácido mefenámico, ácido tranexámico, embolización de arterias uterinas y autotransfusiones los estudios son insuficientes, no concluyentes y no existen tampoco estudios comparativos entre las distintas modalidades⁷.

Al seguir estas directrices especialmente aquellas relacionadas con aspectos clínicos como: tamaño uterino (<280g), movilidad, amplitud vaginal suficiente (acceso a ligamentos uterosacos y cardinales) y patología confinada a útero, la tasa de histerectomías por patología benigna realizadas por abordaje vaginal supera el 90%

siendo necesarias técnicas de reducción uterina (morcelación, bisección de útero, etc.) en menos del 11% de estos casos⁶.

Concluimos entonces que en histerectomía por patología benigna, la ruta vaginal y laparoscópica son las indicadas y no muestran, en términos de prevalencia de complicaciones, ninguna diferencia significativa entre ellas. La elección de cuál de ellas dependerá de parámetros como la experiencia del cirujano, tipo de anestesia propuesta y otras consideraciones de tipo logística y aspectos como los ya referenciados más arriba, recordemos además que la decisión de llevar a cabo una salpingooforectomía de forma electiva, no debería, en teoría, influir sobre la decisión del mejor abordaje para histerectomía.

Finalmente, hemos de colegir que a pesar de los importantes argumentos que la evidencia nos revela a favor de la ruta vaginal, hasta aquí la evidencia no es clara en establecer alguna superioridad en cuanto a las dos variables protagonistas del presente proyecto a favor de alguna ruta o modalidad de histerectomía.

2.3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS DE LOS ABORDAJES CONSIDERADOS TRADICIONALES DE HISTERECTOMÍA.

2.3.1. HISTERECTOMIA ABDOMINAL:

Edward H. Richardson realizó la descripción sistemática de la técnica de histerectomía abdominal, esta fue publicada por primera vez en 1929 a partir de lo cual ha sufrido

modificaciones evolutivas graduales con las que miles de ginecólogos se entrenaron por muchos años¹¹.

Ya fue abordado el importante aspecto respecto a la elección de la mejor vía para cada paciente, la que se ha asumido en el presente trabajo cuenta con todos los argumentos que la buena práctica quirúrgica de las mejores sociedades nos sugieren, como vemos, están ahí, solo queda promoverlas y aplicarlas.

Lo mismo podríamos decir respecto a cada aspecto de la técnica quirúrgica, es decir fundamentar nuestras actuaciones en la mejor evidencia disponible, en el presente trabajo, sin embargo, no seremos demasiado enfáticos en hacer una revisión exhaustiva de la literatura quirúrgica, porque nuestro objetivo no es aterrizar sobre lo estrictamente técnico del procedimiento quirúrgico, pero desde luego hemos de describir y basar este acápite en una de las mejores referencias en la ginecología quirúrgica por años como es la Ginecología Quirúrgica de Te Linde, décima edición, 2010.²⁰

Inicio entonces la descripción de estos procedimientos por el abordaje abdominal y luego, en la siguiente sección de este capítulo, el abordaje vaginal:

Colocada la paciente en posición decúbito dorsal sobre la mesa de operaciones corresponde la elección de la mejor incisión, la elección de ésta debe considerar primordialmente el trastorno subyacente, indicación de la cirugía. Existen muchos tipos de incisiones que aparecen como alternativas frente a una histerectomía abdominal, pero insistimos en que todas las decisiones se toman en función de cada paciente en particular.

En la mayoría de los casos es posible reseca el útero a través de una incisión transversal infraumbilical, casi siempre una Pfannenstiel que es estéticamente atractiva y resistente. Coloquialmente, en el ámbito quirúrgico a la incisión y en particular a la técnica de su reparación se la llama la “firma” del cirujano, y es así, es la marca duradera a veces permanente de la cirugía, sin embargo recalquemos que la elección de esta no debe ser tarea de la paciente pues sus argumentos se basan únicamente en un criterio estético que muchas veces va en contraposición con el abordaje quirúrgico; el cirujano por su parte toma su decisión considerando, en segundo lugar, el hecho de que incisiones injustificadamente mal ubicadas o muy extensas aumentarían el riesgo de infección, eventración y dehiscencia, además del impacto desde lo estético que una desacertada decisión generaría.

Se ha hecho ya una breve descripción de las recomendaciones que la evidencia aporta respecto a desinfección, preparación intestinal y otros pormenores.

Una vez abierto el abdomen se evalúa cuidadosamente la enfermedad pelviana y se explora la cavidad abdominal. Se registra el estado de los órganos explorados y en caso de anomalías no ginecológicas, correspondería realizar una interconsulta intraoperatoria.

Tras la apertura y exploración abdominal, conviene la colocación de la paciente en posición de Trendelenburg leve, posicionar un separador autoestático (existen varios tipos de separadores usados en función de las preferencias del cirujano, de las condiciones de corpulencia de la paciente o incluso de la incisión utilizada) y empaquetar el intestino en la parte superior con compresas quirúrgicas o gasas grandes de laparotomía a fin de lograr la mejor exposición posible de los órganos pélvicos.

A continuación se toman, bilateralmente, los ligamentos redondos y uteroováricos con una pinza Kocher para permitir la tracción y movilización del útero fuera de la pelvis.

La recomendación para la mayoría de cirujanos diestros es que se ubiquen en el lado izquierdo de la paciente a fin de que pueda usar su mano dominante dentro de la pelvis.

La técnica inicia con la ligadura con puntos de transfixión y corte, del ligamento redondo a media distancia entre útero y pared pelviana. Esta maniobra permite a su vez la apertura del espacio retroperitoneal a través de la disección roma de las hojas anterior y posterior del ligamento ancho abriéndose paso a través del tejido areolar del retro peritoneo hasta visualizar la arteria iliaca externa, interna y el uréter. También se puede extender la incisión peritoneal hacia adelante, alrededor de la reflexión vesical, sin embargo en este momento no es necesario exponer la cara anterior del cuello uterino porque puede generarse anticipadamente un sangrado innecesario²⁰.

Si se van a reseca los ovarios en el momento de la histerectomía, la disección peritoneal se amplía hacia arriba por fuera del ovario y paralela al ligamento infundibulopélvico, se realiza un orificio en el peritoneo entre el uréter y los vasos ováricos bajo visión directa, por encima del ovario y se coloca 2 pinzas a nivel del ligamento infundibulopélvico seccionando los vasos ováricos entre las dos pinzas. Se liga este pedículo con una ligadura al aire y se coloca una segunda ligadura con punto para mayor seguridad entre la primera y la pinza. El tejido que sostiene la pinza posterior, se liga con una sola ligadura al aire. Luego se extiende la sección del peritoneo hacia la cara posterior del útero.

En el caso de conservación de ovarios y trompas de Falopio, se crea una ventana a nivel del ligamento ancho (peritoneo), bajo la trompa de Falopio, entre el útero y el

ovario sea de forma roma o cortante y se ocluye este pedículo uteroovárico con una pinza fuerte (Heaney, Kocher o similar) sin incluir al ligamento redondo en esta pinza²⁰.

Las pinzas colocadas al inicio del procedimiento con fines de movilización y tracción del útero, sirven como pinza posterior de este pedículo. Se secciona el ligamento uteroovárico y la trompa y se liga con una ligadura al aire seguida por una ligadura con punto.

El siguiente paso consiste en disecar y separar la vejiga de la cara anterior del cuello uterino seccionando el peritoneo justo por debajo de su inserción en el segmento uterino inferior, a este nivel en la mayoría de casos es posible identificar el plano de disección entre la pared vesical posterior y la cara anterior del cuello uterino, esto no ocurre, sin embargo, en casos de cesáreas o de adherencias vesicales por cualquier otra causa; esta disección, puede realizarse de forma roma, con las manos a través de diferentes maniobras que minimizan el riesgo de lesión vesical, y a través de maniobras con instrumento cortante que algunos recomiendan realizar de forma sistemática a fin de familiarizarse con la misma, siempre y en ambos casos aplicando la presión contra la fascia cervical y traccionando el fondo uterino con firmeza, hacia el exterior de la pelvis²⁰.

Una vez liberada la vejiga se esqueletizan la arteria y venas uterinas, disecando con delicadeza el tejido adiposo laxo junto al segmento uterino inferior, en la mayoría de los casos, estos grandes vasos aparecen a la altura del orificio cervical interno, expuestos estos vasos, el pinzamiento de los mismos se realiza con una pinza fuerte y curva en sentido lo más perpendicular posible y evitando tomar demasiado tejido

cervical a fin de facilitar la colocación de pinzas posteriores adicionales para mayor seguridad y comodidad. Se procede a la sección de los vasos con tijera o bisturí y se liga dos veces el pedículo con punto, usando preferiblemente una aguja redonda pequeña²⁰. La hemostasia debe ser meticulosa en esta fase, y se procede además a verificar la integridad vesical y rectal. El peritoneo del fondo de saco posterior entre los ligamentos uterosacros y la disección roma entre la pared vaginal posterior y la cara anterior del recto suele ser sencilla, sin embargo en aquellos casos en que la vejiga o el recto estén demasiado adheridos, podría considerarse una histerectomía supracervical o subtotal.

Liberados vejiga en sentido anterior y recto en posterior, se debe traccionar el útero fuera de la pelvis, para conseguir exponer las porciones más profundas del ligamento ancho y alejar al uréter del segmento uterino inferior, estos remanentes del ligamento ancho se toman con pinzas fuertes, deslizándolas sobre el cuello uterino a medida que se cierran a fin de mantener el plano de disección lo más cerca del cérvix con lo que se reduce al mínimo el riesgo de lesionar el uréter, se colocan puntos de transfixión, anudando 1 o 2 pedículos a cada lado hasta lograr la exposición de la unión cervicovaginal.

Ocluimos la vagina por debajo del cérvix con pinzas anguladas, estas deben incluir lateralmente a los ligamentos cardinales, de forma posterior a los ligamentos uterosacros y a las paredes vaginales en sentido anterior y posterior. En la mayoría de los casos, estas pinzas se juntan en la línea media justo por debajo del cuello uterino, se secciona la vagina por encima de estas pinzas y por debajo del cuello uterino, empleando una tijera angulada o bisturí, se extrae el útero, se lo coloca en un recipiente

para examinarlo luego y se coloca un punto en X entre las puntas de las dos pinzas para cerrar la porción media de la vagina sin anudar los extremos de este punto y reparando sus extremos. A continuación se colocan 2 puntos de transfijión sobre cada una de las pinzas laterales que se cierran sobre los ligamentos cardinales y uterosacros, incluyendo en la segunda pasada a estos últimos a fin de darle un excelente sostén a la cúpula vaginal; una vez anudados estos puntos laterales, se anuda el punto en X central y se tracciona la cúpula vaginal desde este punto para evitar la exposición de la luz vaginal y facilitar el cierre de vagina que se lo realiza a través de la colocación de una serie de puntos en X involucrando a los ligamentos cardinales y uterosacros. En ocasiones no es posible el cierre de la cúpula vaginal a través de esta técnica “cerrada” pues pueden existir anomalías (miomas cervicales, etc.) que generen un fondo de saco vaginal muy profundo que provocaría la extracción excesiva de pared vaginal. En este caso conviene la resección circunferencial de la cúpula vaginal bajo visión directa tomando los bordes vaginales de forma paulatina con pinzas de Kocher²⁰.

En la gran y diversa literatura quirúrgica existente, se describen varias modificaciones de esta técnica, ejemplo de ello son la técnica clásica de Richardson en donde se disecciona el peritoneo del fondo de saco posterior y se pinzan los ligamentos uterosacros por separado para luego unirlos al manguito vaginal, otras técnicas descritas son aquellas en donde se deja la vagina abierta cubierta de peritoneo pelviano para drenaje, en este caso con el advenimiento de la profilaxis antibiótica, esta técnica está prácticamente en desuso. Lo que sí es recomendable a lo largo de esta breve pero minuciosa descripción es el uso de material de sutura de reabsorción lenta 0, en toda la región. Finalmente se irriga la pelvis con solución fisiológica tibia examinando toda el área, particularmente los pedículos a fin de asegurar una hemostasia satisfactoria.

En el caso de este abordaje, los sitios más comunes de lesión ureteral, son a nivel del ligamento infundibulopélvico, arterias uterinas y base de la vejiga²¹. No es necesario el cierre de peritoneo parietal pélvico pero si recomendable cubrir el manguito vaginal cruento con el colon sigmoides, igualmente innecesario resultaría la peritonización anterior de la pared abdominal, pero si recomendable la colocación del epiplón en la parte anterior, sobre el cierre. Para el cierre de la pared abdominal anterior solo diremos que deben ser considerados aspectos como el riesgo de eventración, infección, dehiscencia a la hora de decidir por una u otra técnica o uno u otro material de sutura.

2.3.2. HISTERECTOMIA VAGINAL:

La revisión de Cochrane sobre la que se basa el presente proyecto y la mayor parte de la literatura citada a este respecto supone claras ventajas del abordaje vaginal frente al abdominal, estas ya han sido expuestas en los apartados previos, sin embargo, las estimaciones regionales y el autor del presente trabajo no han notado un cambio en los patrones de practica quirúrgica entre los ginecólogos.

Existen diversas teorías que pretenden explicar este fenómeno de dominio de la vía abdominal para histerectomía, uno de ellos es que ningún otro parámetro cuenta, sino la habilidad, preferencia y experiencia del ginecólogo, estas a su vez, dependen de una curva de aprendizaje que condiciona al ginecólogo a inclinarse por la vía que mejor conoce y con el que se siente más cómodo.

A continuación y basados en la misma referencia bibliográfica describimos la técnica vaginal.

En esta vía como en la abdominal, cuestiones como la profilaxis antibiótica, preparación intestinal, y asepsia y antisepsia son similares aunque con discretos rasgos distintivos basados en la evidencia, no profundizaremos en aquellos.

La posición de la paciente es la de litotomía, con las nalgas en el borde de la mesa o más allá, sin Trendelenburg y con especial cuidado en los puntos vasculares, óseos y neurológicos de los miembros inferiores, independientemente de los estribos utilizados. Los ayudantes se deben ubicar por dentro de los estribos y el cirujano preferiblemente sentado, mirando directamente dentro de la vagina y con una bandeja de instrumentación en su regazo.

Antes de comenzar es recomendable un examen bajo anestesia a fin de documentar el grado de descenso y eventuales patologías no detectadas antes, se coloca para el efecto de descender y movilizar al útero, una pinza tipo tenáculo a nivel del cuello uterino.

A diferencia del abordaje abdominal, el cateterismo vesical antes de la histerectomía vaginal, depende en general de la preferencia del cirujano, pues en ocasiones, es más fácil ver una cistotomía accidental cuando la vejiga tiene un poco de orina.

El punto de incisión inicial es, siempre, a nivel vaginal y no cervical, es decir, a nivel donde comienzan los pliegues vaginales. Es el límite donde comienza la vagina (visto desde el cérvix), esta incisión es circunferencial y debe comprometer todo el espesor de la pared. En casos de un descenso parcial o incompleto, la incisión vaginal inicial debe realizarse a nivel del sitio descrito, anterior, de hora 10 a hora 2 y posterior de hora 8 a hora 4, lo que permitiría el acceso a los fondos de saco anterior y posterior respectivamente, para acceder al fondo de saco posterior, si la incisión fue hecha en el sitio adecuado, ya descrito, al traccionar el cérvix hacia adelante y elevarlo, el

peritoneo es fácilmente identificado al pinzarlo a nivel de la apertura del fondo de saco vaginal, donde este protruye en dirección al cirujano, se realiza entonces, una incisión, preferiblemente con tijera curva, directamente sobre la pinza de tejidos que toma este segmento de peritoneo protruido y no cerca del cérvix con la supuesta intención de evitar el recto. Esta colpotomía posterior realizada correctamente permite, tras colocar una valva de ramas largas en la cavidad peritoneal, el acceso al fondo de saco y la palpación de los ligamentos uterosacros.

La apertura del fondo de saco anterior se lo realiza una vez se tracciona el cérvix en sentido inferior y hacia atrás, se procede a elevar con pinzas el tejido subvaginal anterior, incluyendo el tabique supravaginal, parte del anillo pericervical, y la vejiga y se incide a este nivel, en la línea media, con tijera curva, cuyas puntas se orientan hacia abajo. Esta maniobra permite el acceso al espacio avascular vesicouterino del fondo de saco anterior, en donde conviene colocar un separador de ángulo recto a fin de elevar la vejiga y exponer el pliegue peritoneal anterior; en esta parte es posible visualizar la cicatriz segmentaria de cesárea anterior, anterior al pliegue peritoneal.

Se toma el pliegue peritoneal con pinzas de tejido, se tracciona hacia abajo y se abre un ojal de aproximadamente 1 cm sobre las pinzas de tejido con las tijeras, siempre bajo visión directa. Al reconocer la superficie brillante del peritoneo a través del ojal, se amplía el mismo para introducir una valva de ángulo recto para separar la vejiga durante toda la operación.

Abiertos con éxito el peritoneo anterior y posterior se procede a desinsertar al útero de sus ligamentos de sostén.

Una vez más la ubicación exacta de los uréteres ante una posible lesión de los mismos se hace presente en este abordaje, y los elementos anatómicos que condicionan la ubicación de los uréteres son los ligamentos cardinales y uterosacros y no la arteria uterina por lo que las maniobras que conseguirían de alguna forma el desplazamiento de los uréteres hacia arriba y hacia afuera, lejos del área quirúrgica de posible lesión, son la tracción del cérvix hacia abajo y la separación vesical.

En un estudio canadiense, retrospectivo, de más de 1700 hysterectomías, se realizó una auditoria de hysterectomías realizadas por vía laparoscópica, abdominal y vaginal determinándose que la tasa más alta de morbilidad postoperatoria fue a favor de la ruta vaginal debido principalmente a retención urinaria y formación de hematoma²¹.

Siempre que sea posible, y en relación con lo dicho anteriormente, es recomendable abrir los sacos peritoneales y completar circunferencialmente la incisión de la mucosa vaginal (si esta no fue completada) antes de pinzar el complejo ligamentario uterosacro y cardinal.

Los ligamentos uterosacros deben ser tomados con la punta de las pinzas incluyendo al extremo inferior de los ligamentos cardinales dentro de la cavidad peritoneal posterior, estas pinzas deben ser preferiblemente firmes, curvas, de ramas largas y ojala, con dientes de ratón en su punta para evitar el deslizamiento de los ligamentos (Kovac). Se colocan puntos de transfixión en cada ligamento uterosacro fijándolo a la superficie posterolateral de la vagina. La tracción lateral sobre estos puntos, expone a los remanentes del ligamento ancho evitando la incómoda separación lateral sobre el interior de la vagina. Los pedículos de los ligamentos uterosacros son los únicos que se reparan y se fijan a los tejidos laterales durante esta vía de abordaje. A continuación

se pinzan los ligamentos cardinales, evitando tomar el peritoneo anterior para que este pueda ser aproximado a su contraparte posterior y así evitar el sangrado proveniente del plexo de la hoja anterior del ligamento ancho. Se coloca un punto de transfixión simple hacia la punta de la pinza y luego otro hacia el extremo de esta, estos puntos hemostáticos en el ligamento cardinal no se fijan ni se reparan.

En este momento se pinzan a las arterias uterinas que son claramente visibles en este punto, se lo realiza con pinzas de buena calidad, colocándolas de forma paralela al útero, con la punta de las mismas a nivel de su bifurcación, hecha la sección, una por una, el útero desciende aún más. Un punto por transfixión simple es suficiente si hay una sola arteria entre las ramas de la pinza.

No se debe pinzar y ligar el ligamento ancho por encima del nivel de las arterias uterinas pues se trata de un área avascular, aunque en raras ocasiones podría haber algún vaso importante por dentro de las hojas del ligamento ancho.

El siguiente paso, consiste en llevar el fondo uterino hacia el exterior a través de la colpotomía anterior o posterior, ante un útero pequeño y móvil, la sola tracción hacia abajo puede producir su exteriorización sin necesidad de luxar el fondo uterino. En otras ocasiones, especialmente en aquellos casos de útero poco móvil y fondo uterino grande se podría optar por técnicas alternativas como la enucleación intramiometrial en donde, traccionando de forma vigorosa el útero hacia abajo, se extirpa el núcleo interno del mismo sin violar la integridad de la cavidad endometrial.

Una vez que se pueden ver los pedículos superiores integrados por los ligamentos redondos, uteroováricos y trompas de Falopio la extracción vaginal del útero es inminente. Estos pedículos se pueden pinzar individualmente con dos pinzas o juntos

con una sola. Se puede colocar una ligadura alrededor de la pinza y anudarla o hacer un punto por transfixión por debajo. Esta sutura se fija y repara para traccionar el pedículo.

Una vez retirado el útero se evalúa cada pedículo en búsqueda de algún sangrado. Los sitios más comunes de sangrado son los pedículos uterinos especialmente los uterosacos y uteroováricos, la pared vaginal posterior con su hoja peritoneal correspondiente y los pedículos de las arterias uterinas. Tras la exploración minuciosa de la cavidad pélvica en busca de algún sangrado en los sitios potenciales, se procede a la fijación o soporte de la cúpula vaginal (esto en caso de no haberse planificado una ooforectomía junto con la histerectomía).

El cierre del epitelio vaginal se lo hace de forma habitual en sentido transversal, aproximando los bordes seccionados con la menor cantidad de irregularidades y tejido posible a fin de evitar la formación de tejido de granulación en el postoperatorio. Se sugiere sin embargo, por parte de algunos autores, Existen autores que sugieren el cierre vaginal en sentido vertical para no comprometer la longitud vaginal, sin embargo al localizarse la cicatriz en la parte más alta de la vagina, esto podría generar hiperestesias durante el coito.

Una cúpula adecuadamente suspendida no comprometería la longitud vaginal ante un cierre transversal de la mucosa, al posicionar la cúpula orientada hacia la pared anterior y por lo tanto la pared posterior tendrá mayor profundidad durante el coito.

Dados los potenciales peligros y los escasos beneficios a la paciente, la peritonización de la cúpula vaginal no es recomendable, además de que, abierto el peritoneo, cualquier sangrado postoperatorio se manifestara de forma inmediata²⁰.

El objetivo de reconstruir el soporte de la cúpula vaginal es principalmente el de prevenir el enterocele y prolapso de la misma años después de la intervención. La incidencia de estas complicaciones post histerectomía es del 0.1 al 16%. Recalquemos que estos datos corresponderían principalmente a aquellas pacientes en cuyo caso existió una omisión o fracaso en la identificación y tratamiento de un enterocele previo. La reparación de estos defectos constituye de los procedimientos más exigentes de la cirugía pélvica.

El principal elemento de suspensión anatómica del útero, en el contexto de una histerectomía total, son los ligamentos uterosacros por lo que las distintas técnicas de reparación de la cúpula vaginal eficaces en la prevención del prolapso, enfatizan su uso re conectándolos a la cúpula y deben ser incorporados a todas las histerectomías.

La culdoplastia de McCall es la técnica más utilizada para este fin, desde su implementación representó una excelente opción reduciendo de forma significativa los enteroceles y prolapsos apicales posteriores a la histerectomía vaginal. La culdoplastia de McCall ejerce su efecto fijador de la cúpula vaginal al obliterar el fondo de saco neoformado y suspendiendo la parte posterior de la cúpula y sus fijaciones fasciales a los ligamentos uterosacros uniéndolos en la línea media. A pesar de ello, el mejoramiento en el conocimiento de los mecanismos de sostén pélvicos así como los adelantos en las técnicas de reconstrucción en cirugía pelviana permitirán la confección de nuevos métodos, enfocados en cada defecto anatómico como lo es la ausencia de cuello uterino, a fin de ser implementados en el momento de la histerectomía.

Existen diversas técnicas a fin de cerrar y reconstruir el soporte de la cúpula vaginal, en el caso de no identificarse un rectocele, algunos autores proponen la colocación de una malla o material protésico fijado en sentido anteroposterior a las fascias pubocervical y rectovaginal y lateralmente a los ligamentos uterosacros fijados a su vez en el sitio en que estos se insertan en el periostio sacro (colpopexia sacra).

