

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

CARRERA MEDICINA

**ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON
DIAGNÓSTICO DE LESIONES PREMALIGNAS POR HPV
EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD DEL SUR,
DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2015”**

**TESIS DE DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

Dr. ALOMÍA SÁA VÍCTOR MANUEL

Director: Dr. Fernando Villacrés Gamboa
Director metodológico: Dr. Hugo Pereira Olmos

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida, por otorgarme la libertad para elegir la carrera deseada y la especialización que más anhelaba.

A cada uno de mis seres queridos por el tiempo que no pude compartir con ellos, pero que comprendieron que se los dedicaba a los pacientes que permitieron el transcurso de esta carrera.

A la Universidad Pontificia Universidad Católica por permitirme formar parte de su prestigiosa institución y a cada uno de los maestros y docentes por formarnos en lo profesional y humanístico.

A la Unidad Metropolitana de Salud Sur por convertirse en nuestro segundo hogar donde aprendimos sobre la profesión, a la cual nos entregamos y que hemos elegido.

Al doctor Fernando Villacrés y al doctor Hugo Pereira por su colaboración, paciencia y amistad como asesores de tesis.

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTO	II
LISTA DE CUADROS.....	VII
LISTA DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
CAPÍTULO I	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3. HIPÓTESIS.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN	4
1.5. OBJETIVOS	6
1.5.1. General.....	6
1.5.2. ESPECÍFICOS.-.....	6
CAPITULO II.....	8
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
2.1. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV).....	8
2.1.1. CICLO VIRAL DEL HPV	9
2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	10
2.1.3. VÍAS DE TRANSMISIÓN	11
2.1.4. FACTORES DE RIESGO PARA LA PERSISTENCIA DE LA INFECCIÓN Y PROGRESIÓN A CÁNCER.....	12
2.1.4.1. Co-factores ambientales o exógenos.....	12
2.1.4.1.1. CONSUMO DE TABACO	12
2.1.4.1.2. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	12
2.1.4.1.3. CO-INFECCIÓN CON OTROS AGENTES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	13
2.1.4.1.4. PARIDAD.....	13
2.1.4.2. Co-factores virales.....	13
2.1.4.3. Co-factores del huésped.	13
2.1.5. LESIONES PREMALIGNAS	14
2.1.5.1. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 1 (NIC 1).....	14

2.1.5.2. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 2 (NIC 2).....	15
2.1.5.3. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 3 (NIC 3).....	15
2.1.6. CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	15
2.1.7. CLASIFICACIÓN SEGÚN SU FORMA PATOLÓGICA.....	16
2.1.7.1. INFECCIÓN DE TIPO LATENTE.....	16
2.1.7.2. INFECCIÓN SUBCLÍNICA.....	16
2.1.7.1. INFECCIONES PRODUCTIVAS O ACTIVAS.....	17
2.1.8. DIAGNÓSTICO DEL VPH.....	17
2.1.8.1. PRUEBA VPH.....	18
2.1.8.2. GENOTIPIFICACIÓN DE VPH.....	19
2.1.9. VACUNACIÓN.....	19
2.1.10. FUNCIÓN SEXUAL Y HPV.....	20
2.2. FUNCIÓN SEXUAL EN LA MUJER.....	20
2.2.1. HISTORIA.....	20
2.2.2. DEFINICIONES.....	21
2.2.3. FUNCIÓN SEXUAL.....	21
2.2.4. FISIOLÓGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL.....	23
2.2.5. FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL.....	24
2.2.5.1. Fase de excitación.....	24
2.2.5.2. Fase de meseta.....	25
2.2.5.3. Fase Orgásmica.....	26
2.2.5.3.1. Mono-orgásmico.....	27
2.2.5.3.2. Poli-orgásmico.....	28
2.2.5.3.3. Multi-orgásmico.....	28
2.2.5.3.4. Patrón tetánico.....	29
2.2.5.4. Fase resolutive.....	29
2.2.6. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.....	30
2.2.6.1. Evaluación médica - fisiológica.....	30
2.2.6.2. Evaluación psicosocial - psicosexual.....	31
2.3. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.....	32

2.3.1. Definición de disfunción sexual de la mujer	33
2.3.3. Factores de Riesgo	34
2.3.4. CLASIFICACIÓN	35
2.3.4.1. TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL	35
2.3.4.1.1. Deseo sexual hipoactivo	35
2.3.4.1.2. Trastorno por aversión al sexo	36
2.3.4.1.3. Trastorno de la excitación sexual en la mujer	37
2.3.4.2. TRASTORNO ORGÁSMICO	37
2.3.4.2.1. Trastorno orgásmico femenino	37
2.3.4.3. TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR	38
2.3.4.3.1. Dispareunia	38
2.3.4.3.2. Vaginismo	38
2.3.4.4. TRASTORNO SEXUAL DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	39
2.3.4.5. TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIAS	39
2.3.4.5.1. Sustancias específicas	40
2.3.4.6. TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO	41
2.3.4.7. DISFUNCIÓN SEXUAL Y VIRUS DE PAPILOMA HUMAN	41
CAPITULO III	43
3. MARCO METODOLÓGICO	43
3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
3.1.1. Variable Independiente	43
3.1.2. Variable Dependiente	43
3.1.3. Variables de confusión	43
3.2. MUESTRA	46
3.2.1. Población - universo de estudio	46
3.2.2. Tipo de Muestreo	46
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	48
3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	48
3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	48
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	49

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	50
3.5.1. Fuente	50
3.5.2. INSTRUMENTOS	50
3.6. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	52
IV. RESULTADOS	53
V. DISCUSIÓN.....	64
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
6.- CONCLUSIONES.....	68
7. RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFIA.....	72
ANEXOS.....	80
11.1. CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL.....	80
11.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	81

LISTA DE CUADROS

1.- CARACTERÍSTICAS DE DESEMPEÑO DE LOS DIFERENTES MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.....	PÁG 19
2.- DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LAS MUJERES DEL UMSS PERÍODO 2015.....	PÁG 55
3.- TABAQUISMO EN LAS MUJERES DEL UMSS....	PÁG 55
4.- USO DE ANTICONCEPTIVOS.....	PÁG 56
5.- NÚMERO DE HIJOS EN LAS MUJERES.....	PÁG 56
6.- COMIENZO DE PROBLEMAS SEXUALES EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR.....	PÁG 57
7.- ENFERMEDADES CAUSANTES DE DISFUNCION SEXUAL EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR.....	PÁG 58
8.- TIEMPO DE EVOLUCIÓN LAS LESIONES PREMALIGNAS Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR...PÁG 58	
9- MEDIDAS DE ASOCIACIÓN POR COMPONENTES DE LA FUNCIÓN SEXUAL	PÁG 61
10.- ASOCIACION DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	PÁG 62
11.- ASOCIACIÓN DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES PREMALIGNAS CON EL DESARROLLO DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL ESTUDIO DE LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR....	PÁG 63

LISTA DE FIGURAS

1.- CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES PREMALIGNAS.....	PÁG 18
2.-CICLO DE RESPUESTA SEXUAL.....	PÁG 21
3.- RELACIONES EXISTENTES ENTRE LA INTIMIDAD, EXITACIÓN SEXUAL, EL DESEO Y LA SATISFACCIÓN.....	PÁG 22
4.- ESQUEMA INTERACTIVO DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	PÁG 23
5.- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PATRÓN MONORGÁSMICO.....	PÁG 27
6.- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PATRÓN POLIORGÁSMICA.....	PÁG 28
7.- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PATRÓN MULTIORGÁSMICA.....	PÁG 28
8.- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PATRÓN TETÁNICO.....	PÁG 29
9.- DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR.....	PÁG 53
10.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR.....	PÁG 54
11.- ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR.....	PÁG 54

RESUMEN

El estudio de la disfunción sexual en mujeres con diagnóstico de lesiones pre malignas por virus del papiloma humano (HPV) en la Unidad Metropolitana de Salud del Sur-UMSS durante el período de enero a diciembre del 2015 se contextualiza en la problemática del HPV y en dos estudios científicos que alertan la incidencia del HPV, que desencadena altos niveles de disfunción sexual.^{1,2}

Se aborda el vacío existente en relación al conocimiento relacionado con la infección por el HPV, las implicaciones físicas y las manifestaciones emocionales que puede influenciar en la disfunción sexual femenina, debido a falta de estudios en la UMSS.

Hipótesis.

El diagnóstico de lesiones pre malignas por papiloma virus humano en mujeres que acuden a la consulta externa de colposcopia de la Unidad Metropolitana de Salud Sur es un factor de riesgo para el desarrollo de disfunción sexual.

Objetivo General.

Identificar la asociación de riesgo para el desarrollo de trastornos de disfunción sexual en mujeres con diagnóstico de lesiones pre malignas por HPV que acuden a la consulta externa de colposcopia de la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

La metodología utiliza dos grupos de cohorte una expuesta (119) y otra no expuesta (118) siendo un estudio observacional de cohorte histórica.

La recolección de la información que sustenta la investigación se realiza a través del cuestionario SyDSF-AP y de la historia clínica. La información se procesa en el programa Excel y para el análisis técnico de la misma se maneja el programa estadístico SPSS.