Finalmente, la colocación de un tapón vaginal no está respaldado por la evidencia en aportar algún beneficio y no es recomendable pues ante un sangrado postoperatorio, no tendrá ningún efecto hemostático y más bien podría retrasar el diagnóstico y manejo.

La colocación de catéter vesical es recomendable pues tras la intervención, se podrían generar lesiones vesicales menores y problemas transitorios de micción, estos inconvenientes son mayores y más frecuentes ante úteros de mayor tamaño, por lo que sería recomendable el cateterismo vesical al menos por las primeras 24 horas, sin embargo, en una revisión de Cochrane se evidencio que a pesar de que la remoción inmediata del catéter disminuye la incidencia de bacteriuria postoperatoria e infección urinaria sintomática, esta incrementa el riesgo de recateterización. En otro estudio sobre este aspecto pero en ruta abdominal, parecería ser que la remoción a las seis horas resultaría más beneficiosa que la remoción inmediata o tardía (>24hs)²².

Este capítulo se basó principalmente en la décima edición en español de la Ginecología Quirúrgica de Te Linde. Capítulos 32. A y B²⁰.

2.4. CALIDAD DE VIDA Y FUNSION SEXUAL DE LA MUJER PREMENOPAUSICA Y SU RELACION CON HISTERECTOMÍA.

La pertinencia del presente trabajo se sustenta en las características de la población objeto de estudio pues como hemos dicho ya, casi dos tercios de las mujeres sometidas a histerectomía se ubicarían entre los 40 y 49 años y por lo tanto asumimos que estaríamos ante mujeres en el ejercicio pleno de su sexualidad y, además, social y económicamente activas por lo que el enfoque de este proyecto busca incorporar estos parámetros en la evaluación pre quirúrgica de una posible candidata a este procedimiento.

De formar reciente, la función sexual y la calidad de vida después de una histerectomía se han convertido en foco de diversas investigaciones. Los datos previos y más abundantes al respecto encontrados en la literatura se refieren en su mayoría al intento por dilucidar la función sexual y calidad de vida en pacientes sometidas a histerectomía radical por cáncer cervical²³, esto se entendería considerando que la evaluación de estas dos variables requiere de métodos válidos y reproducibles, además de que se trata de variables fácilmente sesgadas por aspectos como la técnica quirúrgica empleada y procedimientos pélvicos y extra pélvicos concomitantes, a esto se añade la dificultad de generalizar los posibles hallazgos dada la composición etaria de la población en estudio. En este sentido varios estudios han ya realizado diversas aproximaciones a este respecto, algunos asociaron al abordaje por laparotomía con un deterioro a largo plazo en la calidad de vida dado el mayor nivel de dolor postoperatorio y a una reanudación retardada a las actividades rutinarias, esto en comparación con el abordaje

laparoscópico, así mismo, la anexectomía unilateral o bilateral realizada simultáneamente con la histerectomía fue asociada en varios estudios, a una reducción significativa de la libido en el postoperatorio de pacientes premenopáusicas, otros han informado de mejorías en la respuesta sexual sin impacto o reducción en la libido⁵.

2.5. RESPUESTA SEXUAL DE LA MUJER PREMENOPAUSICA.

El término “respuesta sexual” (RS) fue introducido por Masters y Johnson para designar el conjunto de cambios psicofisiológicos asociados con la realización del acto sexual²⁴.

Mucho más allá de que la supervivencia de la especie depende de manera esencial de la conducta sexual de sus individuos, la respuesta sexual juega un rol de vital importancia en la percepción de bienestar y salud de los seres humanos ya que es fuente primordial de gratificación para el individuo y un vehículo importante de comunicación afectiva.

Aproximadamente el 40% de las mujeres experimentan algún tipo de problema sexual en el transcurso de su vida. Un problema sexual es diagnosticado como disfunción cuando se cumplen ciertos criterios estipulados según la Asociación Americana de Psiquiatría para disfunciones sexuales y cuando éste produce una dificultad personal y social, de ahí su gran influencia en la calidad de vida de la mujer. Aunque los problemas sexuales entre las mujeres son comunes, el estudio epidemiológico más grande y más reciente sitúa la prevalencia de los trastornos sexuales diagnosticables en aproximadamente un 12%²⁵.

La OMS define la menopausia natural como: "cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas y como consecuencia de la pérdida de la función hormonal ovárica" (WHO, 1981-1994). Actualmente la edad media de presentación se establece en $48,5 \pm 3,8$ años²⁶.

Durante las etapas pre y post menopáusicas, existen factores que pueden incidir en la respuesta sexual y por ende modificarla, entre éstos se encuentran condiciones fisiológicas como el declive de la función ovárica y aún factores sociales y psicológicos. La edad de aparición de la menopausia es muy variable según el criterio de diferentes autores, países e incluso el método de determinación y existen diferencias entre países desarrollados (USA, Alemania, Gran Bretaña, Francia) y países en vías de desarrollo, para el caso ecuatoriano, así como para México, Chile y en general América Latina los diferentes estudios la ubican entre los 48 y 50 años, ligeramente más temprana que en los primeros (50 – 52 años)²⁸. En una revisión sistemática del 2014 que involucro a mujeres de 24 países en los 6 continentes, se estableció una edad media de presentación de menopausia en 48.8 años con distintos factores sociodemográficos que establecían una diferencia entre países en vías de desarrollo e industrializados²⁷.

Por consiguiente, resulta interesante investigar la respuesta sexual de la mujer considerando las particularidades de cada etapa, en este caso nos vamos a enfocar en el estudio de la mujer premenopáusica, es decir en el periodo fértil anterior a la menopausia (OMS 1990).

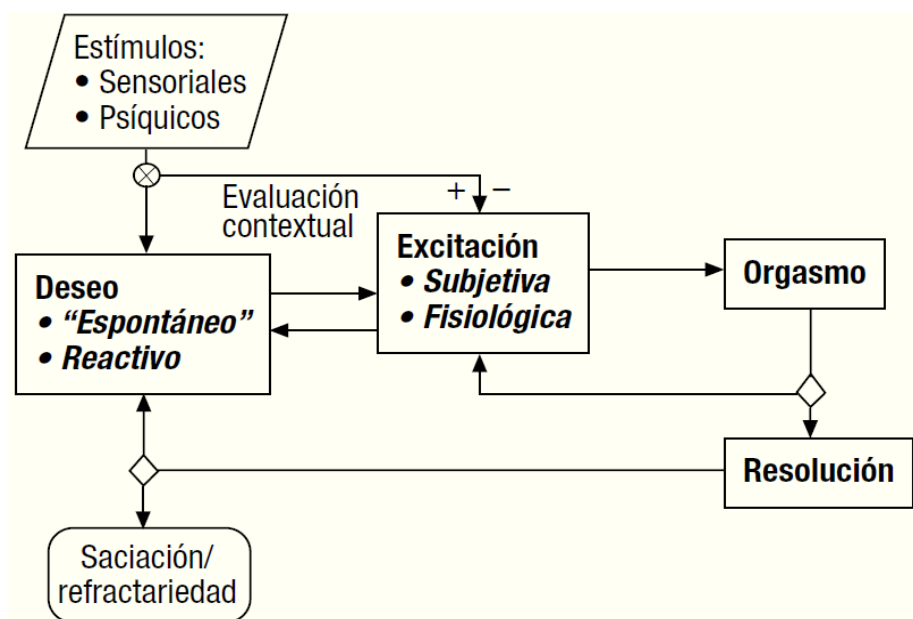
2.6. FISILOGIA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.

Una gran parte de las alteraciones de la respuesta sexual femenina pueden ser tratadas eficazmente a través de diversos modelos terapéuticos que exigen el conocimiento de la fisiología sexual y sus anomalías. De hecho, muchos procesos patológicos no primariamente sexuales conllevan frecuentemente, ya sea como síntoma o como complicación de su tratamiento, la aparición de alteraciones de la función sexual. Nos enfocaremos en este segundo punto previo al abordaje de los mecanismos de la función sexual femenina.

Existen diversos modelos que pretenden integrar y representar de forma más o menos didáctica los distintos fenómenos implicados en la respuesta sexual femenina (RSF), entre ellos Master y Johnson, Kaplan, Basson y la expuesta por el Dr. Manuel Mas, sexólogo español a quien se le atribuyen los datos respecto a fisiología expuestos en el presente trabajo abandonando los modelos lineales primitivos de los primeros²⁴.

Aunque la respuesta sexual integra la totalidad de las funciones orgánicas, los cambios más notorios y característicos ocurren a nivel de los órganos genitales, en el estudio de esta compleja interacción fisiológica, ésta se describe de forma esquemática, como una secuencia cíclica de etapas o fases que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí a través de procesos de retroalimentación en los que no necesariamente el deseo precede a la excitación y en donde la presentación de una determinada fase no requiere necesariamente de la precedente²⁹. (Fig. 1).

Figura 1 Modelo no lineal de la respuesta sexual femenina. Manuel Mas.



El deseo, también llamado apetito sexual o líbido, es el estado mental de receptividad y respuesta a estímulos de orden erótico que precede a la concreción del acto sexual y que además lo acompaña; se origina a partir de una respuesta cognitiva y afectiva adecuadas armonizadas por un sustrato neurohormonal. Se puede generar de manera espontánea o reactiva a incitaciones de orden sexual, esto, en el caso particular de la mujer, ocurre en el contexto de una relación prolongada, con buena calidad afectiva y con una percepción personal de salud y bienestar.

Las etapas de la respuesta sexual incluyen analogías fisiológicas entre ambos sexos, aquí nos enfocamos en las particularidades experimentadas por la mujer: fase de excitación, respuesta orgásmica y resolución, a continuación, una representación esquemática que sintetiza los fenómenos involucrados en cada fase y en donde se resaltan aquellos fenómenos protagonizados por el útero para ir estableciendo asociaciones con la histerectomía²⁴. Tabla. 1.

Tabla 1 Cambios genitales y extragenitales asociados a la respuesta sexual femenina.

<i>Excitación</i>	Lubricación vaginal Tumescencia del clítoris, bulbos, labios menores y uretra Alargamiento y dilatación del fondo vaginal (<i>tenting</i>) y elevación del útero Estrechamiento del tercio externo de la vagina (“plataforma orgásmica”) Elevación del cuerpo y el glande del clítoris (“retracción del clítoris”) Congestión intensa de los labios menores	Erección de los pezones Aumento progresivo de la frecuencia cardíaca y la presión arterial Aumento de la ventilación pulmonar “Rubor sexual”: eritema en la cara y las nalgas (inconstante) Ingurgitación de las aréolas mamarias Aumento de la tensión muscular
<i>Orgasmo</i>	Contracciones de la “plataforma orgásmica” vaginal (mm. pubococcígeo y bulboesponjoso) Contracciones del ano Emisión de secreciones uretrales y parauretrales (gl. de Skene) (inconstante) Contracciones uterinas (variable)	Espasmos musculares en el abdomen, el cuello y los miembros (variable) Pico de la frecuencia cardíaca y la presión arterial Jadeo, vocalizaciones (variable) Secreción de oxitocina Secreción de prolactina Alteración el estado de conciencia (distorsión de la percepción temporal, elevación del umbral de dolor, etc.)
<i>Resolución</i>	Disminución lenta de la congestión pélvica Posible retorno a la fase orgásmica o entrada en “período refractario”, con pérdida de la tumescencia vulvar y reducción de la lubricación vaginal	Descongestión rápida de las aréolas mamarias Descenso rápido de la frecuencia cardíaca y la presión arterial a valores basales Sudoración Secreción elevada de prolactina sostenida (20-60 min)

Los mecanismos de la respuesta sexual descritos en términos fisiológicos son analizados en distintos niveles, reflejos vegetativos y somáticos que se suceden de forma coordinada bajo la influencia de diversas hormonas. Haciendo una sinopsis de estos niveles, analicemos estos mecanismos.

Hagamos mención primeramente a los órganos implicados de forma protagónica en la respuesta sexual femenina, la vagina, analizada simultáneamente desde el punto de vista anatómico y sexual, es un órgano complejo, muscular y elástico, con un epitelio dinámico en constante recambio y con una evidente dependencia hormonal y rodeado, sobre todo a nivel de su tercio inferior, por el componente pubovaginal del elemento pubococcígeo del elevador del ano. De tal manera, la vagina está compuesta de un epitelio estratificado plano no queratinizado con un espesor de aproximadamente 10 a

20 células, la cavidad virtual de la vagina quiescente se ve constantemente humidificada por el trasudado plasmático proveniente de la gran vascularización de la lámina propia subepitelial y cuya composición final y volumen depende del epitelio en sí mismo, tal es así, que incluso sería el principal donante de hidrogeniones a este trasudado, incluso por encima del aporte de los bacilos anaerobios nativos, para el mantenimiento del PH vaginal ácido, responsable del ecosistema vaginal fisiológico. Existe además un escaso, pero no menos importante aporte, de las secreciones mucoides cervicales del epitelio columnar a este líquido de humidificación vaginal.

Añadimos a todo esto, la gran inervación que posee la vagina, particularmente de tipo vasomotor, a nivel de la lámina propia donde además abundan neurotransmisores como el péptido intestinal vasoactivo (VIP), el péptido histidina metionina (PHM), el neuropéptido Y (NPY), el óxido nítrico (NO), entre otros²⁴.

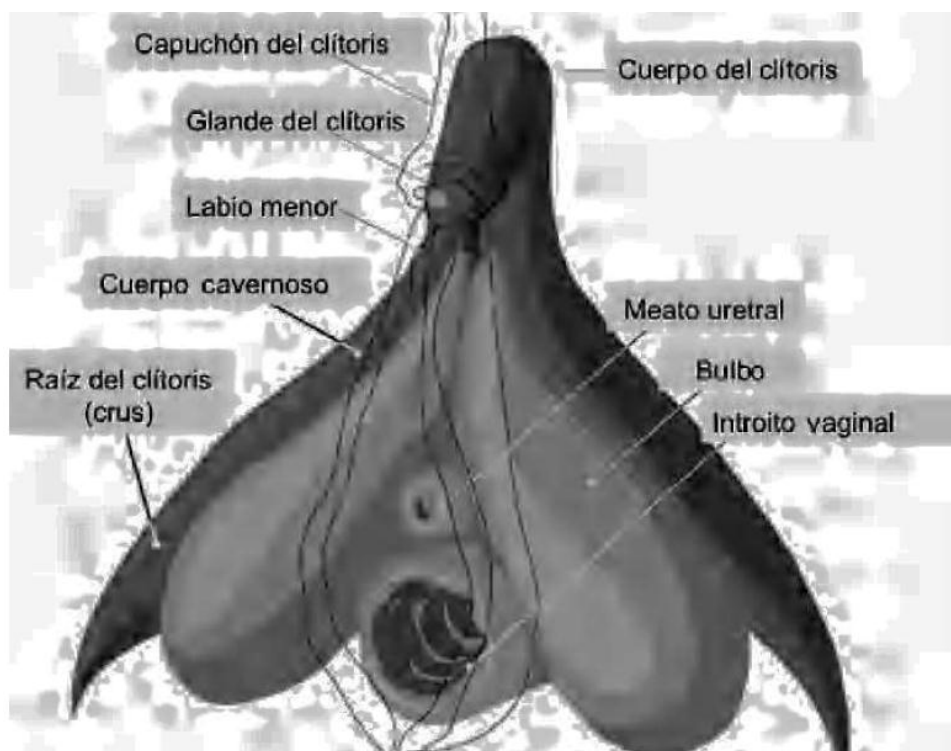
Este trasudado vaginal incrementa su volumen de forma importante, aunque variable, durante la respuesta sexual femenina, alterando su composición iónica y Ph, nuevamente, en dependencia directa del estado fisiológico epitelial - hormonal de la vagina.

Algunos autores han descrito además la llamada “pirámide erótica vulvar”, un conjunto anatómico de forma piramidal, en cuyo vértice, bajo la sínfisis pubiana, está el clítoris, y de forma descendente, los bulbos vestibulares (o bulbos del clítoris), los labios menores y las porciones distales de la vagina y la uretra²⁴⁻²⁹ (Fig.2.).

Estas estructuras tienen en común 2 importantes características: a) una rica vascularización, con densas redes capilares y, en algunos de ellos, espacios sinusoidales, que le permiten acomodar una importante cantidad de sangre, base de su

tumescencia durante la RS, y *b*) una importante inervación sensorial, con receptores al tacto y la vibración que les hace especialmente sensibles a la estimulación erótica. Sin embargo, hay diferencias entre cada uno de estos elementos sobre todo en lo referente a la estructura del referido tejido vascular y a la densidad de inervación sensorial, así, la gruesa capa dérmica del glande del clítoris está repleta de elementos neurales; de hecho, contiene la mayor densidad de receptores de presión, tacto y vibración (corpúsculos de Pacini, Meissner, Dogiel-Krause, terminaciones libres, etc.) de todo el tracto genital femenino, lo que explica su gran sensibilidad erótica, y en cuanto al aspecto vascular, los bulbos clitorianos (antes vestibulares) y los cuerpos cavernosos del clítoris son de tipo sinusoidal, trabecular, a diferencia del rico plexo vascular de los labios menores y porción más externa de vagina y uretra que sin formar verdaderos sinusoides, al igual que en los primeros, tienen gran capacidad de tumescencia durante la RSF.

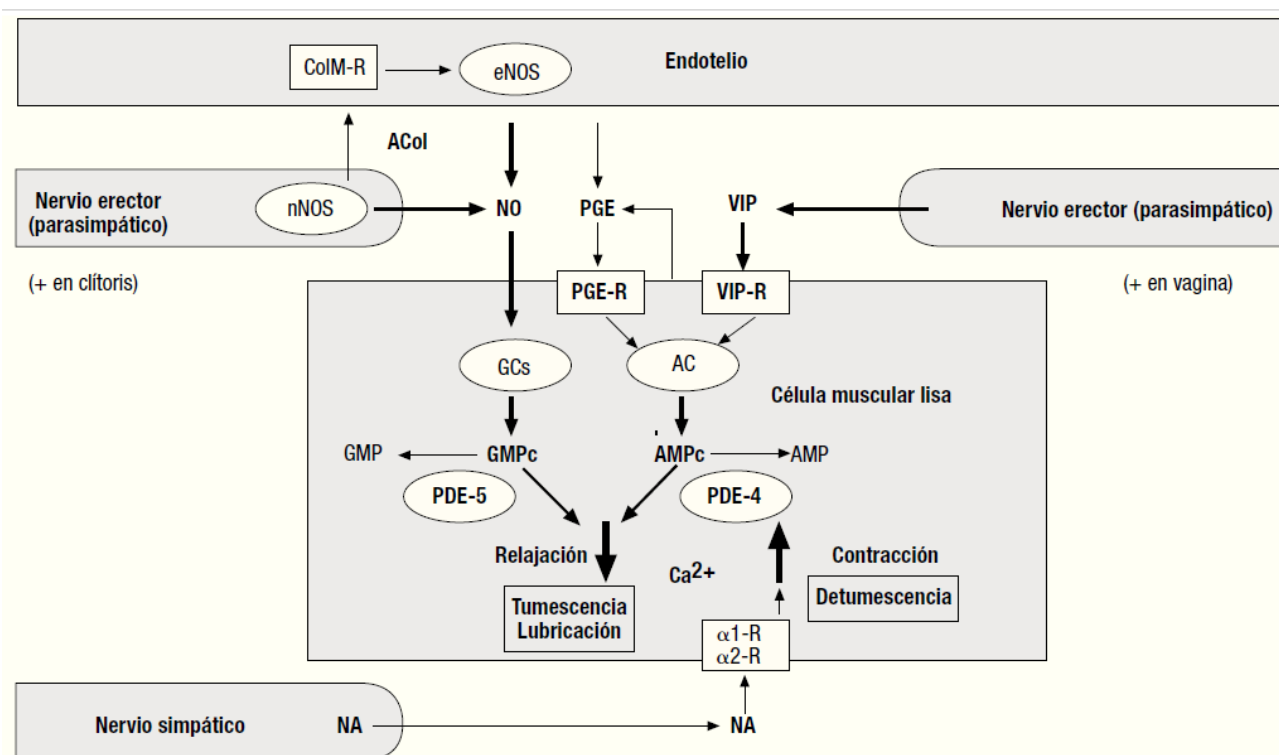
Figura 2. Elementos anatómicos de la pirámide erótica vulvar.



En lo referente a los mecanismos vasculares de respuesta sexual, el aumento de aporte sanguíneo a los sinusoides de los órganos eréctiles como el clítoris y los bulbos, y al plexo vascular de las paredes vaginal y uretral, como al interior de los labios menores, durante la fase de excitación, resulta de la relajación de las células musculares lisas de las trabéculas y de las arteriolas que los irrigan (tumescencia). Esta actividad contráctil (tumescencia - detumescencia) se modula gracias a la compleja interacción entre neurotransmisores liberados a partir de fibras nerviosas postganglionares parasimpáticas y simpáticas (noradrenalina, acetilcolina, péptido intestinal vasoactivo, NO), receptores celulares (α adrenérgicos tipos 1 y 2, receptor colinérgico muscarínico, receptor de prostaglandinas, receptor del VIP), niveles de calcio citosólico, mediadores intracelulares como los nucleótidos cíclicos intracelulares (GMPc, AMPc), enzimas como las fosfodiesterasas (PDE4 y 5) y la NO guanilato ciclasa y prostaglandinas, todo esto, involucra tanto a musculo liso como a las células endoteliales en donde estos numerosos mediadores químicos neurales, paracrinos y autócrinos (PGE) ejercen sus efectos a nivel vascular. Estos fenómenos los ilustramos y simplificamos en la figura 3²⁴.

El mecanismo neural de la RSF se ejerce a través de los dos elementos constituyentes del sistema nervioso autónomo. Las fibras simpáticas de efecto constrictor sobre la vasculatura de tejidos eréctiles, se originan del plexo hipogástrico emergiendo de la médula espinal toracolumbar (T11-L2). Las fibras parasimpáticas, procedentes de los niveles sacros S2-S4, forman los nervios pélvicos de acción vasodilatadora, eréctil y lubricadora.

Figura 3 Fenómenos inter e intracelulares que determinan la actividad contráctil del mecanismo vascular de la RSF.



El nervio pudendo (raíces S2-S4) de acción mixta, ejerce su actividad somatomotora, sobre la musculatura estriada de la respuesta sexual orgásmica (haces del musculo elevador del ano, pubovaginal, bulboesponjoso, isquiocavernoso, esfínter anal y otros.). Su ejercicio sensitivo lo ejerce principalmente en aquellas zonas con mayor densidad de fibras de este orden, principalmente en el glande del clítoris y tercio inferior de vagina (especialmente hacia la pared anterior, región periuretral y fascia de Halban) lo que se traduce en zonas de alto grado de sensibilidad vibro- táctil.

Está además, bien documentada, (estudios de neuroimagen en mujeres parapléjicas) la participación del nervio vago en la RSF, al transmitir sensaciones de tipo genital y hasta orgásmicas procedentes de la estimulación por presión del cuello uterino y región vagino-cervical. Esto último resulta relevante en el contexto de nuestro estudio además de que explicaría parte de la RSF en mujeres con lesiones medulares por encima del

nivel torácico²⁴. La participación del sistema nervioso central se fundamenta sobre los datos obtenidos a través de técnicas de neuroimagen funcional, especialmente tomografía de emisión de positrones (PET) y resonancia magnética funcional (RMf) que han evidenciado la activación de diferentes zonas cerebrales tanto durante la estimulación erótica como durante el orgasmo, aunque los datos respecto a esta última son menores. También se han establecido diferencias en el procesamiento cerebral de la estimulación erótica entre ambos sexos.

La función reguladora del sistema nervioso, que parte como ya lo hemos mencionado, de la inervación genital simpática y parasimpática (fig. 4 y 5.) depende a su vez de la acción moduladora que ejercen los valores sanguíneos de diversas hormonas.