Resultados.

De la muestra establecida, conformada por 237 pacientes en edad promedio de 34,41 años, el 54% cuentan con educación secundaria, el 80% con estado civil casado o unión libre.

El 72,6% refiere no haber tenido más de 2 parejas sexuales y el 71,4% de las pacientes expuestas a lesiones pre malignas por HPV manifiestan tener disfunción sexual, RR: 1,09, IC95%:(0,92 – 1,30), P: 0,301.

Conclusión.

Según el valor calculado del riesgo relativo se puede observar que existe una leve asociación de adquirir un trastorno de disfunción sexual en pacientes con lesiones pre malignas por HPV, pero que los intervalos de confianza son demasiado amplios para determinar como un riesgo considerable

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (HPV) es una de las infecciones virales que tiene mayor incidencia a nivel mundial y se considera una de las enfermedades de transmisión sexual con mayor frecuencia por el riesgo de lesiones condilomatosas a nivel genital, anal y de orofaringe, por las distintas prácticas y hábitos sexuales.

Esta enfermedad de transmisión sexual, por su aparición frecuente, constituye uno de los factores más importantes para el desarrollo de lesiones condilomatosas y para la presencia de lesiones pre malignas con evolución al cáncer de cuello uterino, aumentando la mortalidad y comorbilidades.³

La mayoría de mujeres y hombres sexualmente activos, se infectan por el virus HPV al menos una vez a lo largo de la vida, pero solo una minoría de las mujeres infectadas desarrollan lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino.⁴

El ser humano, al ser una entidad integral, está comprendido por varios campos que conforman sus esferas físicas, psíquicas y sociales, las que requieren de un equilibrio a fin de llevar un adecuado funcionamiento y calidad de vida.

Diferentes estudios indican que la calidad de vida sexual se ve modificada en respuesta a enfermedades crónicas como el cáncer.^{5,6}

Los estudios sobre disfunción sexual han cobrado interés en otras áreas multidisciplinarias que han orientado a determinar el impacto que puede tener la cirugía uro-ginecológica, así como otras condiciones médicas y factores psicosociales en la sexualidad femenina.^{7,8,9,10}

El presente estudio constituye un estímulo para el abordaje técnico de la infección por virus del papiloma humano por la incidencia de manera directa en la salud integral y enfoca su atención en la observación de los eventos que se generan en la esfera psicológica que determinan sentimientos de culpabilidad o rechazo hacia la pareja.¹¹

El Ecuador tiene una población de 4.42 millones de mujeres en edad reproductiva con riesgo de desarrollar cáncer cervical, los datos actuales indican que cada año, 1666 mujeres son diagnosticadas con lesiones asociadas a HPV y que 832 mueren a causa de cáncer cervical, constituyendo el segundo tipo de cáncer ginecológico en el Ecuador y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres entre 15 y 44 años.

En América Latina existe un aproximado de 529,409 nuevos casos y 274,883 muertes en 2008.¹²

El fácil acceso a la información que ofrece la tecnología y el papel protagónico del virus del papiloma humano en su relación con el cáncer cérvico uterino, sugestionan a las pacientes portadoras de HPV la connotación de “haber adquirido cáncer”.¹³

Cabe indicar que el impacto del diagnóstico patológico en la esfera emocional puede, en ocasiones, ser más dañino que el causado por los cambios evolutivos de la misma enfermedad, produciendo estragos en el tratamiento, seguimiento y aislamiento de la paciente y en la aparición de alteraciones en la esfera bio-psicosocial y afectiva que empeoran la calidad de vida.^{14, 15}

Los estudios limitados existentes, han orientado sus esfuerzos a la explicación de esta problemática y a la interrelación con los trastornos psicosociales asociados a la infección por HPV, por lo que la información existente sobre este tema es limitada.¹⁶

En el marco de esta realidad, el objetivo del presente estudio es determinar el impacto de la infección por el virus HPV y la posterior manifestación de estados de disfunción sexual que viabilice la derivación de estas pacientes a la consulta especializada de manera oportuna para un manejo integral.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por el virus del papiloma humano (HPV) constituye un problema cada vez más frecuente y en continuo crecimiento, las implicaciones físicas y las manifestaciones emocionales pueden influenciar en la disfunción sexual de la mujer con actividad sexual.

En la Unidad Metropolitana de Salud Sur no se han realizado estudios en el año 2015 al respecto, generando un vacío en el conocimiento y manejo de esta situación.

¿Son las lesiones pre malignas por el virus HPV un factor de riesgo para desarrollar disfunción sexual en las pacientes que acuden a la consulta externa de ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur?

1.3. HIPÓTESIS

El diagnóstico de lesiones pre malignas por papiloma virus humano en mujeres que acuden a la consulta externa de colposcopia de la Unidad Metropolitana de Salud Sur es un factor de riesgo para el desarrollo de disfunción sexual.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En el país, el conocimiento sobre el tema es limitado, las investigaciones publicadas sobre esta problemática así como la literatura científica son escasas en comparación con otros países, como Colombia, que realizó una investigación en el 2010, cuyos resultados demostraron la presencia de disfunción sexual en el 80% de estas mujeres, siendo el aspecto más afectado el placer sexual y los trastornos orgásmicos con un 95.8% y un 69% respectivamente (2). (Estudio de cohorte sobre el impacto del diagnóstico de

displasia cervical en infección por virus del papiloma humano en la función sexual de mujeres en un hospital de segundo nivel en Bogotá-Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*”).

En el Reino Unido, en el 2004, el estudio McCaffery y Waller demostró que las pruebas positivas para el virus HPV se asociaron con niveles más altos de ansiedad y consternación por las relaciones sexuales. “McCaffery, K; Waller, J. (2004). Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology*(1).

En la Unidad Metropolitana del Sur-Quito, en el 2015, se diagnosticó a 418 mujeres con enfermedad inflamatoria del cuello del útero, de este total, únicamente 157 mujeres tuvieron diagnóstico de displasia del cuello uterino; las 261 mujeres restantes quedaron sin diagnóstico de disfunción sexual y más grave aún sin tratamiento oportuno.

La institución no registra cifras relacionadas con el estado emocional de las usuarias conexas con estas alteraciones.

Lo expuesto evidencia la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre la realidad de la infección por el virus del papiloma humano (HPV) y su repercusión sobre la disfunción sexual por su alta incidencia debido a la gran población en riesgo, lo que conlleva a un problema de salud pública que debe

ser abordado desde diferentes ámbitos, particularmente el ámbito de la acción preventiva.

Por tanto, es indispensable que se considere la atención preventiva como una alternativa de atención por el menor costo y mayor efectividad que se ofrece en relación con las intervenciones curativas y porque impide el progreso y complicaciones de la enfermedad y evita alteraciones en la vida psicológica de las mujeres.

1.5. OBJETIVOS.

1.5.1. GENERAL.

- Identificar la asociación de riesgo para el desarrollo de trastornos de disfunción sexual en mujeres con diagnóstico de lesiones pre malignas por el virus HPV que acuden a la consulta externa de Ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

1.5.2. ESPECÍFICOS.

- Establecer la incidencia de disfunción sexual en mujeres con diagnóstico de lesiones pre malignas por el virus HPV que acuden a la consulta externa de colposcopia del UMSS.
- Identificar trastornos en la función sexual relacionados con el diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano.

- Describir los cofactores asociados al diagnóstico del virus HPV que contribuyen al desarrollo de disfunción sexual en pacientes diagnosticadas de infección por HPV.
- Recomendar estrategias integrales de tratamiento y prevención para mejorar el problema.

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

El cuello uterino tiene dos tipos de epitelios: el glandular, que se encuentra en el endocérnix y el escamoso en el ectocérnix, epitelios que están expuestos a la infección por el Virus Papiloma Humano (HPV).

La infección por el virus HPV es una patología frecuente y muy prevalente, con una alta tasa de mortalidad cuando desarrolla cáncer cervical; ocupando el tercer lugar a nivel mundial, situación que ha propiciado el desarrollo de diversas técnicas para su diagnóstico temprano e intervención oportuna.

2.1. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV).

Es un pequeño virus de alta contagiosidad asociado a las anomalías citológicas e histológicas de bajo y alto grado del cuello uterino.¹⁷

Es un virus de ADN de doble cadena, de la familia Papovaviridae, de aproximadamente 7900 pares de bases de ácido desoxirribonucleico (ADN), con un virión no envuelto que mide 45 a 55 nm de diámetro y una cápside proteica icosaédrica,

Contiene de 9 a 10 regiones codificantes de proteínas denominados ORF “open reading frames” que constituyen marcos de lectura abierta¹⁸, la cápside del

virus dispone de dos proteínas importantes para la infectividad¹⁹ (Palacios, 2012): *proteína L1*, es el elemento estructural primario, presenta 360 copias de la proteína organizada en 72 capsómeros y, la *proteína L2* ubicada en el centro de los capsómeros²⁰ que interviene en los procesos de la infección: la entrada del virus a las células, en la localización de los componentes virales en el núcleo, en la unión al ADN, en la formación de la cápside y en la estabilidad viral²¹ (Campo col., 2010).