Figura 4. Inervación genital simpática y parasimpática,

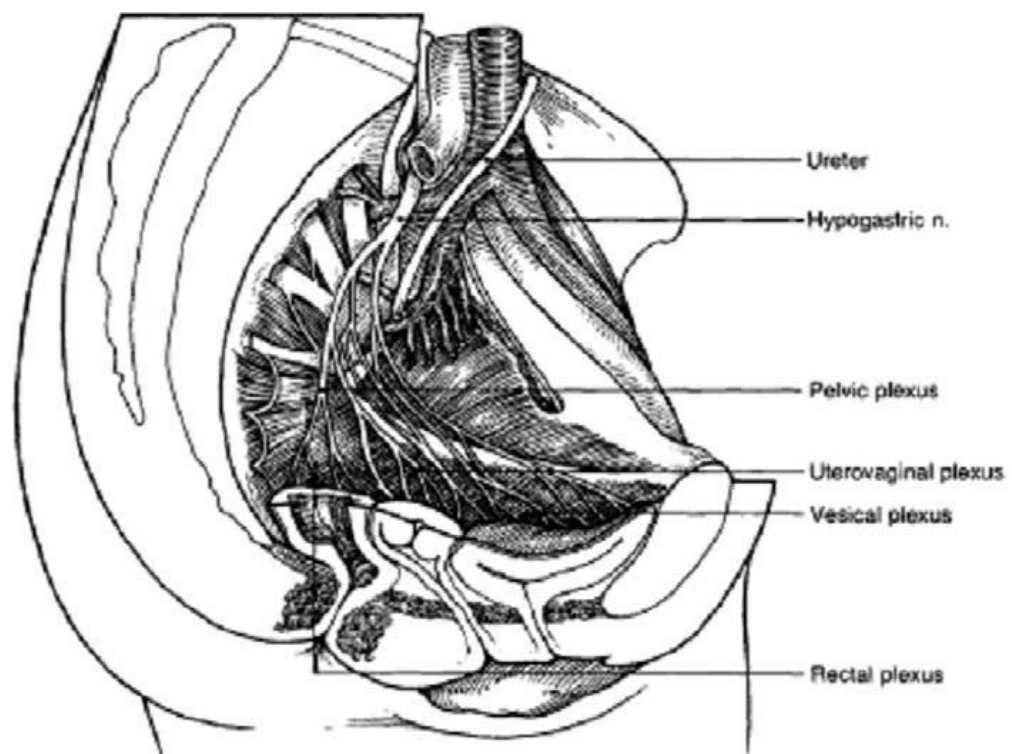
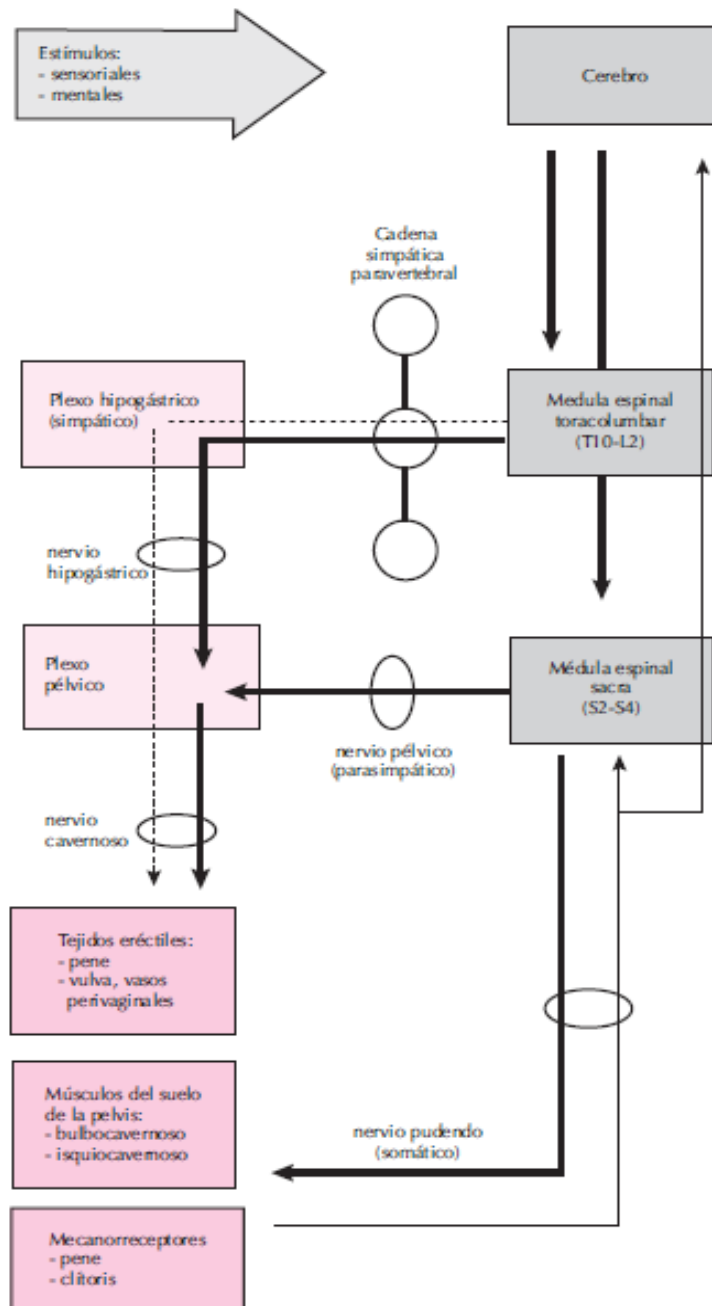


Figura 5 Esquema de la inervación genital Humana



El mecanismo endocrino de la RSF lo ejercen esencialmente los esteroides gonadales, estrógenos y gestágenos. Los efectos de estos sobre los distintos componentes de la respuesta sexual se ejercen sobre cada uno de los elementos o mecanismos que la componen y que ya fueron abordados. Los andrógenos, originados en ovario, corteza

suprarrenal y por conversión periférica, también ejercen su papel en la RSF, aunque de forma algo controversial e inconstante, se les atribuye una importante influencia sobre todo en el mantenimiento de la sexualidad, especialmente en sus aspectos motivacionales.

En mujeres normales, y a diferencia de lo indicado anteriormente para varones, se encuentran buenas correlaciones entre los niveles circulantes de testosterona y la motivación sexual. En pacientes sometidas a ovariectomía bilateral (deprivación de esteroides femeninos y además andrógenos) se produce con frecuencia disminución del interés sexual, esto también reflejado en el menor impacto observado en este aspecto durante la menopausia natural puesto que el ovario aún continúa por varios años produciendo niveles significativos de andrógenos. En mujeres adultas, los niveles plasmáticos de testosterona (que representan un 5-10% de los del varón, es decir de 10 a 20 veces menores) son los precisos y, a veces, inferiores a los requeridos para el mantenimiento de niveles óptimos de motivación sexual. De ahí que en ellas se observe una mejor respuesta al tratamiento con andrógenos ante una respuesta sexual hipoactiva dada su mayor sensibilidad al tratamiento con testosterona²⁹.

En cuanto a los estrógenos, la evidente desconexión del interés o receptividad sexual de la mujer en relación con su ciclo ovárico, demostraría su menor implicación en este aspecto por lo que su principal función la ejercen manteniendo el buen estado trófico de los órganos implicados en la RSF, especialmente la vagina.

Su déficit ya sea tras una castración quirúrgica o naturalmente por la menopausia genera atrofia y adelgazamiento del grosor del epitelio vaginal además de afectar su respuesta de lubricación.

El efecto de la prolactina sobre la RSF, estaría relacionado a los reflejados durante estados de hiperprolactinemia patológica (adenomas) o fisiológica (lactación) sobre la sexualidad, evidenciados como resequedad vaginal y dispareunia como ocurre en ocasiones por una lactación muy prolongada, producto de la privación de estrógenos durante la amenorrea producida por la prolactina, aunque, en el caso de la hiperprolactinemia patológica, estos efectos podrían ser atribuidos al estado de hipogonadismo secundario que acompaña a esta enfermedad, destaquemos además su elevación postorgásmica, y su atribución en el “período refractario” durante la fase de resolución²⁴.

La oxitocina neurohipofisaria tiene efectos bien conocidos sobre la contractibilidad uterina y la eyección de leche en la lactación. Se han descrito además niveles plasmáticos máximos durante la actividad sexual, lo que plantearía su hipotética participación sobre los fenómenos característicos de la fase orgásmica de la RSF³⁰.

2.7. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.

Durante la década de 1950 Kinsey y colaboradores, inician un estudio sobre las prácticas sexuales entre los estadounidenses, enfocándose principalmente en la vida sexual de las mujeres. Estos estudios, dieron pie a las investigaciones de Master y Johnson respecto al conocimiento científico de la respuesta sexual.

Partiendo de estos estudios, se plantearon los cuatro estados fisiológicos clásicos de la respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estos estados se originan

como respuesta biológica básica, influenciada por factores psicológicos, ambientales y fisiológicos. A partir de entonces surgen diversas corrientes científicas que tratan de establecer un modelo no lineal que explique de mejor manera la respuesta sexual femenina integrando aspectos emocionales e interpersonales.

Establecidos estos fundamentos fisiológicos, la disfunción sexual femenina engloba a un grupo de condiciones que son, según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV), clasificadas como: trastorno del deseo (deseo sexual inhibido o hipoactivo), trastorno de la fase de excitación (déficit de lubricación), de la fase orgásmica (anorgasmia) y otros que incluirían a trastornos como el vaginismo (contracción espástica de la musculatura perineal y perivaginal que impide la penetración) y la dispareunia (dolor vaginal a la penetración). Cada uno de estos desequilibrios, ejercen un impacto mayor o menor en la calidad de vida de la mujer, su influencia es tal que ambos aspectos se interrelacionan de forma muy estrecha³¹.

Estas alteraciones como vemos, surgen de la alteración funcional de cualquiera de los componentes o mecanismos de RSF descritos anteriormente o sus interconexiones.

El trastorno de deseo sexual hipoactivo constituye la disfunción sexual más frecuente entre mujeres en edad reproductiva, su prevalencia se ubica entre un 5 y un 13 % entre mujeres de 30 y 70 años. Un reporte del Colegio Americano de Ginecología estimó una prevalencia del 8.3% de trastorno del deseo sexual hipoactivo entre una muestra representativa de más de 2000 mujeres de entre 30 y 70 años, con un pico entre los 40 y 60 años. Teniendo en cuenta este último factor, podemos asumir que muchos de estos trastornos tienen un origen psíquico, esto es especialmente evidente entre las mujeres más jóvenes y se tratan, previo a una evaluación orgánica especializada por parte del

ginecólogo, mediante técnicas de terapia conductual, que hacen un amplio uso del conocimiento existente de los mecanismos fisiológicos de la RSF³¹.

A pesar de ello, una importante proporción de estas disfunciones tiene, una o varias causas orgánicas (trastornos hormonales, vasculares o neurológicos, procesos inflamatorios en los genitales, etc.) que hay que diagnosticar y corregir.

Identificar la posible contribución relativa de los diversos procesos, para corregirlos mediante medidas terapéuticas puede mejorar considerablemente la calidad de vida de estas pacientes. Todo ello requiere un buen conocimiento de los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual razón por lo que los hemos abordado.

En el presente trabajo, nos hemos enfocado únicamente en la relación que aparentemente existiría entre la histerectomía, sea por la vía que fuese, y sus efectos potenciales en la calidad de vida de las pacientes y su respuesta sexual.

Dicho esto, a pesar de la subjetividad de la percepción de satisfacción sexual, ésta siempre depende de las armoniosas interacciones entre bienestar emocional, la intimidad con el compañero, calidad de vida y salud física. Otras escuelas, basadas más bien en modelos lineales de RSF, como la Federación Americana de Enfermedades Urológicas (FSD- 2000) incluyen concretamente en la disfunción sexual femenina, al trastorno del deseo sexual hipoactivo, trastorno de excitación, trastorno orgásmico y trastorno sexual por dolor ya mencionado³².

Los modelos no lineales, más completos (Basson) explicarían, siempre bajo la obvia subjetividad de la respuesta sexual, la pobre e imprecisa correlación existente entre las distintas fases explicadas por los modelos lineales. La definición de disfunción sexual

femenina empleada en este trabajo trata de estar en consonancia con todos estos conceptos.

Las complejas relaciones anatómicas a nivel pélvico y sus modificaciones quirúrgicas son los aspectos analizados a continuación para tratar de dar una explicación objetiva a la relación existente entre las principales variables a analizar. Por ejemplo, la estrecha proximidad anatómica de la vejiga y uretra al canal vaginal explicarían la asociación entre las disfunciones del tracto urinario inferior y disfunción sexual. Causa y efecto pueden ser bidireccionales, ya que la actividad sexual podría causar o agravar problemas urinarios y a su vez, los urinarios podrían resultar en disfunción sexual³².

2.8. EL UTERO COMO ORGANO SEXUAL.

Los estudios referidos ya, de Master y Johnson en 1966 sugerían la participación del útero en el orgasmo. Posteriormente, hacia 1972 se planteó la existencia de tres tipos diferentes de orgasmos (Singer): el orgasmo vaginal, el orgasmo uterino y un tercero, combinación de los dos anteriores³¹.

Posteriormente, se plantearon, sobre la base de principios más holísticos, los modelos no lineales de la RSF.

Al realizar una histerectomía, se generan una serie de interrupciones a los suministros nerviosos y vasculares además de que se alteran las relaciones anatómicas entre los distintos órganos pélvicos. La disrupción nerviosa se genera tanto en la sección y ligadura de los ligamentos cardinales como en la disección extensa del tejido

paravaginal. En el primer caso las principales ramas del plexo nervioso intrapélvico pasan justo por debajo de los vasos uterinos y en el segundo caso, la lesión nerviosa involucra las fibras que discurren en sentido lateral las paredes vaginales. Por otra parte, la sección del cérvix también supone la eliminación de un importante soporte anatómico y además, la sección de fibras nerviosas íntimamente relacionadas con los plexos pélvicos. Se asume además un relativo acortamiento de la vagina que podría generar dispareunia.

Por todo lo mencionado, resultaría bastante lógica la hipótesis de que la histerectomía podría conducir a disfunción.

Otros aspectos que resultan vitales en este análisis, es el hecho de que la disfunción generada se ve afectada en mayor o menor medida por el tipo de técnica empleada, pues generarían denervaciones, interrupciones vasculares y alteraciones en las estructuras de apoyo del piso pélvico en grados variables dependiendo del abordaje empleado.

En el presente proyecto somos enfáticos en establecer diferencias entre las técnicas de histerectomía debidas a indicaciones de benignidad frente a las debidas a cáncer pues, las técnicas involucran grados variables de denervación y compromiso vascular y anatómico, además de que en ambos casos también existe un condicionante psicológico que también no se debe desmerecer.

Aún hoy, es difícil definir un patrón consistente entre los distintos estudios sobre los efectos de la histerectomía sobre la función sexual. Más allá de la gran heterogeneidad metodológica de los estudios, la mayoría de estos han demostrado que esta

intervención en la mayoría de las mujeres no genera cambios en su respuesta sexual o incluso la mejora.

Basándonos en estos estudios, que referiremos más adelante, hasta la fecha, resulta improbable que el útero sea un órgano sexual³³.

Los principales factores que apoyan esta conclusión son aquellos que podrían predecir el resultado post quirúrgico de la histerectomía sobre la respuesta sexual. El estatus sexual preoperatorio, la buena relación de pareja, la autopercepción de bienestar físico, la terapia con estrógenos y la depresión prequirúrgica son factores totalmente independientes del útero⁴¹.

Por otra parte, la mejoría experimentada por muchas mujeres tras la histerectomía, sería atribuible al alivio de los síntomas derivados del proceso de enfermedad subyacente, indicación de la intervención. Sin embargo también se informa, aunque de forma muy minoritaria, un deterioro en la función sexual tras la intervención, esto ocurre de forma más consistente a largo plazo, lo que probablemente constituya un efecto del envejecimiento por lo que se requieren de mayores estudios al respecto³³.

Respecto a esta minoría de pacientes, es decir, quienes denuncian disfunción sexual tras la histerectomía, sería importante establecer el impacto real de estos síntomas. Las futuras investigaciones deben centrarse en este aspecto, algunos estudios apuntan, entre otras alternativas, a la consejería psicosexual como una opción en pacientes con patología benigna a fin de intentar predecir el futuro impacto sexual previo a la intervención.

Es clave la educación de los profesionales de la salud involucrados a fin de asegurar el adecuado asesoramiento prequirúrgico de la paciente y su pareja pues los estudios revelan consistentemente que esta intervención podría ayudar a mejorar la satisfacción sexual de las mujeres, pues basados en la evidencia disponible sabemos que esta cirugía no afectara negativamente su sexualidad, independientemente de la ruta empleada³³.

Es más, varios estudios demostraron que una adecuada consejería sexual preoperatoria afecta positivamente la satisfacción de la paciente con su cirugía, independientemente de los resultados positivos o negativos que la histerectomía podría tener sobre la respuesta sexual³⁵.

2.9. HISTERECTOMÍA VAGINAL Y DISFUSION SEXUAL FEMENINA.

Los mecanismos por los cuales la histerectomía afecta la función sexual femenina deben, a nuestro parecer y amparados en la literatura de apoyo, ser necesariamente discutidos en conjunto con la fisiopatología relacionada con las posibles causas de la DSF (disfunción sexual femenina). Las alteraciones anatómicas en niveles como el suministro neurovascular del clítoris y el introito vaginal, y los territorios de inervación intrapélvico están invariablemente involucrados en la cirugía, pero particularmente en la ruta vaginal puesto que de alguna forma se manipulan a los componentes de la pirámide erótica vulvar en conjunto con el soporte muscular de la pelvis. El conocimiento de estas complejas relaciones ha derivado en diferentes técnicas a fin de

evitar o minimizar los potenciales daños neurovasculares durante la cirugía de piso pélvico.

Analicemos entonces las implicaciones anatómicas de la cirugía vaginal, una vez hecha la revisión de las dos técnicas, pues como veremos, es la más sospechosa, como causante de disfunción sexual.

Como ya lo referimos, la pirámide erótica vulvar está conformada por una serie de estructuras anatómicas de naturaleza eréctil que ejercen su función en la RSF principalmente durante la fase de excitación. Los cambios vasculares que ocurren en estos órganos durante la fase de excitación son mediados neuralmente por fenómenos homólogos a la erección del pene en el varón, esta manifestación genital de la fase de excitación sexual femenina esta mediada por fibras nerviosas autónomas.

Una presunta etiología a los trastornos de la fase de excitación genital es justamente la denervación autonómica a nivel del tejido eréctil femenino. Tal denervación podría ocurrir durante la cirugía.

La inervación autonómica de la vagina se origina en los plexos hipogástrico y sacro, esta inervación uterovaginal contiene fibras simpáticas y parasimpáticas, mientras que la inervación sensorial somática está a cargo del nervio pudendo (figura 1). La inervación del clítoris involucra fibras del simpático (T1 a L3) y parasimpático (S2 a S4).

La inervación sensorial somática de la piel del clítoris viaja a través del nervio dorsal del mismo y continúa en el nervio pudendo.

nervio pudiendo que atraviesan el borde lateral de la uretra media para incursionar en la fascia endopélvica³⁴.

El plexo nervioso autónomo está localizado anterolateralmente en relación al recto, en las posiciones horarias 2 y 10, desde donde se desprenden ramas a las paredes vaginales anterolaterales para formar el plexo nervioso vaginal a las posiciones horarias 2 y 10.

Estas raíces autónomas son inmunorreactivas al óxido nítrico sintetasa neural y al transportador de acetilcolina, que es específico de las raíces colinérgicas mientras que el nervio pudendo, un nervio somatosensorial mixto, motor y sensitivo, está desprovisto de inmunoreactividad a la óxido nítrico sintetasa.

Las paredes vaginales anterior y lateral son las más densamente inervadas por estas fibras inmunorreactivas al óxido nítrico sintetasa. Los nervios autónomos pélvicos de la vagina, uretra y vejiga son esenciales para preservar la función sexual y la continencia en la mujer.

Debe además tenerse especial cuidado durante la disección posterior de la uretra proximal y media durante la cirugía vaginal, a fin de preservar los nervios cavernosos y no debilitar la continencia urinaria³⁴.

Ciertos estudios de laboratorio han demostrado que la lesión a nivel de la inervación pélvica podría conducir a una elevación del tono adrenérgico local, lo que a su vez ocasionaría alteraciones en la capacidad de relajación además de cambios estructurales en la vagina que podrían llevar a la fibrosis de su tercio distal. Estos hallazgos resultarían análogos a los fenómenos paralelos hallados tras la lesión del nervio

cavernoso masculino, por lo tanto se necesitan estudios que profundicen en el estudio de este hipotético modelo de lesión para entender los mecanismos de disfunción sexual femenina inducida por neuropraxia⁴⁰.

La excitación sexual cuyo principal fenómeno fisiológico resultante es la lubricación vaginal, se acompaña de otros fenómenos precedentes como la congestión vascular de las paredes vaginales, incremento del diámetro luminal vaginal, así como el aumento de longitud y diámetro del clítoris. Los neurotransmisores considerados cruciales en la RSF a este nivel son el óxido nítrico, la fosfodiesterasa-V y el péptido intestinal vasoactivo³⁴.

Sin embargo, existen estudios que no han encontrado una clara correlación entre alteraciones anatómicas de la vagina y la disfunción sexual, especialmente ante síntomas como la dispareunia y la resequedad vaginal. El estado menopáusico, el uso de estrógenos, el calibre introital y la longitud vaginal no fueron diferentes en mujeres con dispareunia y / o resequedad vaginal en comparación con mujeres premenopáusicas sin síntomas. En algunos de estos estudios las mujeres premenopáusicas con dispareunia y / o resequedad vaginal tuvieron puntuaciones de su función sexual global, que reflejó disfunción sexual, en comparación con los de mujeres premenopáusicas sin estos síntomas. Sin embargo, no había diferencias significativas en comparación con mujeres postmenopáusicas. Además, la mayor parte de mujeres que aquejaban dolor y resequedad vaginal tuvieron un diámetro introital normal y además, no se encontró relación entre la disminución de estrógeno postmenopáusico y dispareunia³⁴.

Entre los tantos factores mencionados, resulta crucial para un adecuado mantenimiento de la función sexual la preservación de la longitud y calibre vaginal. El procedimiento quirúrgico y ciertas cuestiones no menos importantes como la educación y aspectos psicosociales, pueden afectar la función sexual antes y después de la cirugía vaginal³⁶.

Como hemos mencionado, globalmente, se evidencia una clara mejora en el desempeño sexual de la mayoría de mujeres operadas y, en el caso de la histerectomía vaginal, esta mejoría se le atribuye con frecuencia a la mejoría de la incontinencia urinaria coital en quienes la padecieron de forma preoperatoria. En el caso de mujeres cuyo desempeño sexual se ha visto afectado tras la intervención, ha quedado en evidencia que estos casos corresponderían principalmente a la realización de una colpoperineorrafia, pues genera de hecho, algún grado de estenosis en el canal vaginal con la consecuente dispareunia, sin embargo los diferentes estudios al respecto demuestran que las mujeres sexualmente activas, no parecen verse afectadas en su desempeño sexual tras la cirugía vaginal, lo que de alguna forma demostraría que incluso en estos casos de colporrafia posterior, la estenosis vaginal sintomática, es un evento raro, pues ante un estrechamiento vaginal, ha quedado en evidencia que la disfunción sexual podría no generarse a consecuencia esta³⁷.

A pesar de ello, parecería razonable que en los casos de reparación posterior, y ante la ausencia de datos específicos que demuestren lo contrario, restaurar o mantener una longitud vaginal promedio de 8 a 11 cm y, en cuanto a la amplitud, dos o tres dedos para mantener un calibre lo más adecuado posible³⁷.

Diversos estudios tratan de establecer la incidencia y prevalencia de alteraciones en la RSF tras la cirugía vaginal y sus resultados son heterogéneos principalmente por

cuestiones de representatividad muestral. Unos hablan de un 91% de mejoría o no afectación, otros de un 78%, y otros evidencian que la mayor parte de pacientes intervenidas por esta vía, sean pre o postmenopáusicas, permanecen activas sexualmente tras la intervención, casi todas con apoyo de terapia estrogénica sustitutiva³⁴.

Analizando ya, el papel que dentro de la etiología de la disfunción sexual juega la histerectomía vaginal, recalquemos primero que la función sexual puede verse afectada positivamente o negativamente por el tratamiento quirúrgico.

Las causas de la disfunción sexual posterior a la intervención pueden ser clasificadas como orgánicas, emocionales y psicológicas. Las causas orgánicas son anatómicas, fisiológicas, vasculares, neurales y hormonales. El síndrome de insuficiencia vascular vaginal y clitorídea resulta de la disminución del flujo sanguíneo genital y pélvico, y que podría resultar en fibrosis del músculo liso vaginal, resequedad y dispareunia. Este flujo sanguíneo comprometido resulta de la interrupción quirúrgica de alguna zona del territorio arterial iliohipogástrico y / o de la arteria pudenda³⁴.

En el caso del componente emocional las causas de disfunción sexual incluyen una gama de factores como el estrés cotidiano, trastornos sexuales preexistentes, problemas de salud mental (ansiedad, depresión y otras psicopatologías), factores interpersonales, entre otros.

Existen enunciados que asociarían las alteraciones orgásmicas (anorgasmia) de las pacientes con este antecedente. Como lo analizamos previamente, existe una gran concentración de terminaciones nerviosas en la fascia vaginal anterior y posterior de la pared vaginal que pueden verse afectadas por intervenciones orientadas a corregir

incontinencia urinaria y para reparación de prolapso de compartimento anterior. Otros planteamientos creen que esta disfunción podría ser atribuible a otras causas, como en el caso de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, quienes ponen sus expectativas en la reparación quirúrgica, sin embargo muchas de ellas presentaban disfunciones sexuales preexistentes.

La reparación de alteraciones en el compartimento posterior podría generar el estrechamiento y acortamiento de la vagina. Se ha informado un 17% de alteraciones en la respuesta sexual en estos casos³⁴.

A todo esto se añade un dato no menos importante, las mujeres con terapia de sustitución hormonal tras la cirugía, son dos veces más propensas a ser sexualmente activas que las que no la reciben. Si esta medida terapéutica no está contraindicada, parece razonable recomendarla de forma sistemática a fin de promover la reanudación de la actividad sexual tras la cirugía vaginal. Otros estudios reportaron que la disfunción sexual tras histerectomía vaginal se relacionaría más probablemente con rasgos psicológicos preoperatorios de la paciente que con la intervención en sí misma.

Respecto a los métodos actuales de evaluación de la función sexual, su principal limitación es su naturaleza retrospectiva, además de que en su mayoría, no han sido adecuadamente validados; muchos de estos métodos consisten en cuestionarios y encuestas telefónicas donde generalmente el seguimiento es inadecuado (máximo hasta 6 meses). Son pocos los métodos de naturaleza prospectiva y adecuadamente validados, ejemplos son el PISQ y el IIQ-7, métodos bastante efectivos y reproducibles a la hora de evaluar la función sexual en pacientes con prolapso genital e incontinencia urinaria respectivamente. En el proyecto actual nos enfocamos en la evaluación de la

respuesta sexual y calidad de vida sin puntualizar en una patología específica como indicación quirúrgica, pero si limitándonos a la benignidad del proceso. Para ello hemos optado por el método ya aplicado y validado en estudios previos como el de Yeni³² y colaboradores, el Índice de Función Sexual Femenina que tiene la particularidad de enfocarse en los principales ejes de la RSF: deseo, excitación, orgasmo, dolor y satisfacción; en el caso citado, como en el presente trabajo, utilizaron el contacto telefónico o correo electrónico como método de recolección de la información. Esta última alternativa referida, ha sido empleada por distintos estudios, que han evaluado variables similares; la aplicación de cuestionarios o encuestas por vía telefónica representa una alternativa válida, pues agiliza en la mayoría de casos, la obtención de los datos, reduce costos operativos, es una gran opción en casos de población de difícil acceso con un elevado índice de respuesta, aunque obviamente menor que en el caso de la aplicación persona a persona.

En un estudio multicéntrico, prospectivo de la función sexual posterior a cirugía por incontinencia y prolapso, Rogers y colaboradores hallaron resultados mixtos, con mejoría de la respuesta sexual en un 21% de las mujeres y empeoramiento en el 22%, utilizando los métodos ya referidos (PISQ y IIQ-7). Los cambios positivos se debieron principalmente a la mejoría en la continencia coital.

Cuando los estudios han evidenciado disminuciones significativas en las puntuaciones de función sexual postoperatoria, esta se relaciona de forma muy estrecha con la edad más temprana de la población estudiada junto a la autopercepción de la salud genital tras la cirugía y el temor a lesionar el área quirúrgica al participar en el acto sexual,

además se suma el hecho de que los compañeros sexuales también experimentan cierto temor a lesionar a sus parejas operadas vaginalmente.

Refiriéndonos específicamente al caso de pacientes sometidas a histerectomía vaginal, es un hecho demostrado que el bienestar sexual postoperatorio es una preocupación real y la histerectomía ejerce efectos tanto beneficiosos como perjudiciales.

Ya hemos analizado como la histerectomía altera la oferta nerviosa pélvica local y las relaciones anatómicas de los órganos pélvicos.

La idea de que los resultados en términos de bienestar sexual pueden diferir según el tipo de histerectomía se basa en la hipótesis de que las distintas técnicas alteran la innervación y las estructuras de apoyo del piso pélvico de manera diferente.

Durante la histerectomía, el plexo nervioso pélvico puede ser lesionado de 4 maneras³⁴:

- 1) Las ramas principales del plexo, que pasan por debajo de las arterias uterinas, pueden dañarse durante la toma de los ligamentos cardinales.
- 2) La mayor parte de la innervación vesical, accede por la base de la vejiga antes de extenderse a través de todo el músculo detrusor, por lo que estas fibras y terminaciones nerviosas podrían ser lesionadas por la disección roma de la vejiga desde el cuello y útero.
- 3) La disección extensa del tejido paravaginal puede lesionar los nervios pélvicos que pasan por las caras laterales de la vagina.
- 4) La extracción del cérvix puede acarrear la pérdida de un gran segmento del plexo nervioso íntimamente relacionado.

La sección de fibras autónomas y somáticas a nivel del tercio superior de la vagina podría generar alteraciones en la lubricación y el orgasmo.

Los distintos estudios que evalúan los resultados a corto y largo plazo de la histerectomía, sobre la función sexual son de gran variabilidad e inconsistencia. Unos reportan un aumento en el deseo y la actividad sexual de forma paulatina y en un periodo de observación de 2 años, a medida que disminuyen la dispareunia, el vaginismo y la anorgasmia observados tras el procedimiento. Otros estudios encontraron un aumento en la actividad sexual y orgasmo tras la cirugía. También existen estudios que tratan de revelar algún beneficio sobre la respuesta sexual al conservar el cérvix, pero los resultados no son significativos ni concluyentes. Lo que si se ha podido observar de manera más o menos consistente en los diferentes estudios es que a mayor preservación de la anatomía nerviosa, se previno mejor la función sexual y vesical a largo plazo. Por otro lado, existen estudios que no han encontrado ninguna diferencia en relación al deseo sexual y frecuencia e intensidad del orgasmo en pacientes histerectomizadas.

Por ultimo varias investigaciones han señalado que muchas de las complicaciones observadas a largo plazo, ordinariamente atribuidas a la histerectomía, como el empeoramiento de la función urinaria, digestiva y sexual, no podrían atribuirse de forma definitiva a esta intervención. Se ha concluido en algunos de estos estudios que, sobre todo en el caso de la histerectomía vaginal, no debería considerársela como responsable de las principales complicaciones, más allá de los primeros 4 años de seguimiento. Además, y como ya lo mencionamos, muchas de las consecuencias

sexuales de la histerectomía son más resultado de los rasgos psicológicos preexistentes de la paciente.

Como vemos, la literatura actual no establece de forma definitiva una asociación entre el abordaje vaginal de histerectomía y la aparición de trastornos en la respuesta sexual femenina, ni siquiera apoya una asociación entre la longitud vaginal postquirúrgica y la función sexual. La proporción de mujeres, pre y post menopaúsicas, sexualmente activas, no parece afectarse por la cirugía vaginal. Como hemos visto, el nivel de satisfacción sexual parece ser independiente de la terapia quirúrgica para incontinencia o prolapso, aunque parecería superior en pacientes del primer grupo al mejorar la incontinencia coital.

Hemos tratado de dilucidar las complejas asociaciones entre los diversos tipos de cirugía vaginal y las potenciales disfunciones sexuales, partiendo de estos enunciados, intentamos hacer una pequeña síntesis. En el caso de la colporrafia posterior y perineorrafia (colporineorrafia), se ha observado que podrían generar dispareunia debido a la estenosis vaginal que producen. Partiendo de estos hallazgos, muchos autores argumentan que la colpoperineorrafia podría ser innecesaria para los casos de prolapso de compartimento posterior leve o de bajo grado. Sin embargo algunos datos indican que la colporrafia posterior reparando un defecto específico evitando la plicatura del elevador de ano, podría mejorar la función sexual.

Las mujeres con prolapso genital definitivamente presentan disfunciones sexuales muchas de ellas son inactivas sexualmente a causa del prolapso; en el estudio de Constantini y colaboradores realizado por la sociedad de uroginecología italiana,

publicado en el 2013, se expone un criterio interesante al considerar el deseo de preservación del útero en este grupo de pacientes³⁸.

El útero, en este contexto, tendría un papel protagónico en la RSF, el impacto sobre la función sexual se generaría a través de la falta de las contracciones uterinas y alteración de la percepción del orgasmo, además del acortamiento vaginal y el daño a las terminaciones nerviosas ya referido. Pero aún más interesante, este estudio, como pocos, considera el aspecto de la psicología femenina pues se evidenció afectación del autoestima y feminidad en un grupo muy particular de pacientes para quienes el útero juega un papel en su autopercepción y función sexual, en estas pacientes, la histerectomía sería asumida como una amputación o pérdida, por lo que en este grupo muy específico de pacientes, la colposacropexia o histerocolposacropexia, es decir técnicas conservadoras de reparación de prolapso genital, tienen claras ventajas sobre la histerectomía en términos de afectación de la función sexual y calidad de vida³⁸.

Un dato no menos importante es el referido respecto al temor por parte de la paciente y su compañero sexual de lesionar el sitio quirúrgico por la percepción de un cambio en la conformación genital tras la cirugía, factor que podría ser mejorado o minimizado con la adecuada asesoría por parte del cirujano, tanto pre como postoperatoriamente.

Finalmente respecto al abordaje abdominal, diremos que tanto evaluaciones prospectivas como revisiones sistemáticas muestran resultados consistentes respecto al impacto de esta sobre la función miccional y la respuesta sexual no observándose en ningún caso un detrimento de estos dos aspectos funcionales y más bien siendo en la mayoría de estudios beneficiosa²⁻³⁹.

2.10. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.

Desarrollada de forma técnica por un especialista competente, la histerectomía, por patología benigna e independientemente de la ruta de abordaje, contribuye sustancialmente a mejorar la calidad de vida.

En la literatura disponible, existen una gran cantidad de estudios que abarcan desde hace tiempo, este gran aspecto. La mayoría de ellos analizan los resultados en cuanto a calidad de vida y función sexual especialmente en lo referente a cirugía por prolapso uterovaginal e incontinencia urinaria en donde la eliminación o la mejoría del trastorno subyacente, contribuyen a mejorar en gran medida la calidad de vida. En algunos de estos estudios, se han identificado predictores de cambios en la función sexual y calidad de vida posteriores a la cirugía por prolapso genital o incontinencia urinaria⁴¹.

Otros estudios, han considerado pertinente la evaluación de la calidad de vida de la mujer peri menopáusica tomando como eje central del análisis, este periodo de la vida de la mujer que constituye en sí mismo, un periodo de transiciones biológicas y psicosociales cruciales y que parten de una base fisiológica. Muy buena parte de las pacientes sometidas a histerectomía se hallan precisamente en este periodo de la vida, por lo que nos parece pertinente simplemente enunciar este muy interesante estudio, donde se establecieron predictores de la calidad de vida y factores que la condicionan, entre estos últimos: estatus depresivo existente, autopercepción del estado de salud e imagen personal, presencia e intensidad de sintomatología menopáusica, nivel educacional y estatus marital, el conocimiento de todos estos elementos resulta vital

en este periodo tan especial de la vida de la mujer a fin de establecer medidas de psicoprofilaxis enfocadas a mejorar precisamente su calidad de vida⁴².

La calidad de vida es un concepto multidimensional, diversamente comprendido con múltiples interpretaciones que traen como consecuencia la falta de consenso sobre su definición. Según la OMS, este concepto tan amplio se ve "afectado de una manera compleja por la salud física de la persona, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación con las características sobresalientes de su entorno"⁴³.

Sin embargo, e incluso sin consenso sobre su definición, el estudio y análisis de esta variable puede aportar ganancias sustanciales al manejo quirúrgico de nuestras pacientes.

Desde su introducción en la literatura médica en la década de los sesenta, el término "calidad de vida" se ha vuelto cada vez más popular. Esta ha sido introducida como variable clave en las bases de datos de las investigaciones médicas.

Una búsqueda en PubMed de estudios sobre calidad de vida (*quality of life* en el título) arrojaba uno o dos resultados hace aproximadamente 40 años, hoy en día, una búsqueda con este acápito arrojará más de 5000 referencias.

Una de las primeras publicaciones sobre la Calidad de vida es la publicada por Elkington, por la casa editorial Anales de Medicina Interna en 1966. En este editorial, Elkington se refirió a cuestiones éticas, sobre los efectos adversos relacionados con el éxito de un nuevo tratamiento.

Calidad de vida y función sexual resultan difícilmente desvinculantes. Un estudio de cohorte prospectivo, analizó estas dos variables en más de 200 pacientes premenopáusicas histerectomizadas por patología benigna, aplicando las mismas herramientas que el presente proyecto (FSFI y el EQ-5D), los scores para ambas encuestas fueron significativamente más altos postoperatoriamente que los encontrados preoperatoriamente, por lo que quedó en evidencia que la histerectomía, independientemente de la vía de abordaje empleada, impactó positivamente la calidad de vida y la función sexual de las pacientes estudiadas, considerando de forma especial, la no salpingectomía de estas pacientes, tal como también lo hemos hecho en este estudio⁵.

El EQ-5D es un instrumento estandarizado y validado, utilizado para medir el estado de salud de un individuo. El cuestionario consta de dos partes, una primera parte descriptiva que evalúa cinco dimensiones de calidad de la salud (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor / malestar y ansiedad / depresión) usando tres niveles (no hay problema, algunos / problemas moderados, y problemas extremos).

La segunda parte del cuestionario comprende una escala visual análoga vertical (VAS) que va desde "el mejor estado de salud" (100 puntos) al "peor estado de salud" (0 puntos).

FSFI, EQ-5D, y las puntuaciones de VAS fueron calculadas en el periodo postoperatorio (36 a 6 meses después de la operación) y las diferencias entre los distintos periodos del postoperatorio y las técnicas empleadas fueron determinadas.

Un dato no menos importante, resultante de la extensa revisión de la literatura es que la patología benigna que se relaciona con peores resultados en la satisfacción

postoperatoria de la respuesta sexual es la endometriosis, sin embargo los cuestionarios de calidad de vida en pacientes con histerectomía por miomatosis uterina tienen una puntuación peor que pacientes con hipertensión, artritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica ó enfermedad cardíaca según ciertos estudios⁴⁴.

Para intentar comprender la calidad de vida en un contexto más amplio conviene que tomemos en cuenta el estudio citado en el párrafo anterior, realizado por Row MK y colaboradores en 1999, en donde se analizó de forma preoperatoria el estado emocional de las pacientes con condiciones ginecológicas, especialmente aquellas que generaban dolor y se las comparo con el estado emocional de pacientes con otras condiciones médicas y psiquiátricas dando como resultado un peor estado emocional de las primeras⁴⁴.

La patología más prevalente en nuestro estudio, y por mucho es la miomatosis uterina y dados estos importantes antecedentes es por demás conveniente la evaluación pre y postoperatoria de las pacientes intervenidas, sin embargo y no menos importante resulta conocer los resultados postoperatorios ante las dificultades logísticas que representaría hacer este análisis de forma prospectiva.

Los estudios sobre este aspecto deben procurar ser tan específicos y claros como sea posible sobre todo en el concepto y operacionalización de las variables empleadas.

No se debe tomar el término "calidad de vida" por sentado, pero se debe inspeccionar el tema del estudio y las medidas reales utilizadas.

CAPITULO III

METODOS

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se trata de un estudio de cohorte mixto, donde se han conformado las cohortes de forma retrospectiva investigando el efecto prospectivamente, además comparativo basado en fuentes primarias, de tipo analítico observacional.

3.2. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN.

El estudio fue desarrollado en el Servicio de Ginecología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo; la recolección de datos, aplicación de encuestas y el procesamiento de la información abarcó un lapso aproximado de 6 meses, desde el mes de agosto del 2016 a enero del 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA (SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA)

3.3.1. Universo:

El universo o colectivo del grupo focal son las pacientes intervenidas de histerectomía en el Hospital Eugenio Espejo en el periodo definido, el total de estas, según los

registros del servicio son 200 pacientes, por lo que se trabajará con la totalidad del universo de la población objetivo de estudio, no fué por lo tanto necesario el cálculo muestral.

Cabe destacar que, de acuerdo a los datos obtenidos de la base de datos del servicio de ginecología del hospital, el número de pacientes intervenidas quirúrgicamente durante el periodo enero 2013 – diciembre 2015 fueron de 800 pacientes de las cuales aproximadamente 400 pacientes son Histerectomías con las técnicas mencionadas en el estudio.

3.3.2. Muestra:

Se hizo sin embargo, ante un escenario alternativo, una estimación del tamaño muestral que se realizó tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó aplicaciones y herramientas online que permitían establecer la misma de forma automática una vez seleccionados el tipo de estudio, el nivel de confianza (95%) y margen de error (5%), aquí se adjunta la herramienta virtual seleccionada, se utilizaron otras que coincidían con la a continuación mostrada⁴⁵: (ciertas herramientas virtuales sugerían ante el desconocimiento del universo o población de estudio aplicar una cifra de 20000, con lo que el tamaño muestra vario)

3.3.2.1. Calculadora para obtener el tamaño de una muestra:

Tabla 2 Calculadora web de tamaño muestral.

<p>¿Qué porcentaje de error quiere aceptar?</p> <p>5% es lo más común</p>	<input type="text" value="5"/> %	<p>Es el monto de error que usted puede tolerar. Una manera de verlo es pensar en las encuestas de opinión, este porcentaje se refiere al margen de error que el resultado que obtenga debería tener, mientras más bajo por cierto es mejor y más exacto.</p>
<p>¿Qué nivel de confianza desea?</p> <p>Las elecciones comunes son 90%, 95%, o 99%</p>	<input type="text" value="95"/> %	<p>El nivel de confianza es el monto de incertidumbre que usted está dispuesto a tolerar.</p> <p>Por lo tanto mientras mayor sea el nivel de certeza más alto deberá ser este número, por ejemplo 99%, y por tanto más alta será la muestra requerida.</p>
<p>¿Cuál es el tamaño de la población?</p> <p>Si no lo sabe use 20.000</p>	<input type="text" value="300"/>	<p>¿Cuál es la población a la que desea testear? El tamaño de la muestra no se altera significativamente para poblaciones mayores de 20,000.</p>
<p>¿Cuál es la distribución de las respuestas?</p> <p>La elección más conservadora es 50%</p>	<input type="text" value="50"/> %	<p>Este es un término estadístico un poco más sofisticado, si no lo conoce use siempre 50% que es el que provee una muestra más exacta.</p>
<p>La muestra recomendada es de</p>	<p>197</p>	<p>Este es el monto mínimo de personas a testear para obtener una muestra con el nivel de confianza deseada y el nivel de error deseado.</p>

FUENTE: : medicina@med.unne.edu.ar

Resultado para tamaño muestral: 196,2102 considerando las cerca de 300 hysterectomías realizadas durante el periodo establecido.

Al aplicar la metodología alternativa, es decir, 20.000 de población considerando un universo no conocido, el tamaño maestral fue de 277.

3.3.2.1. Estimaciones sin sesgo.

Considerando que la media de las dispersiones de muestreo estadístico es igual que la del correspondiente parámetro del universo de la población, se realizara una estimación sin sesgo.

3.3.2.2. Nivel de Confianza.

Es la probabilidad de que la estimación efectuada se ajuste a la realidad. Las pacientes intervenidas en cirugías ginecológicas por hysterectomías son cerca de 300, se realizó la muestra con un nivel de confianza del 100% en tal caso no existiría ninguna duda para generalizar tales resultados, lo cual implica estudiar a la totalidad los casos de los pacientes. Podemos destacar además que el costo del estudio no es alto, al tomar el 100% de la población a evaluar, puesto que como se mencionó anteriormente se realizaron en total 500 cirugías Ginecológicas, unas 210 cirugías ginecológicas anuales de las cuales aproximadamente 68 son Hysterectomías por patología benigna.

La intención del estudio es una mayor representación, al emplear a toda la población por lo cual la muestra es del mismo tamaño que la población. El muestreo se realizó con las historias clínicas de las pacientes, pues esta información está en archivos y hubo que trabajar con estos para obtener la muestra definitiva a partir de la evaluación primaria de las historias clínicas en busca de los criterios inclusivos.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos, la muestra será tomada en el **Hospital de Especialidades Eugenio Espejo** en el Servicio de Ginecología. Se usará la base de datos virtual del servicio y se tomarán los datos directamente desde la ficha clínica de cada paciente según los criterios de inclusión, para tomar contacto con cada paciente y realizarles la encuesta para conocer aspectos de calidad de vida y función sexual. Se tomará en cuenta a todas las pacientes que cumplan dichos criterios en el período entre enero del año 2013 hasta diciembre del 2015. Las pacientes podrán haber sido sometidas únicamente a los abordajes de histerectomías en estudio.

3.5. DURACIÓN DEL ESTUDIO.

El desarrollo de este estudio tendrá una duración de 6 meses aproximadamente.

3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión y exclusión serán aplicados según la cohorte correspondiente, para lo cual se ha definido la cohorte de expuestas a pacientes premenopáusicas sometidas a histerectomía abdominal por patología benigna en el periodo correspondiente.

La cohorte de casos control o no expuestas será integrada por mujeres premenopáusicas con antecedente quirúrgico de histerectomía por abordaje vaginal.

3.6.1. Criterios de inclusión. Cohorte de casos:

- Mujeres premenopáusicas con diagnóstico de patología uterina benigna, que acudan al Hospital Eugenio Espejo, al servicio de Ginecología, en el período

comprendido de enero 2013 a diciembre del 2015, y que han recibido como tratamiento la histerectomía por abordaje abdominal.

- Mujeres que hayan sido sometidas a histerectomía abdominal, que tengan historia clínica en el Hospital Eugenio Espejo y que cuenten con datos en su historia clínica respecto al protocolo operatorio, evolución post quirúrgica y condiciones de alta.

3.6.2. Criterios de Exclusión. Cohorte de casos:

- Mujeres sometidas a histerectomía por patología maligna.
- Mujeres que hayan sido sometidas a histerectomía por causas obstétricas.
- Mujeres que hayan sido intervenidas por otros abordajes distintos al abdominal.
- Mujeres postmenopáusicas.

3.6.3. Criterios de inclusión. Cohorte de control:

- Mujeres pre menopáusicas con diagnóstico de patología uterina benigna, que acudan al Hospital Eugenio Espejo, al servicio de Ginecología, en el período comprendido de enero 2013 a diciembre del 2015, y que han recibido como tratamiento la histerectomía por abordaje vaginal.
- Mujeres que hayan sido sometidas a histerectomía vaginal, que tengan historia clínica en el Hospital Eugenio Espejo y que cuenten con datos en su historia clínica respecto al protocolo operatorio, evolución post quirúrgica y condiciones de alta.

3.6.4. Criterios de Exclusión. Cohorte de controles:

- Mujeres sometidas a histerectomía por patología maligna.
- Mujeres que hayan sido intervenidas por otros abordajes distintos del vaginal.
- Mujeres postmenopáusicas.

3.6.5. Criterios de Eliminación:

Pacientes que hayan requerido procedimientos quirúrgicos pélvicos y genitourinarios adicionales a los que son motivo de este estudio (colocación de slings suburetrales, salpingooforectomía bilateral, etc.).