La capa basal en división es el lugar de infección inicial desde donde se infecta a las capas superiores.

Los serotipos que infectan las mucosas ano genitales son aproximadamente 35, de los cuales existe un grupo altamente oncogénico como se explica más adelante.²² La predilección de las mucosas son las más húmedas por lo que la región ano genital es la más afectada.²³ El contagio es mediante el contacto oral-genital o el tacto oral de los genitales con las manos.

2.1.1. CICLO VIRAL DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV).

Una vez iniciada la infección de la capa basal, el ciclo de vida viral atraviesa por etapas sucesivas de amplificación del genoma: ensamblaje viral y liberación viral, con un cambio concomitante en los patrones de expresión de los genes tempranos a expresión de los genes tardíos, incluyendo L1 y L2, que se ensamblan para formar las cápsides virales.

Los genes del HPV se designan mediante las letras "E" (del inglés "Early") o L (del inglés "Late"), dependiendo de su manifestación en las etapas de diferenciación tempranas o tardías del epitelio: E1, E2, E5, E6, y E7 que se expresan pronto en la diferenciación. E4 se expresa durante el proceso, L1 y L2 se expresan en las fases finales de la diferenciación. E6 y E7 constituyen las principales oncoproteínas del HPV las cuales se sobre expresan en las lesiones pre-malignas, la E6 es la encargada de bloquear la apoptosis y la E7 impide que se detenga el ciclo viral.²⁴

Los virus de bajo riesgo: HPV-6 y el HPV-11 pueden causar cambios de bajo grado en las células del cuello uterino, pero no se transforman en cáncer.²⁵

Y los tipos llamados de "alto riesgo" incluyen: HPV-16. •HPV-18. •HPV-31. •HPV-35. •HPV-39. •HPV-45. •HPV-51. •HPV-52. •HPV-8.

El sistema inmunológico del cuerpo elimina la infección con el HPV, por lo general, en el lapso de 2 años, tanto para el tipo de alto riesgo como para el de bajo riesgo del HPV, alrededor de un 90%.²⁶

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA.

En los Estados Unidos, más de 6 millones de personas (hombres y mujeres) contraen una infección con el HPV cada año. El HPV genital es especialmente común entre los jóvenes. Un estudio realizado en el 2011 indica que alrededor del 45% de las mujeres, entre las edades de 20 a 24, presentan un alto riesgo

de HPV y que alrededor del 25% de jóvenes de 14 a 19 años evidencian un alto riesgo de HPV.²⁷ (Vinay,col 2007).

En América Latina y en países del Caribe la prevalencia de infección por HPV, determinada mediante reacción de polimerasa en cadena (RPC) en 21.600 mujeres sanas, fue de 18,7% (IC95% 15,3-22,0)²⁸

La edad más frecuente en que se presentan los condilomas es entre los 16 y 25 años, en aproximadamente el 20 a 40%.^{28,29}

2.1.3. VÍAS DE TRANSMISIÓN.

La relación sexual es la ruta primaria de transmisión: genitales, ano-genitales y orales, por contacto cercano de piel a piel o de mucosa a mucosa.^{30,31}

La transmisión no sexual, por compartir fómites, como toallas húmedas o ropa interior contaminada.^{32,33,34}

La transmisión de madre a hijo se produce por tres vías:

- 1) periconceptual,
- 2) prenatal y
- 3) perinatal.³⁵

2.1.4. FACTORES DE RIESGO PARA LA PERSISTENCIA DE LA INFECCIÓN Y PROGRESIÓN A CÁNCER

La existencia de pacientes con infección de HPV que no progresan a cáncer presupone la presencia de factores de riesgo que pueden potenciar el desarrollo de la patología maligna.²²

Se han determinado algunos co-factores los cuales se agrupan en tres categorías:

2.1.4.1. Co-factores ambientales o exógenos.

Los mismos que incluyen: consumo de tabaco, uso de anticonceptivos orales a largo plazo, alta paridad y co-infección con otras enfermedades de transmisión sexual.

2.1.4.1.1. CONSUMO DE TABACO.

El consumo y cantidad de cigarrillo constituye un factor asociado al desarrollo de patología maligna, ya que su consumo reduce la respuesta inmunitaria y existe mayor probabilidad de presentar carcinoma escamoso del cérvix.³⁶

2.1.4.1.2. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

El uso de anticonceptivos orales incrementa el riesgo cuando su consumo es por más de 5 años. Es factible que los contraceptivos actúen como cofactor, ya que se ha observado que el genoma viral tiene receptores de progesterona con

respuesta hormonal, particularmente con los anticonceptivos a base de progestágenos.

2.1.4.1.3. CO-INFECCIÓN CON OTROS AGENTES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

La *Chlamydia trachomatis* infecta el aparato genital; estudios al respecto han demostrado que existe mayor riesgo para las mujeres con infección actual o pasada que aquellas que nunca han tenido esta infección.²⁰

El virus del herpes simplex 2 (HSV-2) ha sido descrito también como un co-factor en el desarrollo del cáncer cervical.

2.1.4.1.4. PARIDAD.

Algunos estudios indican que los cambios hormonales e inmunitarios de las pacientes con más de 5 partos aumentan la probabilidad para esta condición, debido a la secreción de progestágenos durante el embarazo y a la disminución de los estrógenos que actúan a nivel de los cambios epiteliales de las células del cervix.³⁷

2.1.4.2. Co-factores virales.

La co-infección viral y la carga viral son los factores más importantes.¹⁵

2.1.4.3. Co-factores del huésped.

Que incluyen hormonas endógenas, factores genéticos y otros factores relacionados con la respuesta inmunológica.

En la población inmunocomprometida, el riesgo es mayor como pacientes trasplantados, pacientes con SIDA o que reciben terapia inmunosupresora.²³

2.1.5. LESIONES PREMALIGNAS.

Las lesiones pre malignas por el virus HPV son las alteraciones celulares que presentan un tejido orgánico, pero que todavía no evidencian una alteración celular que sea compatible con alteraciones de tipo cancerígeno,³⁸ proponiendo el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC o CIN) para explicar el espectro de daño tisular y el establecimiento de tres grados de afectación: CIN I o displasia leve, CIN II o displasia moderada y CIN III o displasia grave/carcinoma in situ.

El inicio temprano de la vida sexual, las relaciones con múltiples compañeros sexuales, el tabaquismo, el déficit nutricional, la disminución de la actividad inmunológica son factores de riesgo que al actuar sinérgicamente podrían, en un tiempo impredecible, evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y posteriormente al cáncer. ²⁷(Vinay. 2007).

2.1.5.1. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 1 (NIC 1).

El diagnóstico es histopatológico, tienen un riesgo menor de progresar al cáncer. El diagnóstico de NIC 1 incluye errores de localización, de procesado y de interpretación de la biopsia por colposcopia y presenta una alta tasa de regresión espontánea.²⁵

El riesgo de desarrollar una LSIL entre las mujeres con una citología normal y un test positivo de detección de ADN del HPV se sitúa entre un 25% y 40% posterior al seguimiento de 1 a 5 años. Un gran porcentaje de los casos logran remisión a los 4 años.

Las mujeres con un diagnóstico persistente de NIC 1 pueden progresar a NIC 2-3 con una frecuencia del 15% en los 2 años siguientes. Una lesión NIC 1 persistente debe someterse a seguimiento ya que en algunos casos puede ocultar NIC 2-3 no detectados.²⁶

2.1.5.2. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 2 (NIC 2).

Las NIC 2 son lesiones precancerosas por diagnósticos errados, pero que se tratan ante la duda.²⁴

2.1.5.3. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 3 (NIC 3).

Aproximadamente el 30% de estas lesiones progresan a cáncer, lesiones que siempre deben tratarse, logrando un 90% de resultados exitosos.

2.1.6. CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

La mediana de edad de las mujeres afectadas por cáncer invasivo es de 40-50 años.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células escamosas (80-85% de los casos).

El adenocarcinoma es el segundo tipo más frecuente.³⁹

2.1.7. CLASIFICACIÓN SEGÚN SU FORMA PATOLÓGICA.

La infección por el virus de papiloma humano se clasifica de acuerdo con su forma patológica.^{40,41}

2.1.7.1. INFECCIÓN DE TIPO LATENTE.

Ocurre inicialmente en el epitelio cervical y se produce en las células inmaduras, es decir, en las células basales o metaplásicas del epitelio escamoso.

El ADN viral se mantiene dentro de la célula libre sin replicarse; citológicamente no se observan cambios morfológicos, las células o tejidos son aparentemente normales y sin ninguna manifestación de enfermedad por lo que la detección viral en este caso únicamente puede realizarse por métodos moleculares o técnicas específicas como Hibridación in situ o reacción en cadena de la polimerasa (PCR).⁴²

2.1.7.2. INFECCIÓN SUBCLÍNICA.

Se evidencia en cambios microscópicos del epitelio cervical (coilocitos, displasias) que se detecta en las citologías o cortes histológicos de los tejidos afectados.

La presencia de HPV se puede verificar mediante el uso de un colposcopio, a través del cual se observan cambios de coloración en el cuello uterino después de aplicar una solución de ácido acético; cambios que se asocian tanto a la infección como a una posible lesión pre-maligna.