Fichas clínicas con limitación en la información.

3.7. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN (DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN).

3.7.1. Técnica de investigación.

Revisión documental para la selección de la muestra y encuesta para recoger información de la calidad de vida y función sexual.

3.7.2. Instrumento de recolección de la información.

Matriz de registro de datos y cuestionarios validados: EQ – 5D y el FSFI tanto para calidad de vida y función sexual respectivamente.

3.7.3. Fuente.

Historias clínicas de mujeres a las que se les realizó histerectomía, por vía vaginal y por vía abdominal por patología benigna y las mujeres a las que se les aplicará la encuesta.

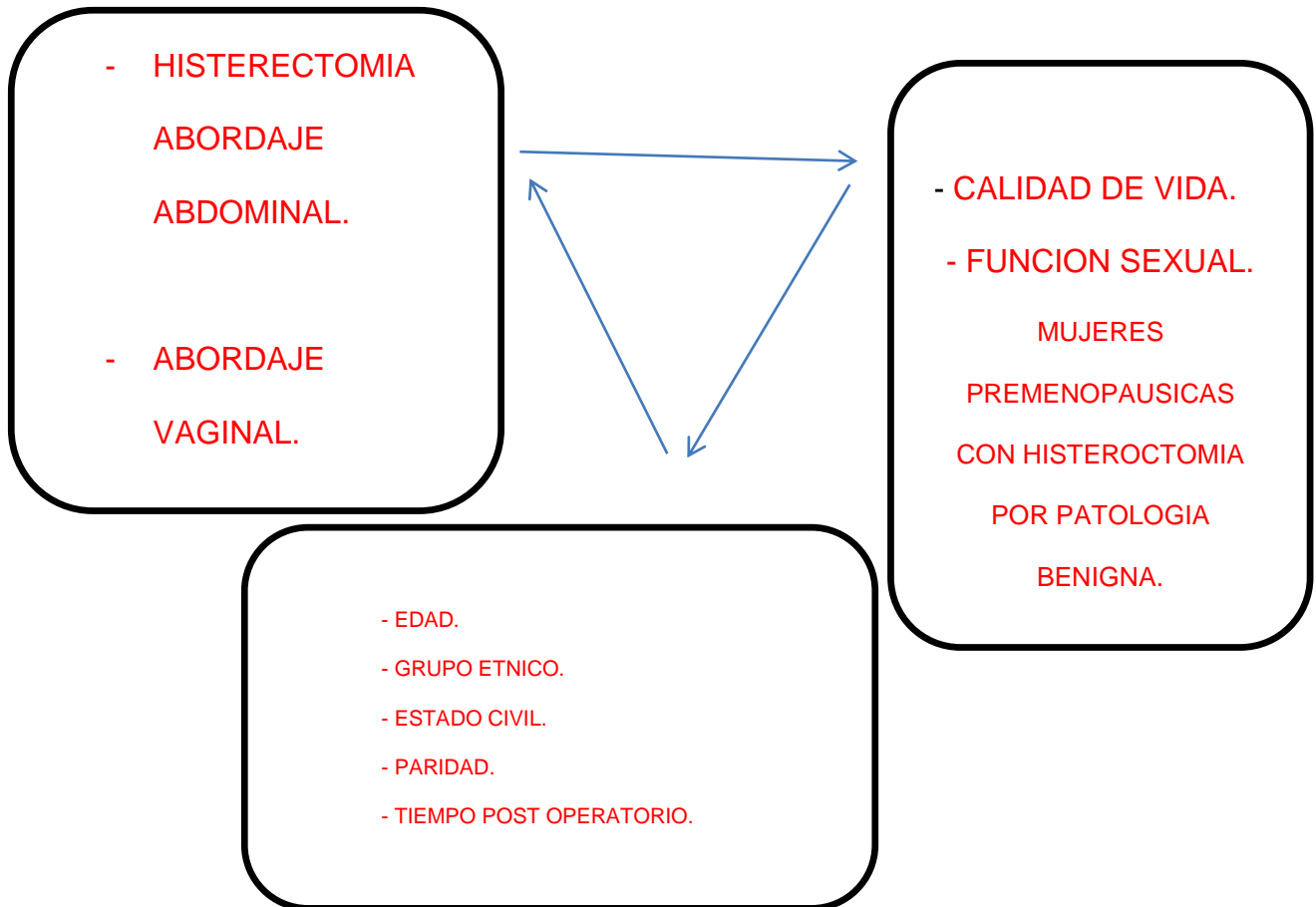
Para la realización de esta investigación, se tomará la base de datos quirúrgicos del servicio para el posterior requerimiento de las fichas clínicas y su análisis, una vez determinada la idoneidad del caso, se contactará a la paciente en cuestión. Se determinará, basado en el análisis estadístico el tamaño muestral adecuado para delimitar con precisión el número de pacientes encuestadas.

El diseño de estudio empleado en esta investigación es un diseño analítico observacional con la finalidad de medir o recoger información de manera conjunta sobre las variables a las que se refieren nuestro estudio sobre las técnicas quirúrgicas en cuestión y su afectación en las esferas estudiadas. Es útil para mostrar con precisión las dimensiones de las variables a comparar.

Se revisará la ficha clínica de las pacientes seleccionadas obteniéndose los siguientes datos: edad, grupo étnico, estado civil, paridad, diagnóstico, intervención quirúrgica propuesta y realizada tiempo post quirúrgico de cada paciente.

3.8. MATRIZ DE VARIABLES.

Figura 7. Matriz de variables.



Elaborado por: Marcelo Checa Rivas.

3.9. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Tabla 3. Definición y operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Número de años cumplidos por una persona	Distribución porcentual de los grupos de edad	20 a 40 años 41 años en adelante	MODERADORA
Diagnóstico para histerectomía	Recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición: <ul style="list-style-type: none"> - Leiomiomas. - Hiperplasia endometrial. - Prolapso del piso pélvico. - Cáncer ginecológico. 	Distribución porcentual del tipo de diagnóstico	Leiomiomas, hiperplasia endometrial, prolapsos del piso pélvico, cáncer ginecológico	MODERADORA
Tipo de histerectomía	Es el tipo de procedimiento quirúrgico realizado	Distribución porcentual del tipo de histerectomía	Vaginal Abdominal	INDEPENDIENTE
Estancia hospitalaria	Tiempo que transcurre después de un procedimiento quirúrgico al alta	Distribución porcentual del tiempo postoperatorio previo al alta hospitalaria.	24 a 72 horas Mayor a 72 horas	MODERADORA
Calidad de vida	Noción humana subjetiva del grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida.	Distribución porcentual de score o puntajes obtenidos.	ESCALA <ul style="list-style-type: none"> - Alto - Medio - Bajo 	DEPENDIENTE

Función sexual	Aspecto multidimensional de la sexualidad que abarca la <u>integración</u> armónica del sexo biológico) con la <u>actitud</u> psicológica frente al sexo.	Distribución porcentual de score o puntajes obtenidos.	ESCALA - Alto - Medio - Bajo	DEPENDIENTE
Tiempo de evaluación post operatoria.	Tiempo transcurrido desde la realización de la cirugía hasta la aplicación de los cuestionarios.	Distribución porcentual del tiempo postoperatorio hasta la aplicación de los cuestionarios.	- < 3 meses - Entre 3 y 6 meses - Mayor a 6 meses	MODERADORA

Elaborado por: Marcelo Checa Rivas.

3.10. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y ESTANDARIZACIÓN.

Cabe destacar que los estudios realizados se estandarizan en función de los protocolos disponibles en la institución, después de terminar la etapa de recopilación de información y, de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación desde la perspectiva cuantitativa y en función de los datos, se codificarán y analizarán dichos resultados en forma lógica y reflexiva.

Entre las técnicas e instrumentos de evaluación destacan:

- Ficha de recolección de datos.
- Encuestas validadas internacionalmente EQ – 5D y FSFI.
- Análisis dinámico de indicadores y variables.
- Tabulación de datos.
- Cuadros.
- Gráficos.

- Análisis e interpretación de datos.

3.11. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos han sido recopilados mediante la utilización de una hoja donde constan todas las variables del estudio, la misma que ha sido previamente revisada y aprobada por el Asesor Metodológico y el Asesor de Tesis.

Para efecto del análisis de los datos se usaron formularios, los cuales han sido almacenados en Excel 2010, el análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS 20.0 y Excel 2010; mediante la definición de las variables para la elaboración de la máscara para el análisis de variables.

Se realizó el análisis univariado y según la naturaleza de la variable se han presentado en gráficos y tablas. Como medida de asociación se utilizó el Riesgo Relativo, y como medidas estadísticas de inferencia se usó el chi cuadrado y el intervalo de confianza.

Los datos han sido presentados además en porcentajes y en números alfabéticos. Se ha considerado los valores de $p < 0.05$ como diferencias estadísticamente significativas.

3.12. ASPECTOS BIOETICOS.

La forma de ejecución del presente trabajo se enmarcó en los principios éticos del consentimiento informado y buena práctica médica.

Cabe destacar que el estudio se realizará a partir de fuentes directas vía telefónica, a través de encuestas aplicadas a cada paciente para lo cual se ha emitido un consentimiento informado siguiendo los lineamientos recomendados por la OMS y, que de ser requerido, será firmado tanto por el investigador como por el encuestado, se cuenta además con los permisos correspondientes de los Comités de Ètica y Docencia del Hospital Eugenio Espejo, mismos que se incluyen en la presentación final del proyecto.

El investigador se compromete a entregar información verbal y escrita a las Autoridades, además de respetar el derecho de confidencialidad de los pacientes, en esta sección se incluyen:

- Consentimiento informado.
- Autorizaciones de la Subdirección de Docencia e Investigación del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, del servicio de ginecología y de los departamentos de bioética del H.E.E y de la PUCE.

3.13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

Se coordinará de forma estrecha y permanente con el Instituto de Investigación y Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica del Ecuador, así como con las autoridades del Servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo. Durante el proceso contaré con el apoyo del director de tesis y el asesor metodológico con quienes se discutirán los hallazgos y se sistematizará la información.

3.13.1. Talento Humano:

- Investigador: Marcelo Checa Rivas.

- Asesor metodológico.
- Director de tesis.
- Miembros del Comité de Tesis.
- Médicos especialistas cirujanos ginecólogos.

3.13.2. Recursos Necesarios:

- Personal para recolección de datos: Médico postgradista de Ginecología y Obstetricia (investigador).
- Historias clínicas de pacientes incluidas en el estudio que cumplan los criterios de inclusión.
- Formularios de consentimiento informado. OMS.
- Encuestas : EQ – 5D y el FSFI
- Ficha de recolección de datos.

3.13.3. Presupuesto:

- Artículos de oficina: 200 dólares.
- Gasolina: 100 dólares.
- Llamadas telefónicas: 100 dólares

3.13.3.1. Recurso Financiero-Presupuesto necesario:

Tabla 4. Recursos necesarios. Presupuesto.

RECURSO		INSTITUCION	AUTOFINANCIADO	TOTAL
RECURSOS HUMANOS				
INVESTIGACION (COSTOS UNIVERSITARIOS)			1421.00 \$	1421.00 \$
RECURSOS MATERIALES				
COMPUTADORA H/P			\$ 600	\$ 600
INTERNET			\$ 300	\$ 300
CDS			\$ 10	\$ 10
BOLIGRAFOS Y LAPICES			\$ 10	\$ 10
FORMULARIOS			\$ 50	\$ 50
COPIAS			\$ 30	\$ 30
IMPRESIÓN DE TESIS			\$ 100	\$ 100
EMPASTADO DE TESIS			\$ 60	\$ 60
MOVILIZACION			\$ 300	\$ 300
ALIMENTACIÓN			\$200	\$ 200
TOTAL	\$		\$ 3081.00	3081.00 \$

Elaborado por Marcelo Checa R.

3.13. 4. Cronograma de Actividades de la Investigación.

Tabla 5. Cronograma de actividades de la investigación.

MESES 2016 - 2017	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
ACTIVIDADES																																
ELABORACION DEL PROYECTO	X	X	X	X	X	X	X																									
PRESENTACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL PROYECTO. METODOLÓGICO. PUCE								X	X	X	X	X	X	X																		
REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL PROYECTO DEPTS. DOCENCIA HEE Y COMITÉS BIOÉTICA HEE Y PUCE																	X	X	X	X	X	X										
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN																					X	X	X	X	X	X						
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN																									X	X	X					
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES																											X	X	X			
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL																															X	X

Elaborado por Marcelo Checa R.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Siendo el presente un estudio analítico, los resultados obtenidos se exponen en tablas de frecuencia, barras y pasteles, se han sistematizado en formato digital e impreso, y, una vez que finalizado el estudio se espera coordinar con las autoridades competentes para la socialización de la información.

4.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Un total de 167 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y consintieron de forma verbal y directa en participar en el estudio.

Preliminarmente un aproximado de 20 pacientes fueron excluidas a partir del análisis de su expediente clínico, principalmente por intervenciones pélvicas-vaginales concomitantes, complicaciones intraoperatorias, necesidad de una reparación adicional a nivel vaginal, además de cirugía de anexos. Finalmente, un total de 167 pacientes participaron respondiendo dos cuestionarios postoperatorios logrando una tasa de respuesta del 98%.

El análisis incluyó un total de 167 pacientes que se sometieron a HA (histerectomía abdominal) (n = 119) y a HV (histerectomía vaginal) (n = 48).

En la Tabla 1, se presenta un resumen de las características básicas de las participantes del estudio.

Las edades medias (\pm SD) del grupo HV (abordaje vaginal) (N = 48) y el grupo HA (abordaje abdominal) (N = 119) fueron $46,58 \pm 5,2$ años y $46,59 \pm 4,9$ años, respectivamente.

Los rangos de edad fueron de 34 a 56 años en el grupo HV y de 36 a 56 años en el grupo HA, como vemos, la paciente participante más joven fue de 34 años y la mayor de 56 años.

Los dos grupos eran comparables con respecto a etnia, nivel educacional, número de hijos y paridad. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de abordajes entre las distintas características señaladas en el cuadro citado.

El promedio de las puntuaciones FSFI (índice de función sexual femenina) en las dos cohortes de estudio fueron de 22 ± 9 en el grupo HA y de 26 ± 8 en el grupo HV.

En el presente trabajo, los resultados se expresaron comparativamente y de forma dicotómica como proporciones de eventos en las dos cohortes de intervención utilizando como medida de asociación estadística al riesgo relativo (RR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

El análisis de las puntuaciones totales del FSFI y de los valores de cada subcategoría o dominio (deseo, lubricación, excitación, orgasmo, satisfacción, dolor) no revelaron diferencias significativas entre los grupos que conforman la cohorte ($p \geq 0,05$).

Según el presente trabajo, el riesgo de afectación en la respuesta sexual tras la histerectomía por abordaje abdominal (RR) es de 2,017. Es decir, es 2 veces más probable encontrar afectación en la respuesta sexual de mujeres a las que se les realizó una histerectomía abdominal que en una a la que se le realizó histerectomía por vía vaginal. Por otra parte, por cada mujer con HV podemos esperar encontrar 2 mujeres con HA que se encuentren afectadas en su respuesta sexual.

El IC (intervalo de confianza) se halló entre 1,159 y 3,509 con un valor de p (χ^2) $< 0,05$.

En cuanto a los resultados respecto a calidad de vida, la media de las puntuaciones de la escala visual análoga (EVA) del EQ-5D en los grupos HA y HV fueron de $7,55 \pm 0,71$ y $8,02 \pm 1,02$ respectivamente. No existió diferencias estadísticamente significativas entre calidad de vida y los grupos de abordajes quirúrgico (HA y HV) en este estudio ($p > 0,05$).

No hubo asociación estadísticamente significativa entre el tiempo post operatorio y la calidad de vida en el presente estudio ($p \geq 0,05$).

4.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

Tabla 6. Características básicas de las pacientes participantes del estudio.

Variable	Estadísticos	HA	HV	Valor de p
Edad	N	119	48	
	Media	46,59	46,58	0.995
	Desviación estándar	4,910	5,275	
	Mínimo	36	34	
	Máximo	56	56	
Número de hijos	N	119	48	
	Media	2,29	2,79	0.007
	Desviación estándar	,986	1,220	
	Mínimo	0	0	
	Máximo	6	5	
				0.611
Etnia	Afroecuatoriana	1,7%		
	Indígena	,8%	2,1%	
	Mestiza	97,5%	97,9%	
				0.066
Estado Civil	Casada	42,0%	58,3%	
	Conviviente	10,9%	6,3%	
	Separada	44,5%	35,4%	
	Soltera	1,7%		
	Viuda	,8%		
				0.000
Nivel de estudio alcanzado	Elemental, intermedia	58,8%	29,2%	
	Leer y escribir	1,7%		
	Secundaria, vocacional	37,8%	62,5%	
	Universidad	1,7%	8,3%	

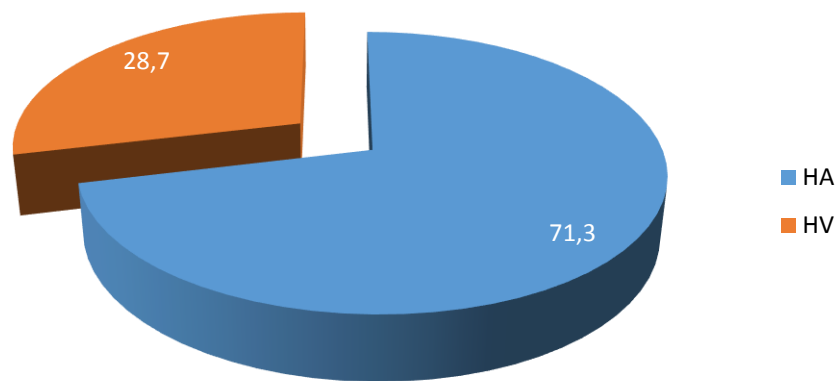
* Valores de P evaluados mediante análisis de varianza entre grupos o prueba exacta de Chi cuadrado / Fisher.

Elaborado por: Marcelo Checa M.D.

4.3. PRESENTACION DE RESULTADOS

Figura 8. Representación gráfica de la distribución de mujeres según abordaje de histerectomía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



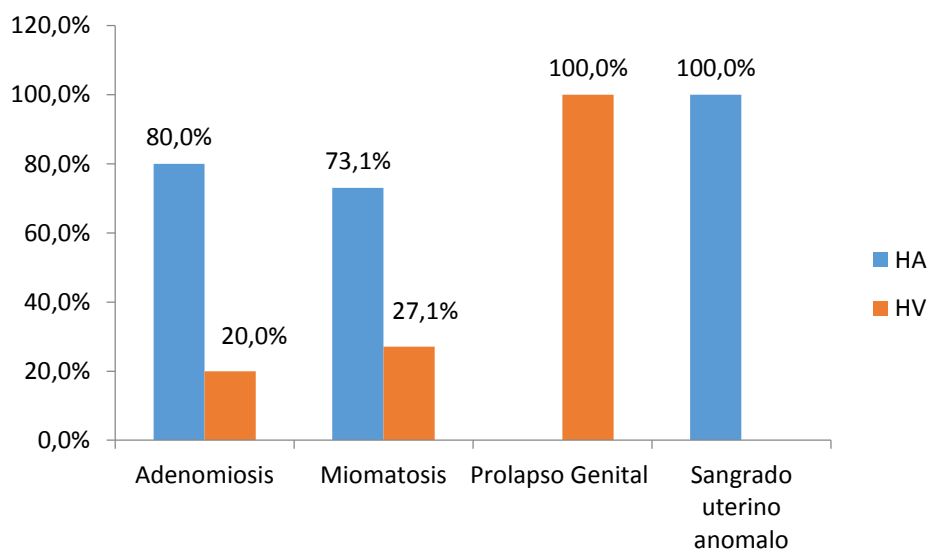
Elaborado por Marcelo Checa R.

En la población objetivo de estudio, el 71,3% de las participantes fueron intervenidas vía abdominal frente al 28,7% vía vaginal, con una proporción aproximada de 3:1.

Figura 9. Distribución de pacientes según diagnóstico y tipo de abordaje quirúrgico.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

El 93,4% de las pacientes intervenidas presentaron un diagnóstico de miomatosis uterina, de las cuales, su resolución fue por vía abdominal en un 73,1% y por vía vaginal en un 27,1%; en el caso del prolapso genital, este representó el 3% del total de la patología benigna del estudio, siendo resuelta en un 100% por vía vaginal, pero representando aproximadamente el 10% de la patología primaria intervenida por esta vía.

Otros diagnósticos identificados en el estudio fueron la adenomiosis representando un 3% y el sangrado uterino anómalo con un 0,6%.

Figura 10. Distribución porcentual de pacientes participantes según el tiempo post operatorio.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

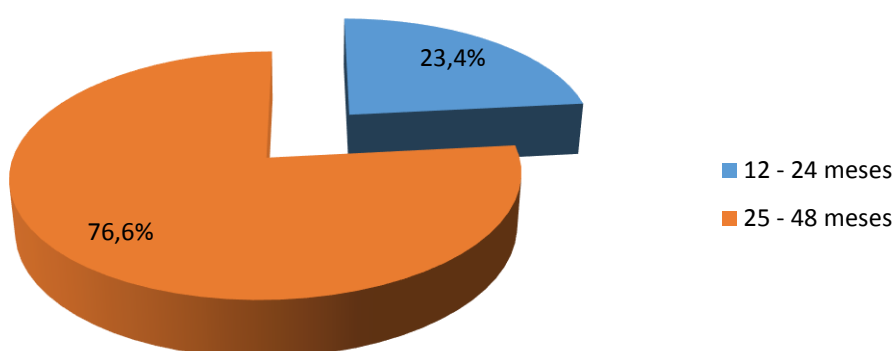


Tabla 7. Distribución de tiempo post operatorio en la población objetivo de estudio según el abordaje quirurgico.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

Grupo de tiempo Postoperatorio	HA			HV			Total		
	Frecuencia	% dentro de G_tiempo Grupo de tiempo	% dentro de Cirugía Realizada	Frecuencia	% dentro de G_tiempo Grupo de tiempo	% dentro de Cirugía Realizada	Frecuencia	% dentro de G_tiempo Grupo de tiempo	% dentro de Cirugía Realizada
12 - 24 meses	23	59,0%	19,3%	16	41,0%	33,3%	39	100,0%	23,4%
25 - 48 meses	96	75,0%	80,7%	32	25,0%	66,7%	128	100,0%	76,6%
Total	119	71,3%	100,0%	48	28,7%	100,0%	167	100,0%	100,0%

De las pacientes participantes en el estudio un 76,6% tuvieron un tiempo postoperatorio de entre 25 y 48 meses hasta el momento de aplicación de la encuesta, y el 23,4% restante cumplieron un tiempo postoperatorio de entre 12 y 24 meses; en cuanto a su distribución por cohorte quirúrgica, el 80,7% de las pacientes intervenidas por vía abdominal y el 66,7% de las operadas vaginalmente, cumplieron un tiempo post histerectomía de entre 25 y 48 meses.

Tabla 8. Resultados FSFI y EQ- 5D (EVA)

Respuesta Sexual (todos los dominios)	N	119	48	
	Media	22	26	0.05
	Desviación estándar	9	8	
	Mínimo	3	3	
	Máximo	31	35	
Calidad de Vida (todos los dominios)	N	119	48	
	Media	7,55	8,02	0.01
	Desviación estándar	,710	1,082	
	Mínimo	6	5	
	Máximo	9	9	

* $P \leq 0,05$ para los valores comparativamente entre cohortes.

Tabla 9. Resultados de FSFI por dominio.