Durante este tiempo se puede alcanzar un estado de resistencia o regresión de las lesiones o bien de progresión hacia un cáncer invasor, proceso que puede desarrollarse de 1 a 10 años.⁴⁰

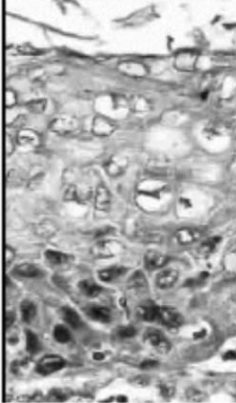
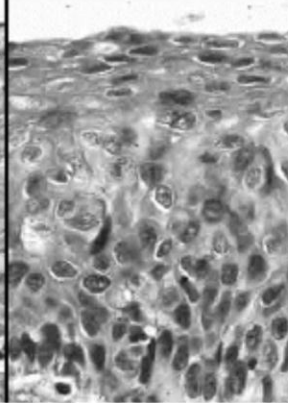
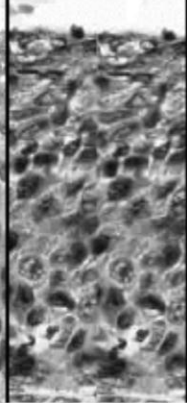
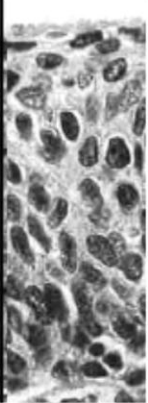
2.1.7.1. INFECCIONES PRODUCTIVAS O ACTIVAS.

Se originan en células bien diferenciadas de las capas superficiales e intermedias, citológicamente se observan como acantosis, vacuolización citoplásmica prominente, atipia nuclear y binucleación; se manifiestan por la aparición de lesiones visibles y poseen la capacidad de infectar otros tejidos.^{40,42}

2.1.8. DIAGNÓSTICO DEL VIRUS HPV.

El diagnóstico del HPV se realiza mediante citología o biopsia. En el año 2012 el *College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* introduce una nueva clasificación: LAST system (Low anogenital squamous terminology) por la baja reproducibilidad del reporte de NIC II, toma el reporte citológico e histológico con la misma terminología, es decir como LSIL y HSIL, desapareciendo el NIC y se considera si un NIC II es positivo en la inmutación para p16 es HSIL.

Changes in cervical intraepithelial neoplasia (CIN) terminology with histologic correlates.

LAST System ^[1]	Cytology	LSIL	HSIL		
	Histology	LSIL	p16 staining should be performed*	HSIL	
Bethesda Classification System ^[2]	Cytology	LSIL	HSIL		
	Histology	CIN 1	CIN 2	CIN 3	
Previous terminology		Mild dysplasia	Moderate dysplasia	Severe dysplasia	Carcinoma in-situ
Histologic images					

FUENTE Martin CM¹, O'Leary JJ.2011 Oct;25(5):605-15. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2011.04.005. Epub 2011 Jun 1.

Histology of cervical intraepithelial neoplasia and the role of biomarkers.

43

2.1.8.1. PRUEBA HPV.

Las pruebas de HPV, como screening primario, en mujeres menores de 30 años de edad son innecesarias, contrario a lo que sucede en mujeres mayores de 30 años en quienes pueden ayudar a un diagnóstico precoz en lesiones de alto grado.

Las normas de los Estados Unidos no recomiendan la prueba del HPV como screening sin la prueba de citología cervical.⁴⁴

2.1.8.2. GENOTIPIFICACIÓN DE HPV.

Es una alternativa basada en el riesgo diferencial otorgado por el HPV 16/18 en comparación con otros tipos de HPV de alto riesgo.

Mujeres con prueba positiva para el HPV 16/18 presentan un 18 a 21% de riesgo a los 10 años de desarrollo de NIC 3.

Tabla 1. TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DEL DESEMPEÑO DE DIFERENTES MÉTODOS DE TAMIZAJE.

Prueba de tamizaje	Sensibilidad	Especificidad	Características
Citología Convencional	Moderada 44 a 78%	Elevada 91 a 96%	Demandan infraestructuras sanitarias adecuadas se hace en laboratorio con control de calidad estrictos
Pruebas ADN del VPH	Elevada 66 a 100%	Moderada 61 a 96%	Se hacen en laboratorio con rendimiento elevado, objetivo, reproducible, sólido, mayor costo

Fuente: OMS 2014 Sankaranarayanan Pruebas de tamizaje basadas en la prueba VPH ⁴⁵
Elaborado por: Víctor Alomía

2.1.9. VACUNACIÓN.

El 16 de octubre de 2009, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), aprobó la vacuna contra el virus del papiloma humano bivalente (VPH2; Cervarix, de GlaxoSmithKline) para su aplicación en mujeres de 10 a 25 años y, la vacuna tetravalente en mujeres de 9 a 26 años.

Las dos vacunas no son vacunas vivas, tienen una alta eficacia contra el HPV 16 y las lesiones precancerosas cervicales relacionadas con el 18. El HPV bivalente actúa contra dos tipos oncogénicos (HPV 16 y 18) y la tetravalente contra los tipos 16,18,6 y 11. (FDA Licencias de bivalente Virus del Papiloma Humano Vacunas (VPH 2, Cervarix) para su uso en mujeres. Recomendaciones de vacunación contra el HPV del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización.⁴⁶

2.1.10. FUNCIÓN SEXUAL Y HPV.

El estudio realizado por Graziottin A, Serafini en el 2009 señal que no existe evidencia concluyente de una correlación específica entre la infección por el HPV y un trastorno sexual femenino específico; concluye que la evidencia de las consecuencias psicosexuales de condilomas y lesiones intraepiteliales relacionadas al HPV es limitada, lo que determina la necesidad de realizar un mayor número de investigaciones al respecto.⁴⁷

2.2. FUNCIÓN SEXUAL EN LA MUJER.

2.2.1. HISTORIA.

En 1966, Masters y Johnson, publican su libro "*Respuesta sexual humana*", en el que se señala que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual.

La sexualidad de la mujer comprende un campo muy amplio de exploración, toda vez que la función sexual y su ejercicio es complejo y está influenciado por una multitud de factores: físicos, hormonales y socio-culturales, entre otros.

2.2.2. DEFINICIONES.

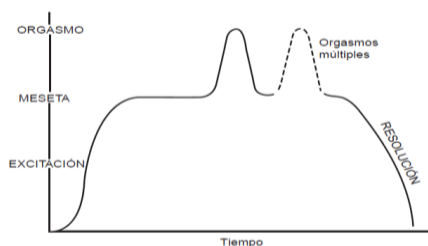
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud sexual como *“la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de forma enriquecedora y que potencia la personalidad, la comunicación, y el afecto”*.²

El sexo es una estructura anatómica que posee una función,⁴⁸ la función sexual expresa las actividades propias del sexo y las actividades propias del sexo se definen con la palabra sexual.⁴⁹

2.2.3. FUNCIÓN SEXUAL.

Masters y Johnson (McCaffery col., 2004) describen cuatro fases en el ciclo de la respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución (figura 2).⁵⁰

Gráfico No. 2 Ciclo de respuesta sexual definido por Masters y Johnson.

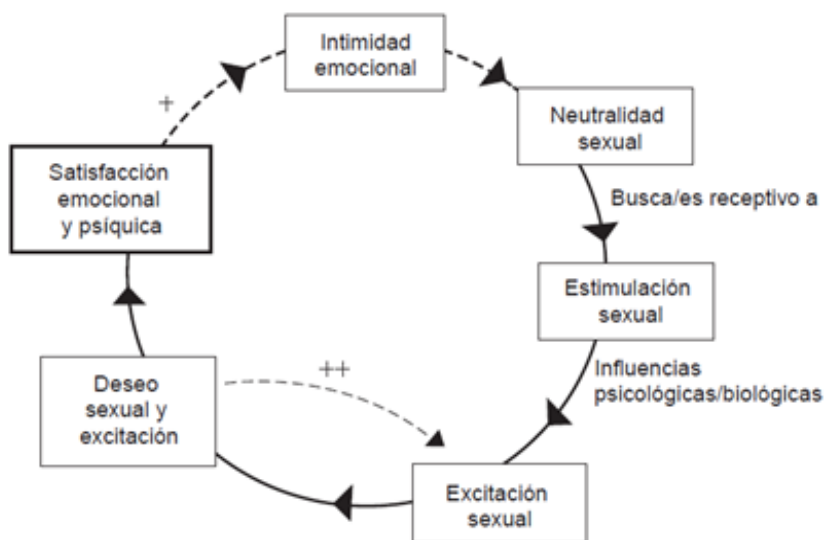


Fuente: FLASSES, 2008⁵⁰
Elaborado por: FLASSES, 2008

La Clasificación Estadística Internacional de enfermedades relacionadas con la salud, publicada en el 2003 establece un nuevo modelo en el que indica que esta función no es lineal sino que establece una relación circular entre la sexualidad y la satisfacción.

En el año 2002, Basson propuso un “Ciclo de Respuesta Sexual” que incorpora aspectos psicológicos y sociales en la función sexual femenina, como la intimidad emocional y la satisfacción emocional, además del deseo sexual y la satisfacción física.

Gráfico No. 3. Relaciones existentes entre la intimidad, la excitación sexual, el deseo y la satisfacción.



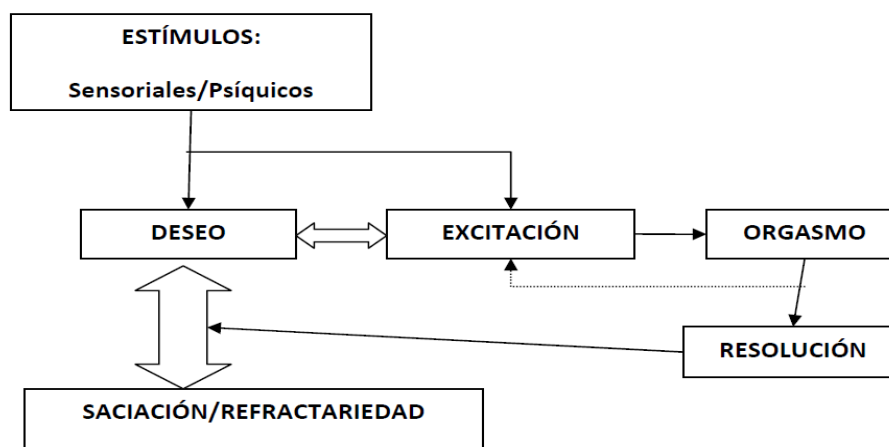
Fuente: Tomado de: Amato, 2006⁵¹
Elaborado por: Amato, 2006

2.2.4. FISIOLÓGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL.

Los fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales de los órganos genitales que llevan a una respuesta sexual se describen como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí.⁵⁰

Los componentes de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo y la fase de resolución interactúan y se refuerzan entre sí, los mismos que pueden ser modificados por factores externos generando una disfunción.⁵² (Castillo y Paredes, 2012).

Gráfico No. 4 Esquema interactivo del ciclo de la Respuesta Sexual humana



Fuente: Castillo y Paredes, 2012⁵²

Elaborado por: Castillo y Paredes

El deseo es instituido por estímulos tanto externos como internos que inducen a la necesidad de la actividad sexual.

Consta de raíces hormonales: andrógenos y estrógenos; raíces de motivación: intimidad, placer y aspectos cognitivos que son el riesgo y el deseo.⁵¹

La excitación se conforma de mecanismos centrales como la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y la erección de los pezones; y de mecanismos genitales, como la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina.⁵⁰

El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva procedente de los “*puntos gatillo*” como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales que transmiten las sensaciones hacia la dirección central, a estructuras supramedulares en las que probablemente interviene el septum talámico. ⁵²(Castillo y Paredes, 2012)

Después de la estimulación sensitiva suficiente, la descarga central de neurotransmisores durante el orgasmo tiene como efecto contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis seguida a los dos a cuatro segundos de contracción repetida del músculo liso uterino y vaginal. ¹

2.2.5. FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL.

2.2.5.1. Fase de excitación.

La fase de excitación, se caracteriza por el binomio vaso-congestión/reacción miotónica.⁵³

Lidera el sistema simpático¹, posterior a la estimulación física o psíquica⁵⁴ pensamientos o emociones⁵⁵. El tiempo es variable, puede ser corto o ir avanzando progresivamente y pasar a la fase de meseta.

Según Kolodny, Masters y Johnson⁵⁶; los cambios que se producen son: lubricación vaginal, expansión de los dos tercios internos de la cavidad vaginal, la elevación del cuello y cuerpo del útero y el alisamiento y elevación de los labios mayores⁵⁰ y aumento del tamaño del clítoris como resultado de la vasodilatación¹. La erección de los pezones, el sistema venoso superficial de las mamas se hace más visible así como el incremento del tamaño de las mamas.⁵³

Las distracciones, cambios de posiciones, cambios de ritmo o el modo de realizar la estimulación sexual pueden interrumpir temporalmente la excitación sexual. ⁵²(Castillo y Paredes, 2012)

2.2.5.2. Fase de meseta.

Si existe la estimulación ideal y efectiva se produce un elevado grado de excitación¹, cuya duración varía. En las mujeres, una fase de meseta muy breve puede preceder a un orgasmo particularmente intenso. En esta fase se alcanza la plataforma orgásmica que es la vasodilatación del tercio externo de la vagina con estrechamiento de la abertura de la misma.⁵³.

Las areolas se tornan más prominentes y existe un aumento del tamaño de las mamas.⁵² (Castillo y Paredes, 2012). Se observa un eritema cutáneo en 50% a

75% de las mujeres, inicia en el epigastrio y se extiende rápidamente a las mamas y al tabique torácico anterior, puede notarse también en otras zonas del cuerpo como los glúteos, espalda, extremidades y rostro.⁵⁰

La miotonía generalizada, taquicardia, hiperventilación y aumento de la presión sanguínea son cambios reportados en la fase de meseta avanzada.¹

2.2.5.3. Fase Orgásmica

Esta fase, según Cavalcanti⁵⁷, se caracteriza por el cuadro miotónico de contracciones musculares reflejas, sensación de placer sexual, pérdida de la agudeza de los sentidos y sensación de desligamiento del medio externo, referida por Kinsey como “la douce mort”.

Algunos autores como McCaffery¹, la describen como un fenómeno psíquico, una sensación o descarga cerebral neuronal provocada por efectos acumulativos sobre estructuras cerebrales de estímulos originados en zonas erógenas periféricas.

Masters, considera que esta fase se produce cuando la plataforma orgásmica se contrae; Kline-Gaber y Graber sostienen que las contracciones vaginales automáticas son parte fisiológica del orgasmo.

Reich lo describe como una convulsión involuntaria y única de todo el organismo durante el clímax, Hanks expone que es el punto de placer que se alcanza es una respuesta de todo el cuerpo.⁵⁵

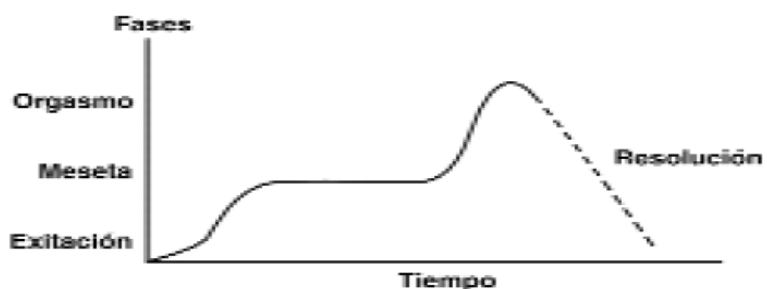
El orgasmo de la mujer está marcado por contracciones rítmicas y simultáneas del útero, la plataforma orgásmica y esfínter rectal, que se inician a intervalos de 0,8 segundos y disminuyen a partir de ahí en intensidad, duración y regularidad.¹

Se han descrito los siguientes patrones orgásmicos en la mujer⁵⁴:

2.2.5.3.1. Mono-orgásmico.

Similar a la del hombre. Tiene una fase de excitación creciente, meseta corta y una fase orgásmica muy intensa, pero corta. Esta secuencia se denomina “knock-out”.⁵⁸

Gráfico No. 5. Representación gráfica del patrón mono-orgásmico

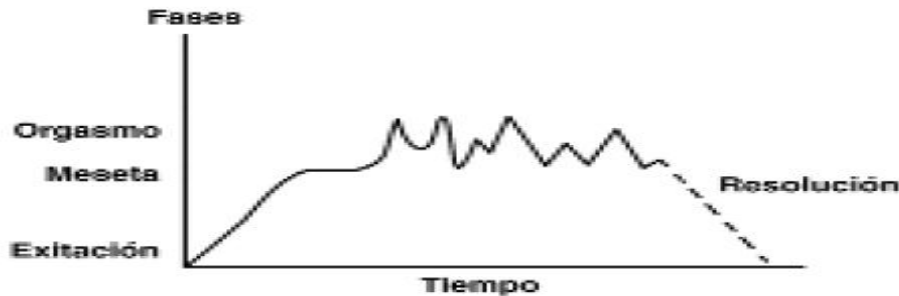


Fuente: FLASSES, 2008⁵⁰
Elaborado por: FLASSES

2.2.5.3.2. Poli-orgásmico.

Se identifica por una fase de excitación de intensidad gradual, la fase de meseta es prolongada y la fase orgásmica muy intensa con 3 a 6 orgasmos antes de que ocurra la fase resolutive.

Gráfico No. 6. Representación gráfica del patrón poli-orgásmico.