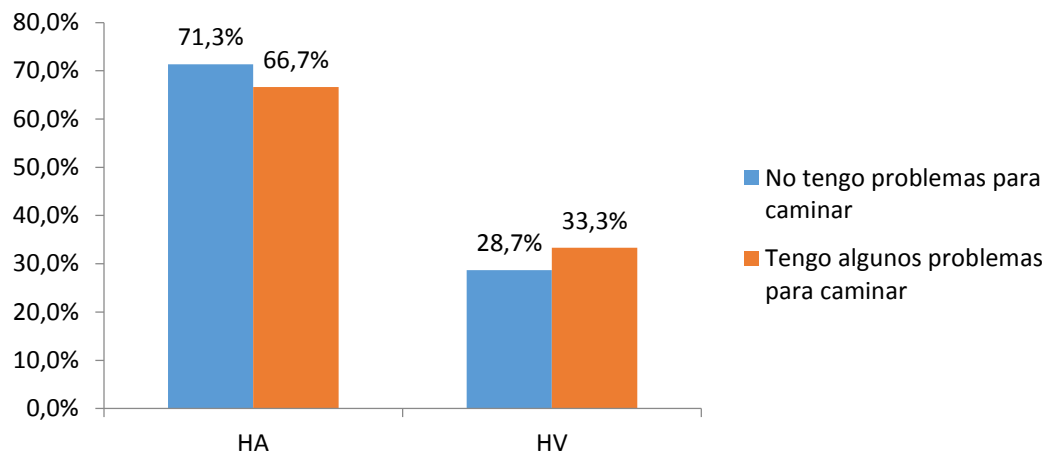
		HA	HV
Deseo	N	119	48
	Media	3,15	3,71
	Desviación estándar	0,70	0,85
	Mínimo	1,20	1,20
	Máximo	4,80	5,40
Exitación	N	119	48
	Media	3,48	4,23
	Desviación estándar	1,80	1,65
	Mínimo	-	-
	Máximo	5,10	6,00
Lubricación	N	119	48
	Media	3,86	4,65
	Desviación estándar	1,95	1,71
	Mínimo	-	-
	Máximo	6,00	6,00
Orgasmo	N	119	48
	Media	3,74	4,51
	Desviación estándar	1,89	1,69
	Mínimo	-	-
	Máximo	5,60	6,00
Satisfacción	N	119	48
	Media	3,86	4,35
	Desviación estándar	1,06	1,21
	Mínimo	0,80	0,80
	Máximo	5,20	6,00
Dolor	N	119	48
	Media	4,10	4,95
	Desviación estándar	2,11	1,84
	Mínimo	-	-
	Máximo	6,00	6,00

Elaborado por Marcelo Checa R.

$P > 0,05$ para la comparación de los valores de diferencia de las subcategorías FSFI entre los dos grupos. HA: histerectomía abdominal; HV: histerectomía vaginal.

Figura 11. EQ-5D. Movilidad y tipo de cirugía.

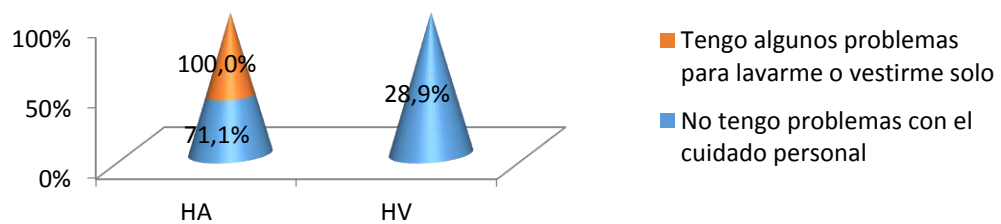
“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 12. EQ-5D. Cuidado personal y tipo de cirugía.

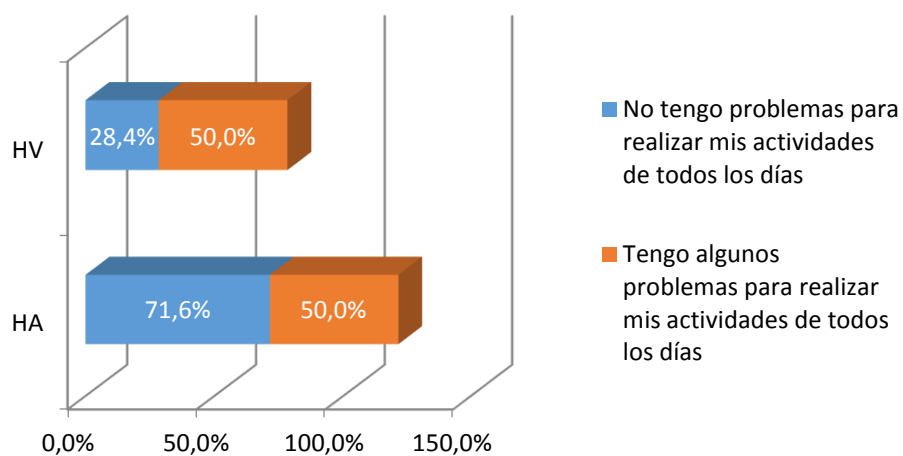
“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 13. EQ-5D. Actividades diarias y tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

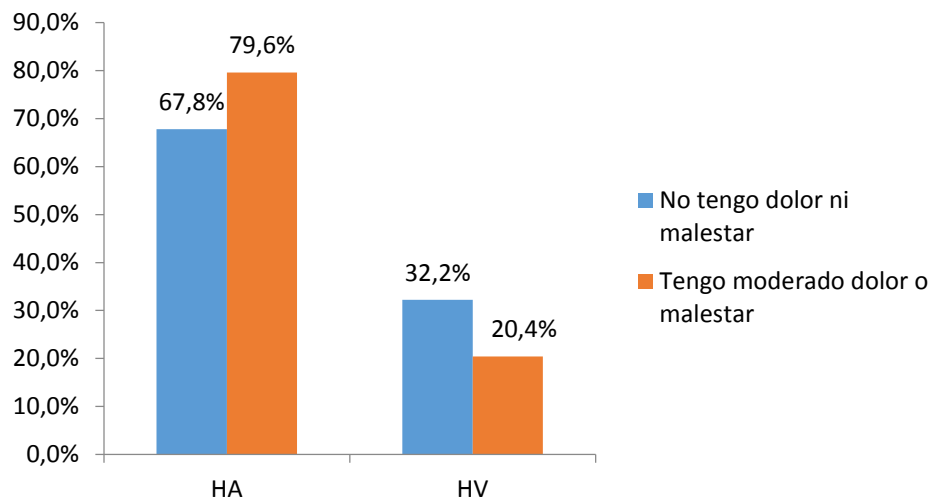


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 14. EQ-5D. Dolor/Malestar y tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

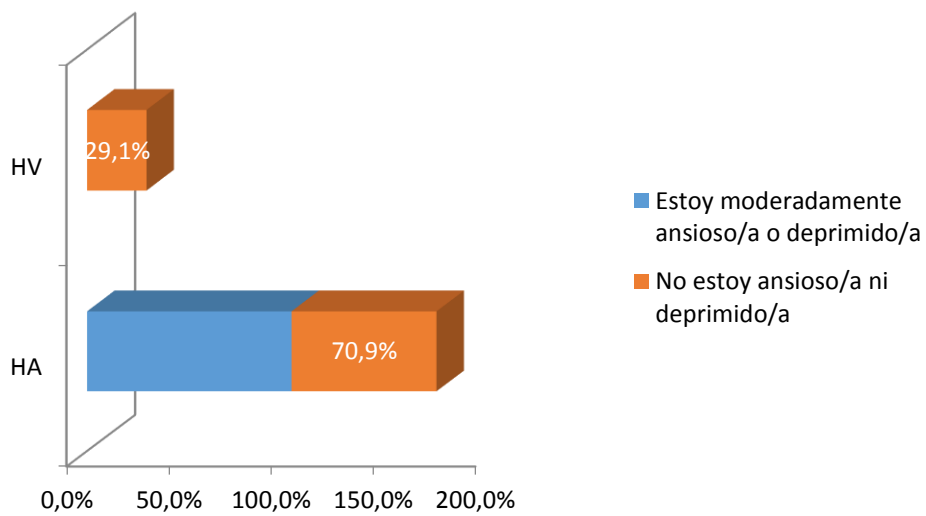
Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 15. EQ-5D. Ansiedad/Depresión y tipo de cirugía.

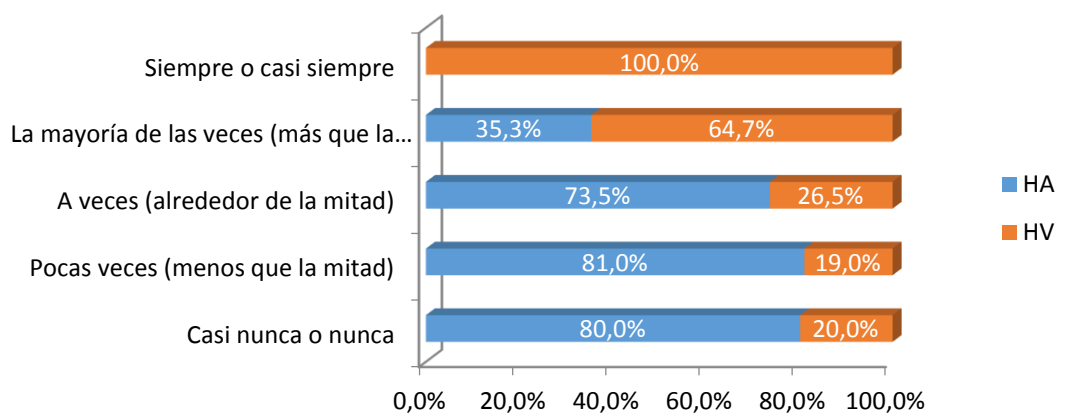
“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 16. FSFI. Porcentaje de mujeres según interés o deseo sexual y tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

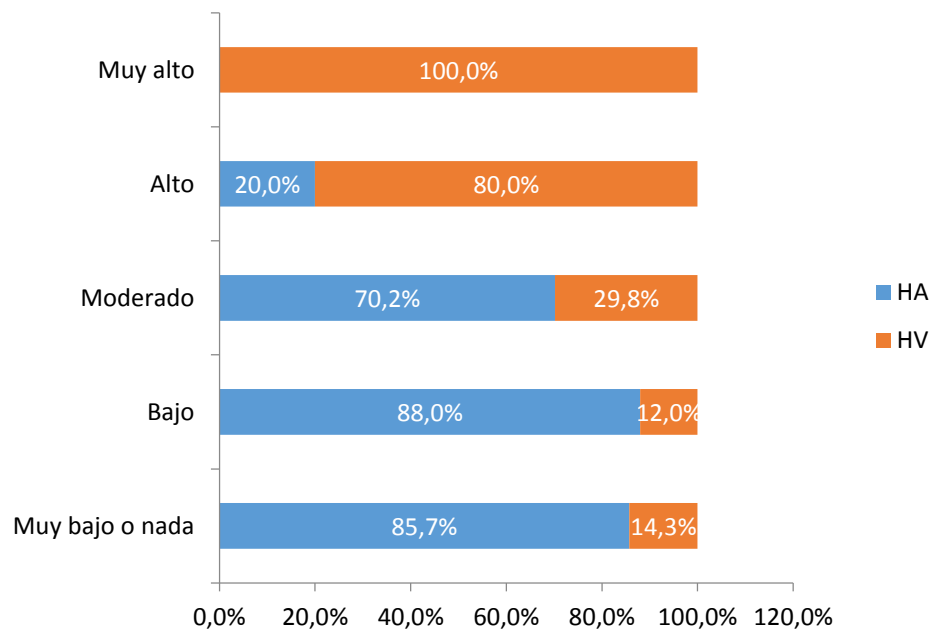


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 17. FSFI. Pacientes según intensidad de interés o deseo sexual y tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

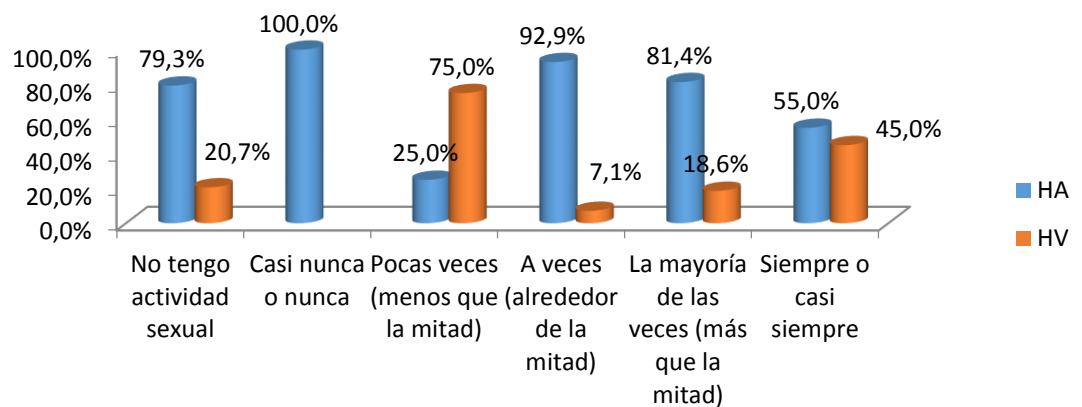


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 18. FSFI. Porcentaje de mujeres según frecuencia de excitación sexual y tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

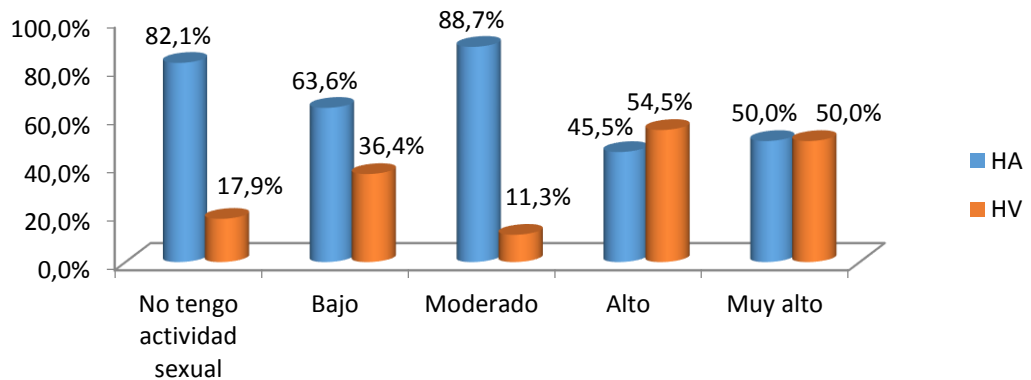
Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 19. FSFI. Pacientes según nivel de excitación sexual y tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

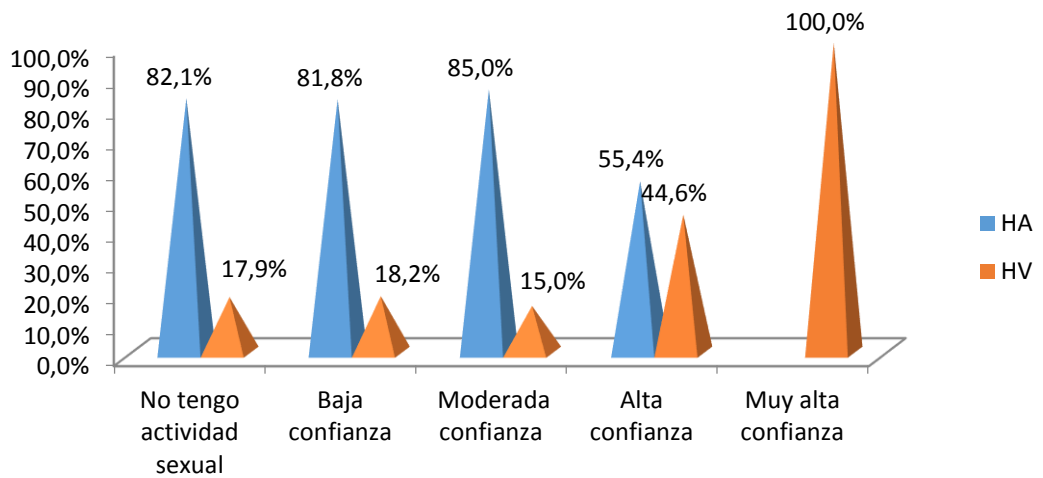


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 20. Porcentaje de mujeres según la confianza al lograr excitación durante la actividad sexual y tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

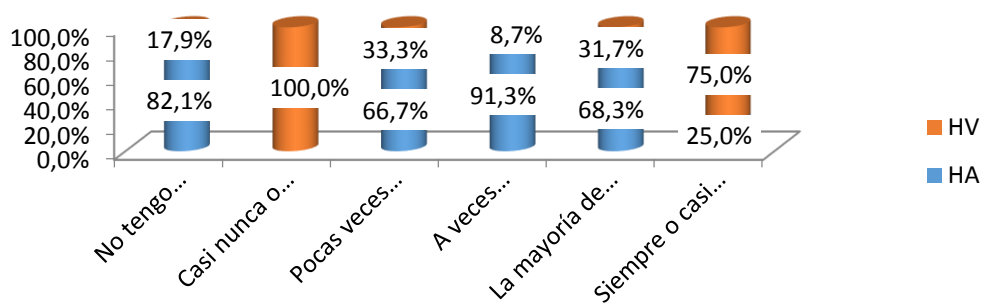


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 21. FSFI. Porcentaje de mujeres según la frecuencia de satisfacción sexual y tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

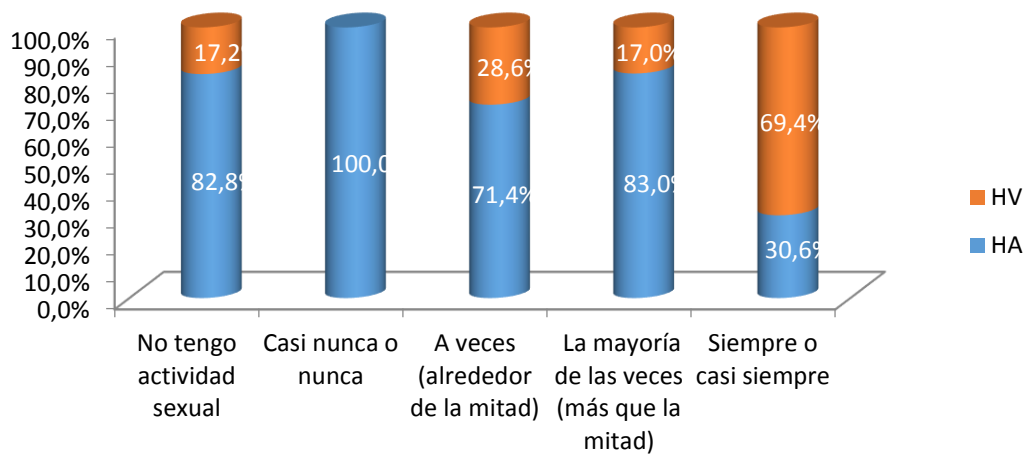


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 22. FSFI. Porcentaje de mujeres según la frecuencia de lubricación o humedad vaginal durante la relación sexual y tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

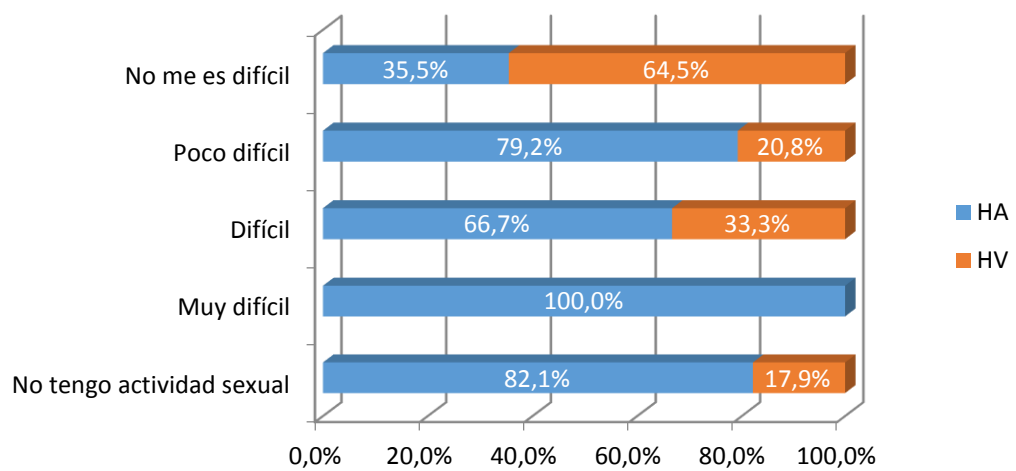


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 23. FSFI. Porcentaje de mujeres según la dificultad para lograr lubricación vaginal durante la relación sexual y tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

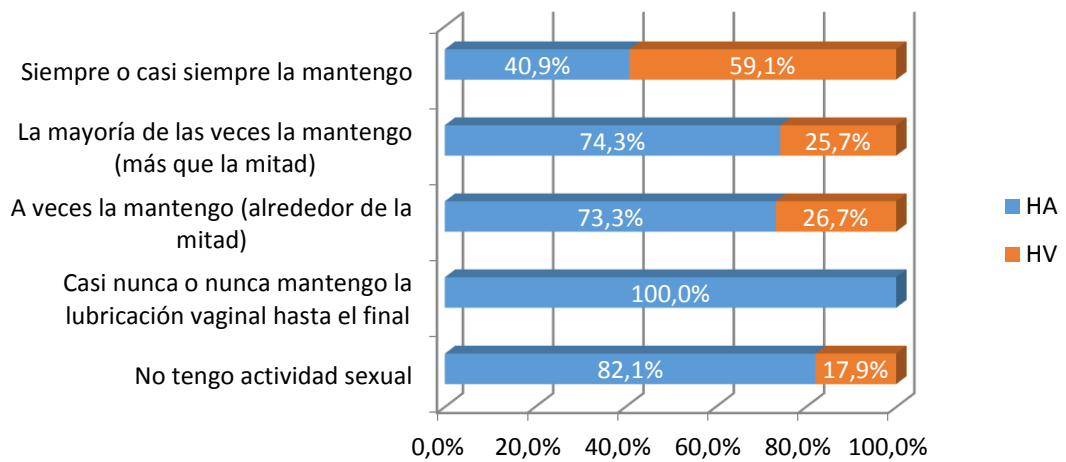


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 24. FSFI. Porcentaje de pacientes según la frecuencia en mantener la lubricación o humedad vaginal hasta finalizar la actividad sexual y el tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

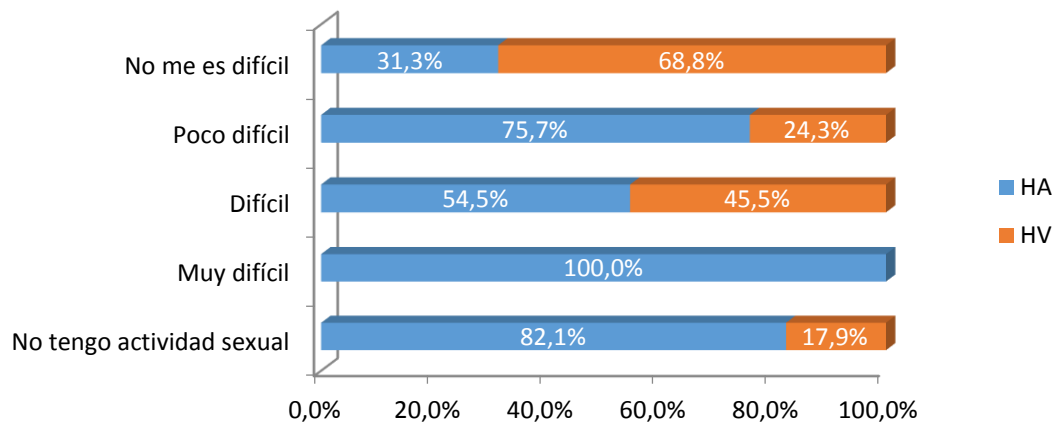


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 25. FSFI. Porcentaje de mujeres según la dificultad para mantener la lubricación o humedad vaginal hasta finalizar la actividad sexual y el tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

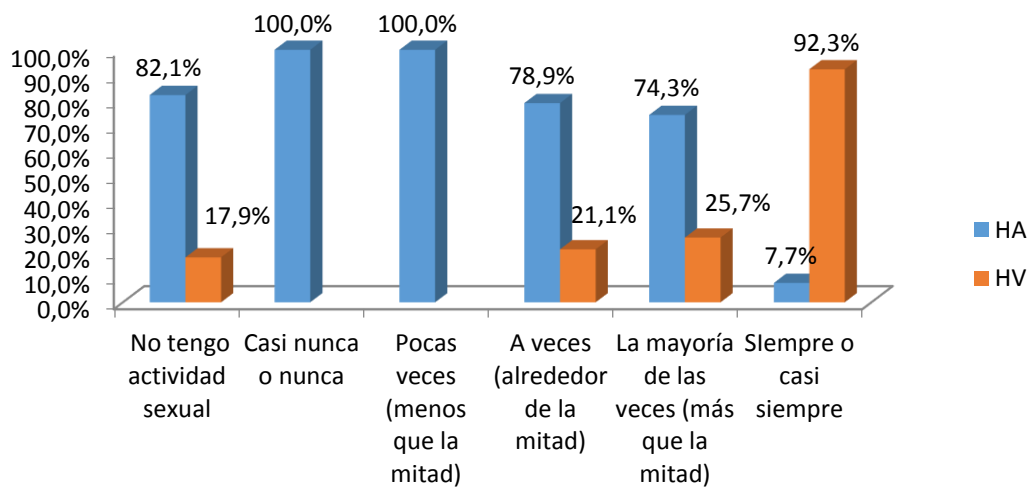


Elaborado por Marcelo Checa.

Figura 26. FSFI. Porcentaje de mujeres según la frecuencia para alcanzar el orgasmo y el tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

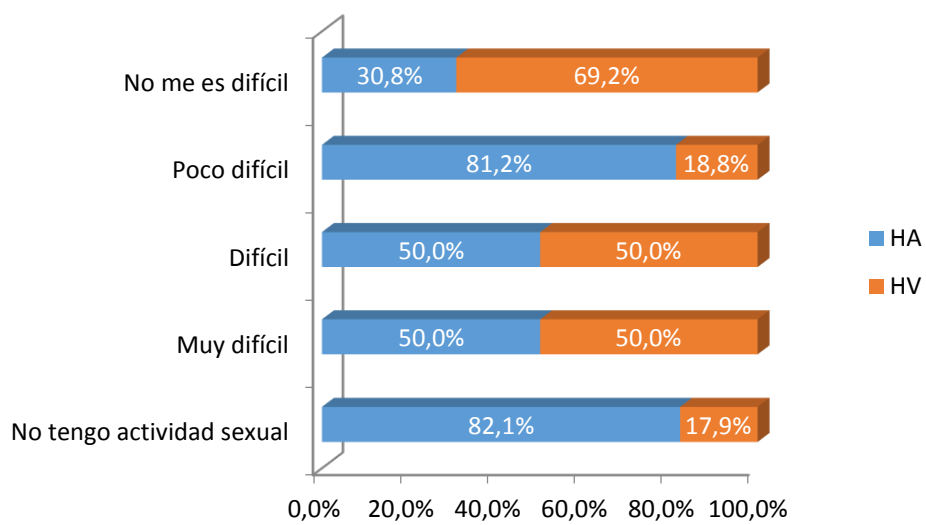


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 27. FSFI. Porcentaje de mujeres según la dificultad para alcanzar el orgasmo y el tipo de cirugía realizada.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

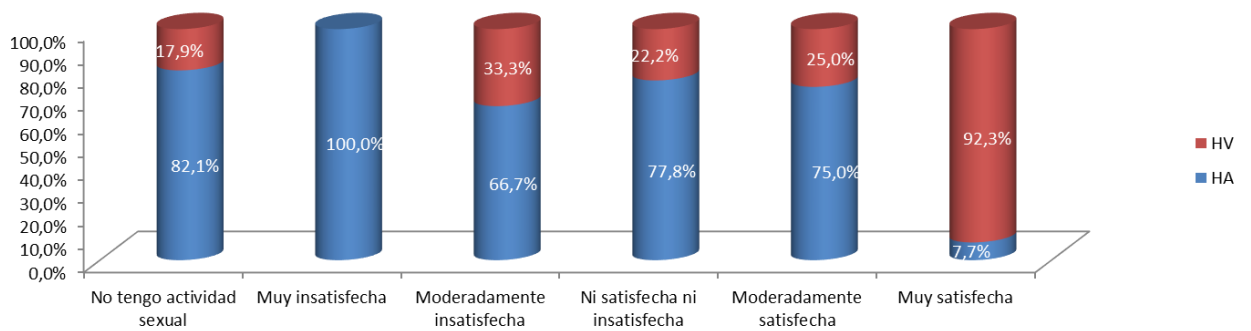
Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 28. FSFI. Porcentaje de mujeres según la satisfacción en la capacidad para alcanzar el orgasmo y el tipo de cirugía realizada.

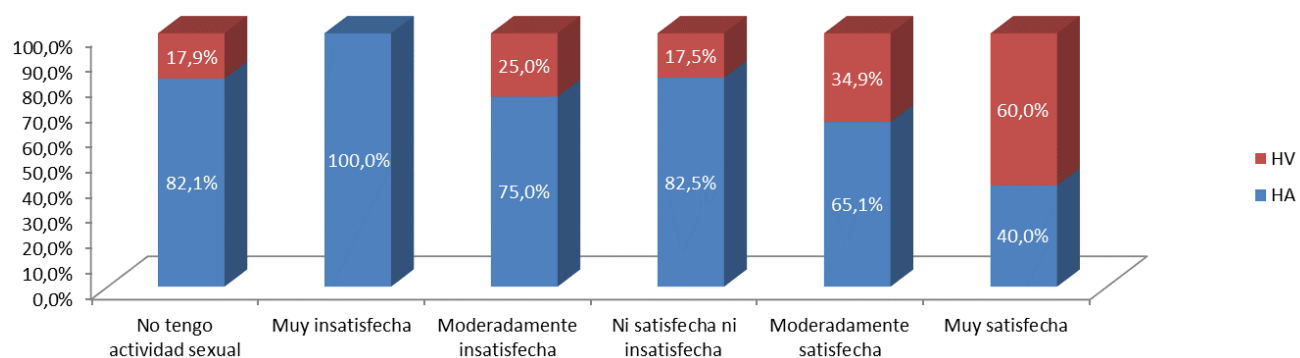
“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 29. FSFI. Porcentaje de mujeres según satisfacción con cercanía emocional existente durante la actividad sexual

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

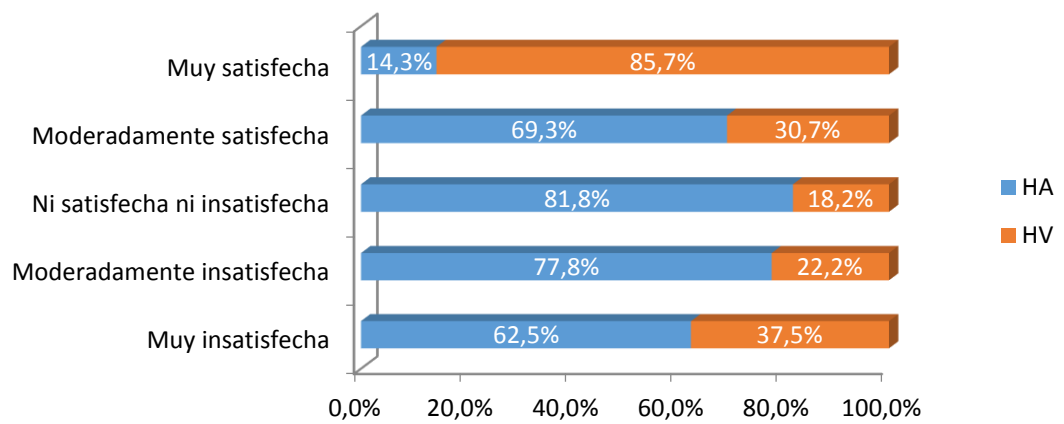


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 30. FSFI. Porcentaje de mujeres según la satisfacción en la actividad sexual con su pareja y el tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

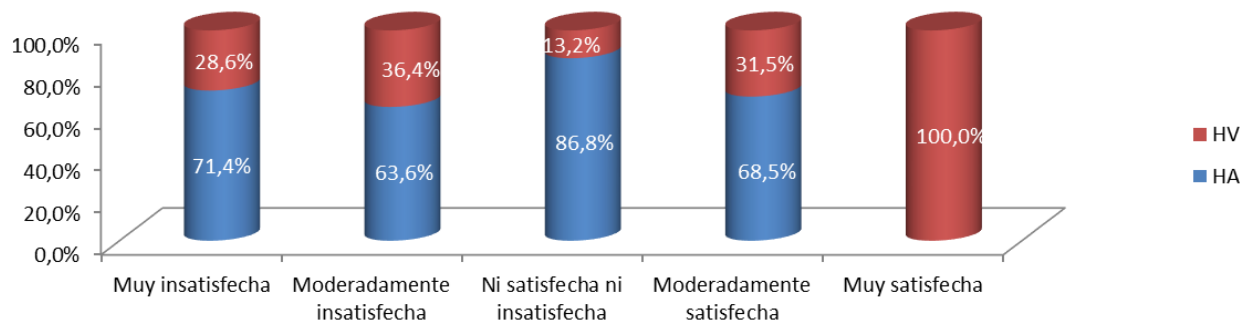
Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 31. FSFI. Porcentaje de mujeres según la satisfacción general con su vida sexual en y tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

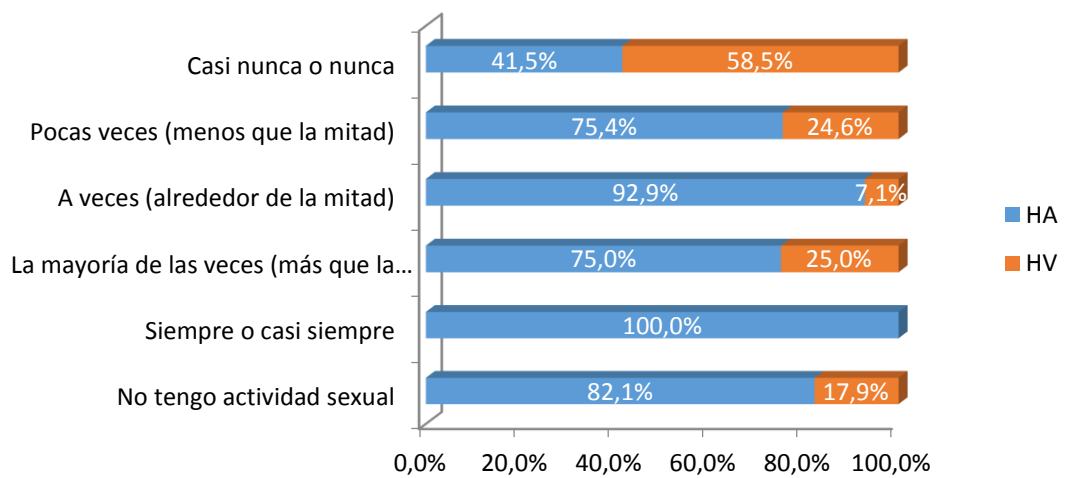


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 32. Proporción de mujeres según la frecuencia de disconformidad o dolor durante la penetración vaginal y el tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

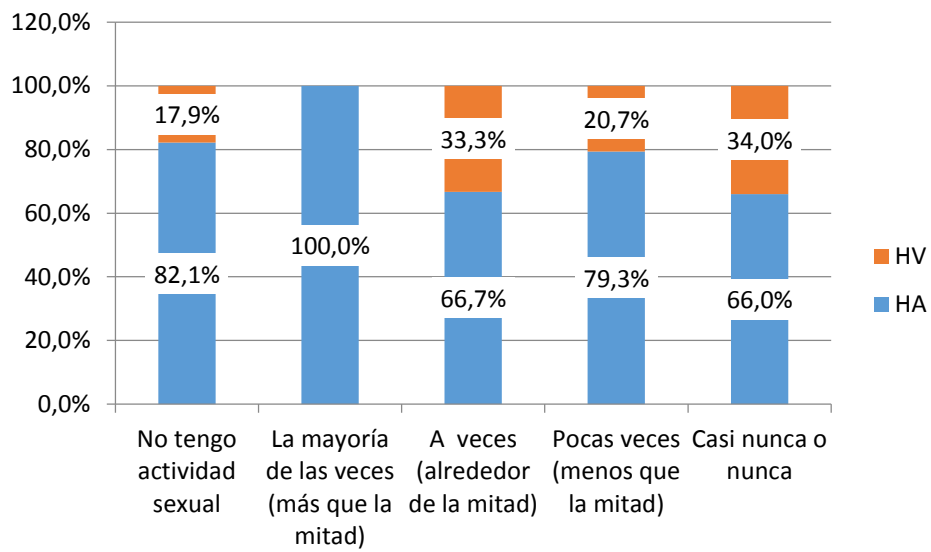


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 33. FSFI. Porcentaje de mujeres según la frecuencia de discomfort o dolor después de la penetración vaginal y el tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

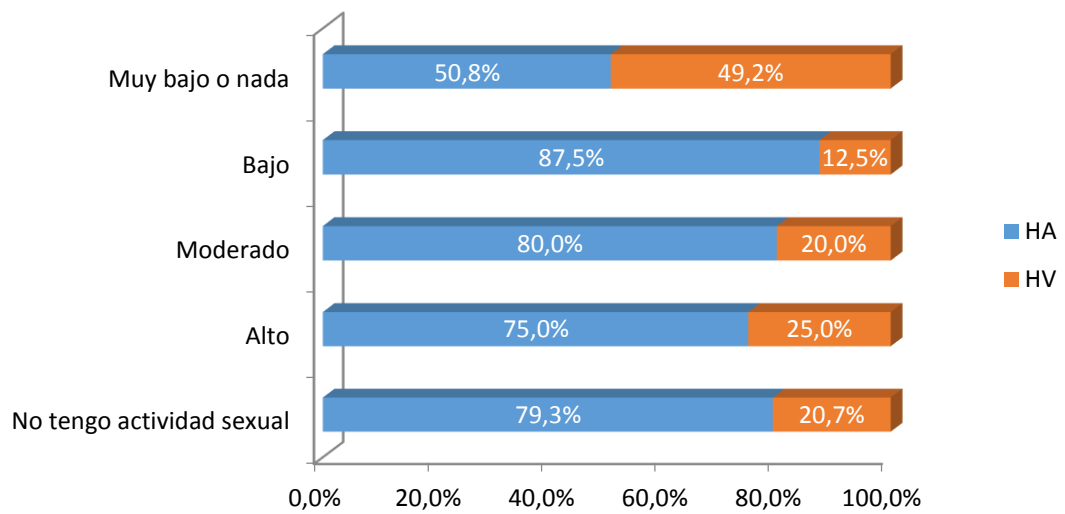


Elaborado por Marcelo Checa R.

Figura 34. FSFI. Porcentaje de mujeres según el nivel de disconformidad o dolor durante la penetración vaginal y el tipo de cirugía.

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital

Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”



Elaborado por Marcelo Checa R.

CAPITULO V

5.1. DISCUSIÓN.

Frente al tímido resurgimiento de la ruta vaginal, hemos expuesto ya las bases sobre las cuales se podrían plantear diferentes frentes de discusión a favor y en contra de las distintas rutas existentes al momento, aunque resulte más que indiscutible los enormes favores de la vía vaginal, estos no han sido promovidos con firmeza respecto a las cuestiones enmarcadas en el presente estudio.

Este trabajo, fue concebido principalmente pensando en ese grupo poblacional muy particular que constituyen las pacientes ginecológicas, enfocándonos en evaluar su calidad de vida y función sexual pero atendiendo de forma específica a las pacientes histerectomizadas por las rutas consideradas en nuestro medio y de forma invariable, como clásicas, para ello se ha hecho un esfuerzo por realizarlo de una manera válida y reproducible, para, una vez caracterizadas estas dos condiciones, intentar asociarlas con las mencionadas rutas de histerectomía.

Este desafío metodológico que busca evaluar comparativamente el impacto de la histerectomía en estos dos aspectos, involucró un grupo homogéneo de mujeres premenopáusicas con trastornos uterinos benignos subdividido en dos cohortes por tipo de histerectomía, (HV) histerectomía vaginal y (HA) histerectomía abdominal.

Se recurrió para el efecto, a cuestionarios validados y estandarizados: el EQ-5D, un cuestionario psicométrico utilizado comúnmente como herramienta de medición de calidad de vida después de intervenciones terapéuticas, y el FSFI, un instrumento

utilizado para medir la función sexual femenina mediante la evaluación de los distintos componentes fisiológicos del ciclo de respuesta sexual femenina.

Dos estudios publicados recientemente han utilizado diseños similares a los del presente proyecto. Flory y colegas estudiaron dos modalidades de histerectomía por abordaje laparoscópico sin cirugía anexial adicional, la histerectomía total laparoscópica (TLH) y la histerectomía laparoscópica supracervical (SLH) y evaluaron su impacto en la función psicológica y sexual de mujeres premenopáusicas; en el caso del mencionado estudio, las pacientes informaron que ambos procedimientos mejoraron su función sexual postoperatoria y no se evidenció ningún efecto sobre la función psicológica⁴⁷. En otro estudio, Lee y colaboradores evaluaron el impacto de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en la respuesta sexual de pacientes premenopáusicas con enfermedad benigna, compararon una técnica realizada con un solo puerto, con la técnica laparoscópica convencional y determinaron puntuaciones a través del FSFI (Índice de función sexual femenina), en este estudio no se encontraron cambios significativos en las los scores de FSFI a los 6 meses de intervenidas en comparación con las puntuaciones obtenidas preoperatoriamente.

En el presente trabajo, tanto calidad de vida como función sexual han sido evaluadas de forma postoperatoria, lo que a juzgar por el diseño de estudio resultaría adecuado, sin embargo, al comparar los resultados de los citados estudios, cabe primero destacar que estas puntuaciones se obtienen de forma pre y postoperatoria para una evaluación final comparativa, de acuerdo con el diseño de estudio de estas publicaciones.

Radosa y colaboradores⁵, realizaron un estudio de cohortes, prospectivo, donde incluyeron a pacientes premenopáusicas histerectomizadas por patología benigna por

tres rutas diferentes: Histerectomía vaginal total asistida por laparoscopia, histerectomía laparoscópica supracervical y finalmente histerectomía vaginal, el objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida y función sexual siguiente a la intervención y de forma comparativa. Los resultados obtenidos fueron una significativa mejoría en los escores para las dos variables (calidad de vida y función sexual) en comparación con los obtenidos preoperatoriamente pero sin diferencias entre los distintos grupos de histerectomías. Otros estudios similares a los citados, dan resultados muy similares, con mejoría en las puntuaciones especialmente del FSFI a los 6 meses postoperatorio.

El promedio del score para la encuesta FSFI aplicada preoperatoriamente en el citado estudio de Radosa es de 17,74 (punto de corte 26, 55) lo que indicaría una alteración significativa en la respuesta sexual de las pacientes en el periodo preoperatorio para este grupo de edad, sin embargo en el caso de las pacientes con puntuaciones preoperatorias normales, no existió prácticamente cambios en cuanto a su respuesta sexual tras la intervención, más allá de la ruta empleada. El promedio del score postoperatorio de este estudio fue de alrededor de 27, comparativamente más alto que los promedios de este trabajo (HA:22 y HV:26).

Estos hallazgos los traemos a colación respecto a la “limitante” que presentaría el presente trabajo que no hace evaluaciones de forma preoperatoria por motivo del diseño de estudio pertinente en este caso. Además, considerando la falta de un cambio significativo en los puntajes de las pacientes con puntuaciones preoperatorias normales, esto sugeriría que la histerectomía, independientemente del abordaje, tendría efectos diferentes respecto a la función sexual de las pacientes

premenopáusicas con trastornos uterinos benignos, dependiendo de la funcionalidad y respuesta sexual preoperatoria o preexistente.

Es decir, la histerectomía puede mejorar la respuesta sexual de pacientes con disfunción sexual preoperatoria.

Varios estudios han aportado pruebas respecto a este hipotético efecto terapéutico como lo son aquellos en donde se ha demostrado que la histerectomía normaliza la respuesta sexual en pacientes con patología uterina benigna asociada a dispareunia evidenciado por una mejoría postoperatoria significativa en la puntuación del dominio de dolor del FSFI. Sin embargo y como se ha señalado antes, la mejoría experimentada por estas pacientes en la función sexual, no puede ser atribuida únicamente al alivio de los síntomas, puesto que se han evidenciado algunos de los factores psicológicos, como el alivio de las obligaciones contraceptivas y mejorías en la calidad de vida, que podrían contribuir igualmente a mejorar la respuesta sexual.

En la revisión sistemática citada a lo largo del presente trabajo², los ensayos clínicos que específicamente hacen referencia comparativa a las vías de abordaje incluyen a nueve estudios que abarcan un número de 762 pacientes, entre los principales resultados se hallan los dos aspectos circunscritos en este proyecto, como resultado primario se consideró, entre otros, a la calidad de vida y como complicaciones a largo plazo se incluyó a la función sexual, sin embargo, solo se encontró diferencias estadísticamente significativas tanto en un retorno a las actividades normales más corto y un nivel de satisfacción significativamente más alto a favor del abordaje vaginal que no es necesariamente un equivalente a calidad de vida cuyo enfoque tiende a ser más integral aproximándose en lo posible a los métodos de evaluación holísticos.

En cuanto a calidad de vida, la más reciente evidencia ha puesto de manifiesto que la histerectomía mejora significativamente la calidad de vida en el postoperatorio a corto y largo plazo.

En el mencionado estudio de Radosa y colaboradores⁵, las pacientes premenopáusicas con trastornos uterinos benignos sintomáticos en quienes se demostró una mejoría de la calidad de vida fue en el grupo de abordaje vaginal VH en comparación con los otros dos grupos.

Este hallazgo es importante mencionar, sobre todo tomando en cuenta que en el presente trabajo, no hubo pacientes con afectación significativa en su calidad de vida y por lo tanto tampoco se pudo establecer ninguna relación entre los abordajes quirúrgicos y esta variable, sin embargo, en base a los datos obtenidos, se ha conseguido exponer el comportamiento de la población objetivo de estudio respecto a los diferentes elementos del componente descriptivo de la encuesta EQ-5D en el apartado anterior.

Cabe mencionar nuevamente que, el enfoque para la selección de un tratamiento adecuado en cada paciente influye sustancialmente en la vía de elección del abordaje de aquellas pacientes en quienes se optó por histerectomía, por ejemplo, habitualmente se recomienda el abordaje vaginal (VH) en aquellas pacientes con prolapso uterino grados I y II concomitantes por lo que estas pacientes formaron la mayoría del grupo VH tanto en nuestro estudio como en los estudios citados hasta aquí.

Muchas manifestaciones uterinas asociadas, aparentemente leves, es decir que no requerirían tratamiento quirúrgico tras una evaluación inicial, generarían síntomas que afectarían sustancialmente la calidad de vida en estas pacientes, sin embargo en nuestro estudio no hubo afectación significativa de la calidad de vida en las dos cohortes de estudio tras la histerectomía como se refleja en los componentes del EQ-5D expuestos en el capítulo anterior.

En distintos estudios se ha observado que el alivio de los síntomas en el postoperatorio logrado por la histerectomía en pacientes con prolapso genital grados I y II se traduce en una mejoría comparable en su calidad de vida y función sexual.

En cuanto al tiempo postoperatorio, éste ha sido evaluado de forma particular dada su posible injerencia en el análisis final pues, la población objetivo de estudio abarca un periodo de 48 meses con una diferencia de 36 meses entre la primera paciente evaluada y la última. En los estudios analizados anteriormente se nota una estabilización en la respuesta sexual y calidad de vida transcurridos los 6 meses del postoperatorio, por lo que resultaría en una menor relación entre la cirugía y complicaciones de este orden transcurridos estos 6 meses.

Esto último explicaría lo reflejado en el presente estudio, donde no se encontró ninguna relación entre este factor y la función sexual y calidad de vida entre ambos grupos de abordaje quirúrgico.

En cumplimiento de los objetivos enmarcados en el presente trabajo se ha caracterizado la calidad de vida y función sexual de las pacientes objetivo de estudio más allá de su hipotética relación con la cirugía. En general diremos que en particular

para el caso de la encuesta FSFI, los puntajes de cada elemento de ésta, no difieren de forma significativa entre los dos grupos.