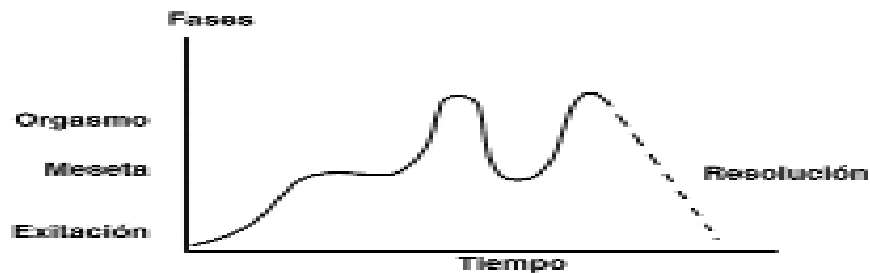


Fuente: FLASSES, 2008 ⁵⁰
Elaborado por: FLASSES

2.2.5.3.3. Multi-orgásmico

En este tipo de orgasmo la mujer presenta una fase de excitación intensa y rápida seguida por una fase de meseta que mantiene la misma intensidad, pero su duración es corta, luego goza de numerosos orgasmos de diversa intensidad y finaliza de manera progresiva.⁵⁸

Gráfico No. 7 Representación gráfica del patrón multi-orgásmico

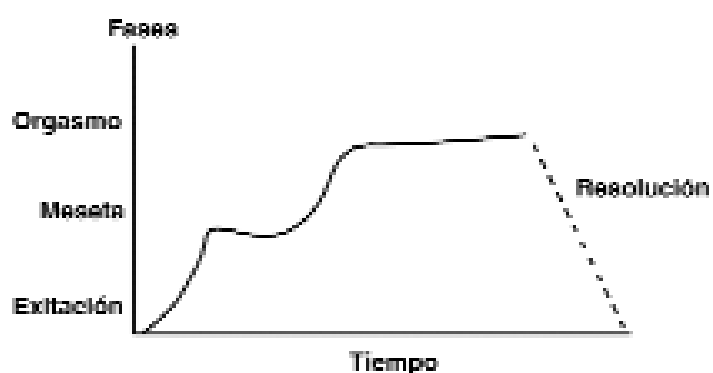


Fuente: FLASSES, 2008 ⁵⁰
Elaborado por: FLASSES

2.2.5.3.4. Patrón tetánico.

De acuerdo con este patrón, la excitación de la mujer avanza progresivamente, se estabiliza para posteriormente presentar el orgasmo que crece lentamente, se mantiene con una duración de más de 30 segundos y cae rápidamente.⁴⁹

Gráfico No. 8 **Representación gráfica del patrón tetánico. Tomado: FLASSES 2008**



Fuente: FLASSES, 2008⁵⁰
Elaborado por: FLASSES

2.2.5.4. Fase resolutive.

Esta fase se caracteriza por el retorno del organismo a las condiciones basales, invirtiéndose los cambios anatómicos y fisiológicos. Está marcada por la sensación de alivio y de cansancio, acompañada del retorno a la plenitud sensorial.⁵³

2.2.6. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.

Existen dos evaluaciones complementarias, la médica fisiológica y la evaluación psicosocial - psicosexual.⁵⁶

2.2.6.1. Evaluación médica – fisiológica.

Se efectúa una exploración clínica completa que incluye el examen ginecológico y la evaluación psicológica, análisis hormonal o estudios de laboratorio y una valoración fisiológica de los parámetros que miden la excitación sexual. (Clasificación Estadística Internacional de enfermedades relacionada con la Salud, 2003). El perfil hormonal que se sugiere comprende el análisis de la hormona foliculoestimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH), la prolactina, los niveles de testosterona libre y total, la globulina ligadora de las hormonas sexuales (SHBG) y las concentraciones de estradiol.⁵⁶

Las mujeres que tienen niveles bajos de estrógenos o de testosterona experimentan síntomas como disminución de la libido, menor sensibilidad, sequedad vaginal, dispareunia y menor capacidad para excitarse.¹

Es necesario identificar la existencia de ciertas enfermedades centrales y periféricas como patologías hipofisarias o anxiales; igualmente reconocer y sustituir, si no existe contraindicación, ciertos medicamentos que afectan negativamente a la función sexual como: antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos, sedantes, antiandrógenos, anticonceptivos orales, entre otros.⁵⁴

2.2.6.2. Evaluación psicosocial – psicosexual.

Es pertinente realizar la evaluación de los problemas emocionales o de relación de pareja que puedan favorecer el apareamiento de problemas sexuales¹ ya que los aspectos emocionales o de relación son susceptibles de resolución antes de la aplicación de cualquier otro tratamiento e indudablemente antes de determinar la eficacia del mismo.⁵³

Para la evaluación de la función sexual subjetiva, especialmente la excitación, existen varios instrumentos; los más utilizados son los cuestionarios de función sexual como el FSFI© de Rosen (Female Sexual Function Index 19 puntos), el Bief Index of Sexual Function Inventory (BISF-W), cuestionario que consta de 21 apartados relativos al interés, actividad, satisfacción y preferencias sexuales y distingue a las pacientes deprimidas, a aquellas que presentan alguna disfunción sexual y a las mujeres sanas, el Sex History Form (SHF, 46 puntos), los cambios en el Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ, 35 puntos), el Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR, 25 puntos), el Golombok-Rusk Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS, 28 puntos), Cuestionario salud y disfunción sexual femenina en atención primaria (SySDF), objeto del presente estudio, entre otros.

2.3. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.

El National Survey of Family Growth demuestra que alrededor del 40% de las mujeres de entre 15 y 19 años mantienen relaciones sexuales durante los últimos 3 meses. A pesar de que la frecuencia de la actividad sexual descende con el incremento de la edad, los estudios poblacionales señalan que la actividad sexual continúa en el 47% de las mujeres casadas con edades entre 66 y 71 años y en una tercera parte, las mujeres mayores de 78 años.

La ausencia de interés y la falta de un compañero constituyen los motivos más frecuentes de inactividad sexual. La frecuencia promedio de actividad sexual en las mujeres es de seis veces al mes, el coito vaginal constituye la práctica sexual más frecuente⁵⁵. La gran mayoría de mujeres requiere de estimulación clitoridiana directa, porque es incapaz de alcanzar el orgasmo con la penetración vaginal²; aproximadamente el 20% de las mujeres alcanzan el orgasmo durante el coito, en tanto que el 80% lo hacen antes o después del coito vaginal a través de la estimulación.⁵⁸

La respuesta sexual en las mujeres es más compleja y engloba procesos sociales, psicológicos, neurológicos, vasculares, hormonales y de estimulación sexual.⁵⁹

La disfunción sexual representa el 50 a 60% de las mujeres que tienen patología de cuello uterino (cáncer), disminución de la libido en un 40% y la dispareunia de 25 a 50%.⁵⁰

Worly 2010, sostiene que las cuatro categorías principales de la disfunción sexual femenina son: los trastornos del deseo sexual, la excitación y el orgasmo así como los trastornos de dolor. Es importante recordar que el proceso de activación de la función sexual tiene dos fases: la situación/estímulo sexual y la respuesta sexual. Las fases de la respuesta sexual pueden superponerse, no seguir la secuencia establecida o estar ausente.⁵⁹

2.3.1. Definición de disfunción sexual de la mujer.

La disfunción sexual femenina es definida como un desorden del deseo, orgasmo, excitación y dolor,^{51,60} concepto que se sustenta en cualquier alteración que afecte las fases del modelo de respuesta sexual propuesto por Masters y Johnson y que constituye la base de la mayoría de clasificaciones de disfunción sexual de la mujer.⁵⁴ Situación clínica que se caracteriza por su persistencia y recurrencia y que se presenta cada vez que el individuo trata de realizar la función sexual (solo o acompañado) y no únicamente durante ciertas situaciones o con determinadas personas.⁵⁰

2.3.3. Factores de Riesgo.

La disfunción sexual es multifactorial, lo que exige la valoración de los diversos factores como los psicológicos: ansiedad, depresión, problemas de pareja; el nivel de fatiga y estrés; el abuso físico y sexual previo, la ingesta de medicamentos como benzodiazepinas e inhibidores de la recaptación de serotonina y condiciones físicas como la endometriosis que provocan dolor durante el acto sexual.

El estudio PRESIDE establece que el 15% de las mujeres entre 45 y 64 años presentan trastornos sexuales asociados a la ansiedad, y la poca prevalencia de estos trastornos en mujeres mayores de 65 años.

La menopausia es el resultado de la disminución de los estrógenos que provoca resequedad vaginal y representa uno de los principales factores para que la mujer disminuya el deseo y sienta dolor durante el acto sexual. El estudio PRESIDE observó que las mujeres con antecedente de histerectomía y anexectomía presentaron más problemas de disfunción que las mujeres que tenían hipoestrogenismo natural.

La paridad está relacionada con la disfunción sexual a los seis meses postparto, pero no existe diferencia entre las mujeres postparto o postcesárea. Esta condición involucra no solo los cambios hormonales y anatómicos propios de

esta disfunción sino también los factores psicológicos como la tensión de esperar o tener un nuevo integrante que requiere de atención, que conlleva al desgaste físico. La infertilidad es otro factor que también provoca tensión y que determina los mismos efectos de disfunción sexual.

Las patologías del suelo pélvico son otros factores controvertidos en las relaciones sexuales, existen mujeres que reportan mejorar su estado sexual posterior a la corrección de su patología, por el contrario otras mujeres manifiestan que no experimentar ningún cambio en su estado sexual.