En mi opinión, los hallazgos del presente estudio, es posible que no estén directamente relacionados con la histerectomía y sus tipos de abordajes sino más bien parece resultar en alguna medida, de las limitantes metodológicas del estudio en cuanto al tamaño muestral y la logística de aplicación de las encuestas que pueden resultar en algún sesgo estadístico.

La forma de aplicación de las encuestas en el presente trabajo fue vía telefónica, la razón se explica por sus ventajas en cuanto logra una mayor tasa de respuesta que aquellas aplicadas de forma postal e incluso personal, situación de gran importancia en vista a la heterogeneidad geográfica de la población en estudio, pues el centro hospitalario sede del proyecto es de referencia a nivel nacional, y aunque no influyó necesariamente como el factor ya mencionado, ésta forma de aplicación de encuesta representó un gran ahorro de recursos en el desarrollo de la logística del proyecto.

Sin embargo, esta forma de ejecución de encuestas también tiene sus propias limitantes que las incluyo entre los principales defectos del presente trabajo. Como resulta lógico, la verbalización de las 25 preguntas en total resultó desafiante, especialmente dado su contenido sexual explícito en la mayor parte de ellas disminuyendo en lo posible cualquier direccionamiento del encuestador en las respuestas aunque no se logre controlar del todo otras posibles influencias.

5.2. CONCLUSIONES.

Ya he mencionado que el diseño del presente estudio constituye una limitación, ya que las pacientes no fueron evaluadas de forma preoperatoria; además, la función sexual postoperatoria de las pacientes y su calidad de vida se evaluaron sin tomar en cuenta su relación temporal con el momento de la ejecución del tratamiento quirúrgico, esta metodología constituyó otra limitación potencial con respecto a la validez externa de los datos.

La calidad de vida y en especial la función sexual en nuestras pacientes pudo haber sido afectada por factores no originados en la intervención quirúrgica, a pesar de ello, en esta muestra de estudio, no se observó diferencias significativas para cada uno de los componentes del EQ-5D y del FSFI.

En resumen, la histerectomía sin anexectomía por patología benigna no tuvo efectos significativos postoperatorios en la calidad de vida de nuestras pacientes y la afectación sexual observada en las pacientes intervenidas por vía abdominal no iría necesariamente en detrimento de este ya desprestigiado abordaje sino más bien desde el enfoque de este trabajo, nos queda planteada la interrogante de una posible disfunción sexual preoperatoria.

Las constataciones resultantes del presente trabajo discutidas en conjunto con la evidencia expuesta plantean la cuestión de si otros factores perioperatorios, controlables o no, están afectando y afectarán a nuestras pacientes sometidas a histerectomía por trastornos benignos.

Aunque los hemos analizado de forma algo escueta, resulta indispensable la introducción de modalidades terapéuticas alternativas, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas a fin de ampliar lo que en nuestro medio resulta ser el estrechísimo espectro de alternativas de manejo de la patología uterina benigna. Respecto a esto último, la calidad de vida y la sexualidad femenina parece ser un aspecto importante para la investigación adicional con el fin de mejorar el manejo integral de los trastornos uterinos benignos.

Finalmente recalquemos el hecho de que hay una ausencia de datos sobre los resultados a largo plazo tras la histerectomía principalmente en evidencia aportada por ECA's (ensayos clínicos aleatorizados) que comparen los distintos abordajes quirúrgicos. Los distintos estudios principalmente los ECA, deben volver la mirada a los resultados a largo plazo que incluyan entre otras complicaciones las disfunciones sexuales, el nivel de satisfacción y la calidad de vida.

Como se ha dicho ya, la calidad de vida y sus distintos enfoques como el sexual, resultarían en el principal factor a considerar desde el punto de vista de las pacientes por lo que estudios como el presente nos permitirán enriquecernos con la perspectiva de nuestras pacientes y mejorar sustancialmente los resultados globales.

5.3. RECOMENDACIONES.

- ✓ Como se ha sido enfático a lo largo de este estudio, tanto en la revisión sistemática citada como en muchos otros trabajos, el tema de la satisfacción de las pacientes intervenidas está siendo investigado, revelando que, un claro y cálido asesoramiento sobre el procedimiento quirúrgico sería el factor más correlacionado con las mejorías postoperatorias experimentadas por las pacientes, con el resultante impacto en su función sexual y calidad de vida.

- ✓ Desde la perspectiva de la paciente, su calidad de vida y función sexual son temas casi prioritarios, que merecen la atención de todos los involucrados en el tema de la cirugía ginecológica y además, desde nuestra perspectiva, estos dos aspectos deberían ser tomados en cuenta desde el mismo momento del planteamiento de la cirugía como alternativa terapéutica en el consentimiento informado.

- ✓ La naturaleza del presente trabajo no permite hacer extensivo el resultante impacto negativo que la histerectomía abdominal tendría en la respuesta sexual femenina, pero sobre el marco teórico que sustenta este proyecto cabe plantearnos la pregunta: ¿Por qué la frecuencia de histerectomías vaginales sigue siendo baja a pesar de la superioridad del abordaje vaginal en términos de costo-efectividad? Como actor directo relacionado con la actividad ginecológica, el autor del presente trabajo cree que en nuestro medio, la poca formación de los ginecólogos en esta vía, dentro y fuera del prolapso genital,

junto con la falta de precisión y protocolización de las indicaciones y contraindicaciones reales de la histerectomía son deudas postergadas en las que los actores docentes y estudiantes tienen que trabajar y en las que la utilización de guías clínicas para la elección de la vía de abordaje resultaría en un gran paso.

- ✓ Enmarcarnos en la máxima que dice: “el cirujano debe operar con la máxima seguridad, las mínimas complicaciones y lo más barato posible (en ese orden)” a fin de no tratar de operar todo por vía vaginal sucumbiendo a vanidades propias y principalmente, a las presiones de la cirugía de corta estancia.

- ✓ La exploración e implementación de modalidades no quirúrgicas de tratamiento como los ya mencionados y argumentados moduladores selectivos de los receptores de progesterona (MRP) en el contexto de la fibromiomatosis uterina como la patología uterina benigna más prevalente, es inexorable dados sus competitivos perfiles de costo efectividad. Otras alternativas por promoverse e implementarse serían los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (LNG-IUS) y porque no, la embolización de arterias uterinas.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sutton C. Hysterectomy: A historical perspective. *Bailleres Clin Obstet Gynaecol.* 1997; 11(1):1-22.
2. Aarts, J., Nieboer T., Johnson, N., Tavender, E., Garry, R., Mol, B., Kluivers K. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015, CD003677 (8). DOI. 10.1002/14651858.CD003677.
3. Lukacz ES., Warren LK., Richter HE., Brubaker L., Barber MD., Norton P., et al. Quality of Life and Sexual Function 2 Years After Vaginal Surgery for Prolapse. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(6):915-21.
4. Mäkinen, J., Brummer, T., Jalkanen, J., Heikkinen, A., Fraser, J., Tomás E, et al. (2013). Ten years of progress—improved hysterectomy outcomes in Finland 1996-2006: a longitudinal observation study. *BMJ Open*; 3(10): 003169.022.
5. Radosa, J., Meyberg, G., Kastl, C., Radosa, C., Mavrova, R., Gräber, S., Baum, S., Radosa, M. Influences of Different Hysterectomy Techniques on Patients Postoperative Sexual Function and Quality of Life. *Journal Sex Medicine.* 2014; 11:2342–2350.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 444. Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obstetrics & Gynecology* 2011; 114(5):1156-8.

7. Xavier Deffieux, Bertrand de Rochambeau, Gautier Chene, Tristan Gauthier, Samantha Huet, Gery Lamblin., et al. Hysterectomy for benign disease: clinical practice guidelines from the French College of Obstetrics and Gynecology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016; 202: 83–91.
8. Kate M., Brett and Jenny Higgins,. Hysterectomy Prevalence by Hispanic Ethnicity: Evidence From a National Survey. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(2): 307-312.
9. Mark C. Genesen., MD., Victor M. Feldbaum, MD., Guiding principles for privileging of innovative procedures in gynecology surgery. Committee opinión. *American College of Obstetrician and Gynecologist*. 2016; 128(674):85-89.
10. R. Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., D'Agostino. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self - Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(2): 191-208.
11. Thomas F. Baskett. Hysterectomy: Evolution and trends: Best Practice & Research *Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2005; 19(3):295-305.
12. Michael D. Moen, Holly E. Richter. Vaginal hysterectomy: past, present, and future. *Int Urogynecol J*.2014; 25:1161–1165.
13. Lethaby A., Mukhopadhyay A., Naik R. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; 4. (4993):12-17.

14. Sheth. S.S. The scope of vaginal hysterectomy. *European Journal of Obstetrics gynecology and Reproductive Biology*. 2004; 115(2):224-230.
15. Sutton C. Hysterectomy: a historical perspective. *Bailleres Clin Obstet Gynaecol*.1997; 11(1):1-22.
16. Detollenaere RJ., Kreuwel IA., Dijkstra JR., Kluivers KB., van Eijndhoven HW. The Impact of Sacrospinous Hysteropexy and Vaginal Hysterectomy With Suspension of the Uterosacral Ligaments on Sexual Function in Women With Uterine Prolapse: A Secondary Analysis of a Randomized Comparative Study. *J Sex Med*. 2016; 13(2):213-222.
17. Steward, EA. Uterine fibroids and Evidence-Based-Medicine. Not an Oxymoron. *N Engl J Med*. 2012; 366: 471- 473.
18. Lethaby A., Hussain M., Rishworth JR., Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavymenstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 4. (2126):1-27.
19. Pynna K., Vuorela P., Lodenius L., Paavonen J., Roine RP., Rasanen P. Cost-effectiveness of hysterectomy for benign gynecological conditions: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 93:225–232.
20. Howard W. Jones, S. Robert Kovac. Histerectomía. En John A. Rock, MD. Howard W. Jones III, MD. *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. Décima edición. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2010:727-761.
21. Souzan Kafy, Jack Y. J. Huang, Mohammed Al-Sunaidi, Daniel Wiener and Togas Tulandi. Audit of morbidity and mortality rates of 1792 hysterectomies. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2006; 13(1):55-59.

22. Zhang P1, Hu WL, Cheng B, Cheng L, Xiong XK, Zeng YJ. A systematic review and meta-analysis comparing immediate and delayed catheter removal following uncomplicated hysterectomy. *Int Urogynecol J.* 2015; 26(5):665-74.
23. Xiao M1, Gao H, Bai H, Zhang Z. Quality of life and sexuality in disease-free survivors of cervical cancer after radical hysterectomy alone. *Medicine (Baltimore).*2016; 95(36): e4787.
24. Manuel Mas. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev. Int. Androl.* 2007; 5(1):11-21.
25. Sheryl A. Kingsberg, PhD y Terri Woodard, MD. Disfunción sexual femenina con enfoque en la disminución del deseo. *Obstet Gynecol.* 2015; 125:477-86.
26. Informe de un grupo científico de la OMS. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. 1994. 866. 15-32. Recuperado desde: <http://apps.who.int/iris/bitstream>.
27. Danielle AJM Schoenaker, †. Caroline A Jackson,† Jemma V Rowlands and Gita D Mishra. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *International Journal of Epidemiology.*2014; 43(5): 1542–1562.
28. Dulón-Pérez MD. Chedraui MD., Monterrosa MD and Depiano MD. The menopause in Latin America. *Maturitas.* 2013; (74): 291–292.
29. Manuel Mas. Fisiología de la Respuesta Sexual. En J.F.A. Tresguerres. *Fisiología Humana. Tercera Edición.* Madrid. McGraw-Hill; 2010.p.1135-1145.
30. S. Robert Kovac, MD. Route of Hysterectomy: An Evidence-based Approach. *Clinical Obstetrics and Gynecology.*2014; 57(1): 58–71.

31. John Buster, MD., Sheryl Kingsberg, PhD., Charles Kilpatrick, MD. Female sexual dysfunction. Practice Bulletin. American College of Obstetrician and Gynecologist. 2016; 117(119): 996-1007. Reaffirmed 2015.
32. Rosemary Basson, Jennifer Berman, Arthur Burnett et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. The Journal of Urology. 2000; 163:888–893.
33. Raneer Thakar, MD. Is the Uterus a Sexual Organ? Sexual Function Following Hysterectomy. Sex Med Rev. 2015; 3:264–278.
34. Hari S. G. R. Tunuguntla and Angelo E. Gousse*, †. Female Sexual Dysfunction Following Vaginal Surgery: A Review. The Journal of Urology. 2006; 175: 439-446.
35. Andrea Bradford, MA. and Cindy Meston, PhD. Sexual Outcomes and Satisfaction with Hysterectomy: Influence of Patient Education. J. Sex. Med. 2007; 4(1): 106–114.
36. Margaret M. Ryan PhD. Hysterectomy: social and psychosexual aspects. 2015; 5(33):315-338.
37. Weber, A. M., Walters, M. D., Schover, L. R. and Mitchinson, A. Vaginal anatomy and sexual function. Obstet Gynecol. 1995;86(946):
38. Elisabetta Costantini., Massimo Porena., Massimo Lazzeri., Luigi Mearini., Vittorio Bini., Alessandro Zucchi. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. Int Urogynecol J. 2013; 357:762–774.

39. Virtanen H., Mäkinen J., Tenho T., Kiilholma P., Pitkänen Y., Hirvonen T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *Br. J. Urol.* 1993; 72(6):868-72.
40. Vinson M. Wang., Xiaopu Liu., Baltimore, MD., Fabio Castiglione., et al. Pelvic nerve injury leads to augmented adrenergic constriction and fibrosis of the distal vagina. *The Journal of Urology.* 2013; 189(4):420-421.
41. Miriam Kuppermann, Lee A. Learman, Michael Schembri, Steven E. Gregorich, Rebecca Jackson, Alison Jacoby, James Lewis, and A. Eugene Washington. Predictors of Hysterectomy Use and Satisfaction. 2010; 115(3):543-551.
42. Katarzyna Kanadys, Anna Wiktor-Stoma, Magdalena Lewicka, Magdalena Sulima, Henryk Wiktor. Predictors of the quality of life of women in perimenopausal period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2016; 23(4): 641-647.
43. World Health Organization. Programme on mental health. WHOQOL Measuring quality of life. 1997. Recuperado desde: www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
44. Melissa K. Rowe, PhD., David E. Kanouse, PhD, Brian S. Mittman, PhD., and Steven J. Bernstein, MD., MPH. Quality of Life Among Women Undergoing Hysterectomies. *Obstetrics & Gynecology.* 1999; 93(6):915-920.
45. Departamento de Sistemas Informáticos Integrales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste Consultas: medicina@med.unne.edu.ar Recuperado desde: <http://med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>

- 46.** Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI) Informed. Recuperado desde: <http://www.puce.edu.ec/documentos/Consentimiento-Clinico.pdf>
- 47.** Flory N., Bissonnette F., Amsel R.T., Binik Y.M., The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: A randomized controlled trial. *J Sex Med* 2006;3:483–491.

CAPITULO VII

ANEXOS.

7.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO (OMS)

“Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015”

-Nº PROTOCOLO y Versión.

-Investigador Principal: Marcelo Vinicio Checa Rivas

-Dirección del Centro Hospitalario: Av. Gran Colombia. Quito.

-Teléfono de atención durante el día: [\(02\) 250-7920](tel:022507920)

-Teléfono de contacto las 24 horas: [\(02\) 250-7920](tel:022507920) – 0996423126

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a mujeres premenopáusicas que han sido atendidas en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y que han sido intervenidas quirúrgicamente con histerectomía ya sea por abordaje abdominal o vaginal en el periodo comprendido desde enero del año 2013 hasta diciembre del 2015 por alguna patología distinta de cáncer.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- **Información (proporciona información sobre el estudio).**
- **Formulario de consentimiento o asentimiento (para firmar, de estar de acuerdo en participar).**

PARTE I: Información.

1. Introducción.

Yo soy Marcelo Vinicio Checa Rivas estudiante egresado del programa de especialización en Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Al momento estoy realizando un estudio que forma parte de mi proyecto de tesis para obtención de mi título de especialista, el mismo es sobre histerectomía, es decir la extirpación o retiro del útero por causas que no han sido cáncer, le hago de esta forma, la invitación formal y totalmente voluntaria a formar parte de este estudio respondiendo dos encuestas sencillas y rápidas enfocadas en dos aspectos principalmente: su calidad de vida y aspectos funcionales del espectro sexual una vez que Ud ha sido intervenida con la cirugía en cuestión.

No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar sobre la investigación con alguien que se sienta cómodo.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me interrumpe según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, el investigador de este proyecto.

2. Propósito u objetivo del estudio.

No existen hasta ahora estudios similares al propuesto en esta ocasión, es decir tratar de clarificar las ventajas que ofrece esta intervención quirúrgica en donde se retira el útero al hacerlo a través del abdomen frente a hacerlo por la vagina. Hasta aquí se ha establecido que el hacerlo a través de la vagina ofrece claras ventajas como menos dolor tras la cirugía, menos pérdida de sangre, más rápida y claro más estética al no dejar ni una sola cicatriz en piel visible a pesar de esto se evidencia que no es y por mucho la más utilizada por los ginecólogos.

De esta manera, el objetivo de este estudio es incentivar la utilización de la técnica que mejores ventajas ofrece basado en los datos obtenidos sin que esto reste importancia al juicio crítico e individual que cada médico aplica a cada uno de sus pacientes.

3. Tipo de Intervención de Investigación.

Esta investigación incluirá la realización de dos encuestas, rápidas y fáciles de responder mismas que serán facilitadas por el investigador quien le ayudará ante cualquier inquietud respecto a las mismas.

4. Selección de participantes.

Usted ha sido seleccionada como participante pues reúne las condiciones necesarias para la misma, como por ejemplo, su edad y haber sido operada del útero por razones que no fueron cáncer.

5. Participación Voluntaria.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

6. Procedimientos y Protocolo.

Para su análisis las pacientes serán divididas en grupos tanto por si su cirugía fue por vagina u abdomen como por si son del grupo de pacientes sanas sin el antecedente.

7. Duración.

La investigación durará 3 meses en total. Durante ese tiempo, será necesario que venga al hospital solamente el día acordado a la hora y en el sitio dentro de las instalaciones del hospital. Al finalizar los tres meses, se finalizará la investigación.

8. Las circunstancias y/o razones previstas bajo las cuales se puede dar por terminado el estudio o la participación del sujeto en el estudio.

9. Riesgos.

Su participación en el presente estudio no reviste ningún tipo de riesgo para usted.

10. Molestias.

Al participar en esta investigación no experimentará molestias.

11. Beneficios

No existe un beneficio directo para usted. Sin embargo, es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación.

Puede que no haya beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien.

12. Incentivos.

De existir, se le realizará el reembolso por gastos incurridos al participar en la investigación.

13. Confidencialidad.

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos mediante este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted recogida a través de las encuestas será puesta fuera de alcance y nadie, sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie, excepto el médico principal de la investigación: Dr. Marcelo Vinicio Checa Rivas.

14. Compartiendo los Resultados.

Los resultados de la investigación serán compartidos, respaldados y defendidos a través de un tribunal académico a cargo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Los resultados de la misma estarán disponibles en la biblioteca de la Universidad en cuestión y a la vez podrían solicitarse en cualquier momento.

15. Derecho a negarse a participar o retirarse del estudio.

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

16. Alternativas a la Participación.

Ud. no está obligado a responder estas encuestas de forma escrita y presencial, existen otras alternativas para su participación como por ejemplo a través de su contestación vía telefónica.

17. Los compromisos que asume el sujeto de la investigación.

La seguridad de recibir respuesta oportuna a preguntas, aclaraciones o dudas sobre los procedimientos, riesgos o beneficios relacionados con la investigación.

18. A Quién Contactar.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar: Marcelo Checa Rivas, Pinar Alto cel. 0996423126

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por [nombre del comité de evaluación ética] fecha [institucional local], que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre histerectomía y afectación de calidad de vida y función sexual.

Entiendo que seré entrevistado con el fin de responder dos encuestas en una sola cita con el investigador. He sido informado sobre el propósito del estudio y otros pormenores y de que no posee riesgos a mi integridad física y psicológica. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará por este estudio. Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto:

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ y huella dactilar del participante.

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente).

7.2. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

FICHA DE ANTECEDENTES GENERALES

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

IMC: _____ Estado civil: ____Soltera

____Casada ____Separada ____Conviviente

____Viuda

Reemplazo Hormonal: ____SI (TRH) ____NO ETNIA: _____

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Nº de hijos: ____ Tipo de parto: ____ Normal ____Fórceps

____Cesárea

Medicamentos: _____

HÁBITOS: Tabaco: ____SI ____NO Alcohol: ____SI ____NO

DIAGNÓSTICO: _____

PREMENOPAUSIA: SI:_____ NO:_____

CIRUGIA REALIZADA:_____

FECHA DE CIRUGIA: _____

COMPLICACIONES QUIRURGICAS: SI:_____ NO:_____

TIEMPOS POST QUIRURGICO (MESES): _____

7.3. CUESTIONARIO FSFI (FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX).

INDICE DE FUNSION SEXUAL FEMENINA.

Instrucciones:

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas.

Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible.

Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones:

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual: es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

___ Siempre o casi siempre

___ La mayoría de las veces (más que la mitad)

___ A veces (alrededor de la mitad)

___ Pocas veces (menos que la mitad)

___ Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

___ Muy alto

___ Alto

___ Moderado

___ Bajo

___ Muy bajo o nada

Excitación sexual: es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

___ No tengo actividad sexual

___ Siempre o casi siempre

___ La mayoría de las veces (más que la mitad)

___ A veces (alrededor de la mitad)

___ Pocas veces (menos que la mitad)

___ Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

___ No tengo actividad sexual

___ Muy alto

___ Alto

___ Moderado

___ Bajo

___ Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

___ No tengo actividad sexual

___ Muy alta confianza

___ Alta confianza

___ Moderada confianza

___ Baja confianza

___ Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

___ No tengo actividad sexual

___ Siempre o casi siempre

___ La mayoría de las veces (más que la mitad)

___ A veces (alrededor de la mitad)

___ Pocas veces (menos que la mitad)

___ Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

___ No tengo actividad sexual

___ Siempre o casi siempre

___ La mayoría de las veces (más que la mitad)

___ A veces (alrededor de la mitad)

___ Pocas veces (menos que la mitad)

___ Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

___ No tengo actividad sexual

___ Extremadamente difícil o imposible

___ Muy difícil

___ Difícil

___ Poco difícil

___ No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

___ No tengo actividad sexual

___ Siempre o casi siempre la mantengo

___ La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)

A veces la mantengo (alrededor de la mitad)

Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)

Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Extremadamente difícil o imposible

Muy difícil

Difícil

Poco difícil

No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

No tengo actividad sexual

Siempre o casi siempre

La mayoría de las veces (más que la mitad)

A veces (alrededor de la mitad)

Pocas veces (menos que la mitad)

Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

No tengo actividad sexual

Extremadamente difícil o imposible

Muy difícil

Difícil

Poco difícil

No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Muy satisfecha

Moderadamente satisfecha

Ni satisfecha ni insatisfecha

Moderadamente insatisfecha

Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

No tengo actividad sexual

Muy satisfecha

Moderadamente satisfecha

Ni satisfecha ni insatisfecha

Moderadamente insatisfecha

Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

Muy satisfecha

Moderadamente satisfecha

Ni satisfecha ni insatisfecha

Moderadamente insatisfecha

Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

Muy satisfecha

Moderadamente satisfecha

Ni satisfecha ni insatisfecha

Moderadamente insatisfecha

Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual

Siempre o casi siempre

La mayoría de las veces (más que la mitad)

A veces (alrededor de la mitad)

Pocas veces (menos que la mitad)

Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual

Siempre o casi siempre

La mayoría de las veces (más que la mitad)

A veces (alrededor de la mitad)

Pocas veces (menos que la mitad)

Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual

Muy alto

Alto

Moderado

Bajo

Muy bajo o nada

7.3.1. ANEXO DE PROCESAMIENTO DE ENCUESTA FSFI.

Tabla 10. Sistema de puntuaciones 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
Rango total de la escala				2,0	36,0

7.4. CUESTIONARIO EQ-5D

(EUROPEAN QUALITY OF LIFE FIVE DIMENSION SCALE)

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA.

Marque con una cruz como esta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