De los trastornos endocrinológicos, la diabetes y la hiperprolactinemia se asocian a la disminución de la libido en un 25% de las mujeres afectas. El uso de sustancias químicas, el consumo de alcohol y cigarrillo determinan, a largo plazo, alteraciones en la función sexual.

2.3.4. CLASIFICACIÓN.

Según la DSM-IV se establece los tipos de disfunción sexual femeninas en: (Clasificación Estadística Internacional de enfermedades relacionada con la Salud, 2003):

2.3.4.1. TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL

2.3.4.1.1. Deseo sexual hipoactivo

Es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y deseos de la actividad sexual. (Clasificación Estadística Internacional de enfermedades relacionada con la Salud, 2003), provoca malestar acusado o dificultades interpersonales,

no se origina por efectos de sustancias químicas (fármacos incluidos) o por una enfermedad médica.⁵² (Castillo y Paredes, 2012).

El deseo sexual disminuido puede ser global, que abarca todas las formas de expresión sexual o situacional y, limitado a un/a compañero/a o a una actividad sexual concreta; por ejemplo, el coito, pero no la masturbación. Según Kingsberg col, 2007⁵³ existe poca motivación para la búsqueda de estímulos adecuados, generalmente estas personas no inician una relación sexual y sólo la llevan a cabo cuando la pareja lo decide.

El clínico puede realizar un examen a la pareja cuando las diferencias en el deseo sexual demandan la atención profesional. La disminución del deseo sexual de uno de los miembros de la pareja, en ocasiones, puede reflejar un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro.¹ De manera alternativa, los dos miembros de la pareja pueden presentar niveles de deseo sexual dentro del margen de la normalidad, pero en polos opuestos.

2.3.4.1.2. Trastorno por aversión al sexo

Para Meza-Rodríguez col,⁵⁴ la característica esencial del trastorno por aversión al sexo es la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja. Al respecto McCaffery col.,¹ señala que la persona presenta ansiedad, miedo o aversión al momento de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo (por ejemplo, secreciones genitales o penetración vaginal).

La aversión al sexo puede manifestarse en la repulsión a todos los estímulos de tipo sexual, besos y caricias; la intensidad de la reacción de la persona frente al estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo.⁵² (Castillo y Paredes, 2012) Sánchez col,⁵⁵ reportan formas graves de este trastorno ante una situación de tipo sexual, como sufrimiento, crisis de angustia, ansiedad extrema, terror, desmayos, náuseas, palpitaciones, mareos y dificultad para respirar. Las relaciones interpersonales se afectan gravemente, llegando a la insatisfacción matrimonial.

2.3.4.1.3. Trastorno de la excitación sexual en la mujer.

La característica esencial del trastorno de la excitación sexual en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia en la fase de excitación sexual hasta la terminación de la relación sexual, una reducción de la sensibilidad del clítoris o de los labios, menor ingurgitación labial y clitorídea y ausencia de relajación de la musculatura lisa vaginal.¹

2.3.4.2. TRASTORNO ORGÁSMICO.

2.3.4.2.1. Trastorno orgásmico femenino.

Sánchez col, 2004 manifiesta que el trastorno orgásmico femenino es una ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal.⁵⁵ El trastorno orgásmico en la mujer

puede alterar la imagen corporal, la autoestima o la satisfacción en la relaciones, según la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades relacionadas con la Salud, 2003. Los problemas orgásmicos ocasionales que no son persistentes ni recidivantes no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal por lo que no se consideran verdaderos trastornos orgásmicos femeninos. No es correcto efectuar un diagnóstico de este trastorno si los problemas se deben a una estimulación sexual no apropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración.⁵⁹

2.3.4.3. TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR.

2.3.4.3.1. Dispareunia.

Es la presencia de dolor genital durante el coito que puede aparecer antes o después.⁵⁰ Afecta tanto a hombres como a mujeres, en quienes el dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta el dolor agudo.

2.3.4.3.2. Vaginismo

Se define como la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos.⁵⁸

2.3.4.4. TRASTORNO SEXUAL DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA.

La característica esencial de este trastorno es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.⁶¹

La existencia de pruebas al respecto, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, sustenta que la alteración se explica, en su totalidad, por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.⁵⁶ Una de ellas es la presencia de la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y la disfunción sexual así como la presencia de rasgos poco habituales de un trastorno sexual primario.⁴⁸

2.3.4.5. TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIAS.

De acuerdo con la sustancia que se consume, el trastorno puede alterar el deseo sexual y la excitación, el orgasmo o producir dolor, diagnóstico que se establece únicamente cuando los síntomas sexuales exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación y representan suficiente gravedad clínica que precisa atención clínica.⁵³

2.3.4.5.1. Sustancias específicas.

El alcohol, las anfetaminas y sustancias de acciones similares como cocaína, opiáceas, sedantes, hipnóticas, ansiolíticas y otras sustancias (Clasificación Estadística Internacional de enfermedades relacionada con la Salud, 2003) McCaffery col.,¹ reportan que la intoxicación aguda por sustancias de abuso, de abuso crónico o dependencia de la mismas como fármacos prescritos a diario, antihipertensivos, antagonistas de los receptores H₂ de la histamina, antidepresivos (especialmente, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), neurolépticos, ansiolíticos, esteroides anabolizantes y antiepilépticos disminuyen el interés por el sexo, provocan trastornos en la excitación y trastornos orgásmicos.⁵⁰

El orgasmo se torna doloroso como resultado de la flufenacina (neuroléptico usado en el tratamiento de la esquizofrenia), la tioridacina (una fenotiacina usada como antipsicótico) y la amoxapina (antidepresivo tricíclico).⁵² (Castillo y Paredes, 2012)

Se ha registrado varios casos de priapismo con clorpromacina (neuroléptico), trazodona (compuesto psicoactivo con propiedades sedantes y antidepresivas), clozapina (antipsicótico) y con la inyección intracavernosa peneana de papaverina o prostaglandinas.⁵² (Castillo y Paredes, 2012)

Otros fármacos como los antihipertensivos o los esteroides anabolizantes pueden causar un estado de ánimo depresivo o irritable adicional al trastorno

sexual; situaciones en las que se requiere realizar un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.⁵⁵

2.3.4.6. TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO.

Esta categoría incluye los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico.⁵⁴ como la ausencia o disminución sustancial de pensamientos eróticos subjetivos aun cuando la excitación y el orgasmo sean normales; situaciones en las que el clínico ha constatado la presencia de un trastorno sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducida por sustancias.

2.3.4.7. DISFUNCIÓN SEXUAL Y VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (HPV).

En América Latina son limitados los que existen con relación a la repercusión sexual de la infección con Virus de Papiloma Humano y, en el país, no se registra datos al respecto.

En Colombia, Celis - Amórtegui y colaboradores, en el 2010 determinaron la presencia de disfunción sexual en el 80% de las mujeres con infección por HPV, constituyendo el orgasmo el aspecto más afectado en un 69%.²

Un estudio adicional demostró que las mujeres a quienes se les informa el resultado positivo tuvieron un *test* de desempeño sexual menor, comparado con aquellas a quienes no se les informó sobre el resultado.⁵⁹

McCaffery y cols¹ encontraron que, entre las mujeres con historia de infidelidad, la prueba detonaba mayor rabia, acusaciones y culpas comparativamente con la reacción encontrada en mujeres con relaciones estables, pero con historia de

más de un compañero sexual, ya que se atribuía más fácilmente a una experiencia.

Wiesner col.,¹ respecto a las pruebas para tamizaje de Virus de Papiloma Humano afirma que las mismas establecen grandes dilemas para las mujeres asintomáticas y, de manera eventual, para las sanas; dilemas que exigen el análisis para la comprensión de las implicaciones que tiene la identificación del virus, no sólo en términos biológicos sino en términos sociales, porque involucra la vida sexual de las pacientes y sus parejas.

La facilidad de acceso a la información a través de los medios de comunicación y el papel protagónico del HPV en la génesis del cáncer de cérvix impacta negativamente en las pacientes, por el hecho de saber que son portadoras de HPV y la connotación de “haber adquirido cáncer”.

Esta situación puede constituir un factor desencadenante para el desarrollo de la disfunción sexual, provocando que la infección por HPV conlleve a modificaciones en la forma que la mujer percibe su sexualidad, generando sentimientos de culpabilidad o rechazo hacia la pareja.

Meza-Rodríguez⁵⁴ refieren que, entre los sentimientos experimentados en estas mujeres, se ha podido identificar emociones de rabia cuando emergen en los recuerdos, en situaciones en las que se buscan o se confirman posibles culpables que se relaciona con el número de parejas sexuales así como sentimientos de culpa, miedo y rechazo a mantener relaciones sexuales, en relación con la reinfección y, en menor cuantía, al contagio de la pareja.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

3.1.1. Variable Independiente.

Las lesiones pre malignas por HPV son las alteraciones celulares que presentan un tejido orgánico, pero aún no manifiestan alteración celular que sea compatible con alteraciones de tipo cancerígeno,³⁸ proponiendo el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC o CIN) para explicar el espectro de daño tisular. Se establece tres grados de afectación: CIN I o displasia leve, CIN II o displasia moderada y CIN III o displasia grave/carcinoma in situ.

3.1.2. Variable Dependiente.

La disfunción sexual puede llamarse a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de esta actividad.⁶⁰

3.1.3. Variables de confusión.

- Edad
- Instrucción
- Estado civil
- Número de parejas sexuales
- Evolución en el tiempo

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	TIPO DE VAR.	ESCALA
Lesiones pre malignas por HPV	Confirmación de alteraciones celulares previas al cáncer del cuello uterino	Condición de la paciente	Cualitativa	Si No
EDAD	Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad	Tiempo	Cuantitativa	Numérica
INSTRUCCIÓN	Nivel de estudios terminado hasta la fecha.	Nivel de estudio	Cualitativa	Ninguna Primaria Secundaria Superior
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con sus derechos y obligaciones civiles.	Condición de una persona.	Cualitativa	Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada
TABAQUISMO	Consumo de tabaco	Adicción a la nicotina	Cualitativa	Si No
ANTICONCEPTIVOS	Uso de anticonceptivos orales por medio de la paciente para cualquier fin terapéutico	Uso de medicación	Cualitativo	Si No
PARIDAD	Condición de la paciente del número de hijos procreados.	Número de hijos	Cuantitativo	Numérica
TIEMPO DE EVOLUCION DEL DIAGNOSTICO	Tiempo trascurrido desde el diagnostico a la realización del cuestionario	Tiempo trascurrido	Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 meses <6 meses ➤ >6 meses <9 meses ➤ >9 meses <12 meses ➤ >12 meses
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Número de personas con quien se ejerce actividad sexual.	Número de parejas sexuales.		1 2 3 4 >4

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
FUNCION SEXUAL	Actividad propia del sexo producto de un proceso de funcionamiento de la unidad situación-estimulo /respuesta sexual.	Fases de la respuesta sexual, la iniciativa y el grado de satisfacción sexual.		SATISFACCIÓN SEXUAL Nada Poco Algo Bastante Mucho Muchísimo
				INTERÉS POR EL SEXO. Nada Poco Algo Bastante Mucho Muchísimo
				SENSACIONES PLACENTERAS. Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
				EXCITACIÓN DURANTE LA RELACIÓN. Nada Poco Algo Bastante Mucho Muchísimo
				DOLOR DURANTE LA RELACIÓN. Nada Poco Algo Bastante Mucho Muchísimo
				ALCANZA EL ORGASMO. Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
				DIFICULTADES SEXUALES EN PAREJA. Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
				PRESCINDIR DEL SEXO. Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
				DEPRESIÓN Y NERVIOS POR PROBLEMAS SEXUALES. Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
				COMIENZO DE PROBLEMAS SEXUALES Enfermedad Embarazo Nacimiento de un hijo Ingesta de anticonceptivos Toma de fármacos Habitto toxico Violencia domestica Problemas de pareja

3.2. MUESTRA.

3.2.1. Población - universo de estudio.

Mujeres que acudieron a la consulta externa de Ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

3.2.2. Tipo de Muestreo.

Al tratarse de un diseño analítico epidemiológico prospectivo el cálculo muestral se realiza mediante la fórmula de cohortes.

$$n = \frac{2p^* q^* (z\alpha + z\beta)^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

Donde:

$$p^* = (p_1 + p_0)/2 \quad p^* = (0.353 + 0.15)/2 \quad p^* = 0.251$$

$$q^* = 1 - p^* \quad q^* = 1 - 0.251 \quad q^* = 0.749$$

$$z\alpha = 95\% = 1.96$$

$$z\beta = 95\% = 1.645$$

p_0 : son los no expuestos (probabilidad de hacer la enfermedad cuando no se está expuesto al factor de riesgo)

$$p_1 = \frac{p_0 RR}{[1 + p_0(RR - 1)]}$$

p_1 : son los expuestos: se calcula en base a la siguiente fórmula:

$P_0 = 15\%$ (0,15) (incidencia mundial del lesiones por HPV) [12]

RR = 3,1 (riesgo relativo de una persona para adquirir HPV) [12]

$$p_1 = 0.15 \times 3.1 / [1 + 0.15(3.1 - 1)]$$

Remplazando:

$$p_1 = 0.465 / [1 + 0.315] \quad p_1 = 0.465 / [1.315] \quad p_1 = 0.353$$

Remplazando n:

$$n = \frac{0.502(0,749)(12.996)}{(0.0412)}$$

$$n = 118$$

$$n = \frac{2(0.251)(0,749)(1.96 + 1.645)^2}{(0.353 - 0.15)^2}$$

COHORTE DE EXPUESTOS.- Fueron asignadas a formar parte del estudio 118 pacientes que acuden a consulta externa de ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur, seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, propuestos en el presente trabajo con diagnóstico de HPV.

COHORTE DE NO EXPUESTOS.- Fueron asignadas a formar parte del estudio 118 pacientes que acuden a consulta externa de ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur de entre 18 y 50 años con citología normal, previo consentimiento informado.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN COHORTE DE EXPUESTOS.

1. Pacientes con diagnóstico de lesiones pre malignas relacionadas con infección por virus de papiloma humano que acuden a la consulta externa de ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el periodo de enero a diciembre del 2015.
2. Edad comprendida entre 18 a 50 años.
3. Consentimiento informado.

3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Paciente con diagnóstico de cáncer cérvico uterino.
2. Pacientes en tratamiento de remplazo hormonal o alteraciones climatéricas.
3. Paciente con retraso mental o alteraciones psiquiátricas.
4. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
5. Pacientes con antecedente de disfunción sexual.

3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN COHORTE DE NO EXPUESTOS.

1. Pacientes sin diagnóstico de lesiones pre malignas relacionadas con infección por virus de papiloma humano que acuden a la consulta externa de ginecología

de la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el periodo de enero a diciembre del 2015.

2. Edad comprendida entre 18 a 50 años.
3. Consentimiento informado.

3.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

4. Pacientes en tratamiento de remplazo hormonal o alteraciones climatéricas.
5. Paciente con retraso mental o alteraciones psiquiátricas.
6. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
7. Pacientes con antecedente de disfunción sexual.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio pretende establecer la asociación de riesgo entre las mujeres diagnosticadas de lesiones pre malignas por virus de papiloma humano que acuden al servicio de Ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur y la disfunción sexual. Se utiliza un DISEÑO ANALÍTICO OBSERVACIONAL COHORTE HISTÓRICA, en la primera cohorte se conforma por mujeres con lesiones pre malignas por HPV y la segunda cohorte por mujeres que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, establecidos en el presente trabajo, a excepción del diagnóstico de HPV. En ambos cohortes (de expuestas y no expuestas) se recogió información respecto de diferentes

tópicos relacionados con la función sexual a través de la Encuesta de Disfunción Sexual Femenina en Atención Primaria (SySDF).

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

3.5.1. Fuente.

Constituyen los datos de las pacientes que obtiene directamente el investigador a través de de dos fuentes: de la revisión previa de las historias clínicas hospitalarias para verificar aquellas mujeres que presentan o no lesiones pre malignas por HPV y que califiquen dentro de los criterios de inclusión y exclusión para conformar las dos cohortes de expuestas y no expuestas, respectivamente; datos que se registran en una lista de cotejo y de las pacientes, y la información que se obtiene mediante la aplicación del formulario de recolección de datos establecido.

Datos con los cuales se elabora una matriz y base de datos electrónica para su posterior análisis.

3.5.2. INSTRUMENTOS.

Con la finalidad de valorar la disfunción sexual de las mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas por HPV, se utiliza el siguiente cuestionario:

- SyDSF-AP: cuestionario para detectar las disfunciones sexuales femeninas en Atención Primaria.

SyDSF-AP: Cuestionario para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en Atención Primaria.⁶²

Se trata de un cuestionario de 11 preguntas cerradas, aunque la 10 tienen un componente abierto y 1 pregunta abierta. El dominio de función sexual abarca desde la pregunta 1 a la 9 y se responde mediante una escala Likert de 5 valores. Adicionalmente se incluye la pregunta 11 para valorar, en una escala de 0 a 10, la satisfacción con la pareja.

La pregunta 12 es abierta y recoge información cualitativa a través de los comentarios que puedan surgir durante la realización del cuestionario.

Su análisis consiste en determinar la validez de sus contenidos mediante el consenso del comité de la Asociación para la investigación de las disfunciones sexuales en atención primaria (AID SAP) y la correlación intraobservadores (CCI); su fiabilidad test-retest mediante el análisis de concordancia con el índice kappa y análisis de coeficiente de correlación intraclase; así como el análisis de consistencia interna mediante alfa de CRONBACH.

La consistencia interna, medida con alfa de CRONBACH fue de 0.95. La reproductividad entre test y retest fue de 0.93 (intervalo de confianza de 99%).

Con respecto a la correlación intraobservadores en el dominio sobre función sexual, se demuestra un acuerdo muy alto con un valor global de 0.941 (0.928-0.953 IC 95%), lo que determina que el cuestionario SyDSF-AP es adecuado para la aproximación global a la salud sexual de la mujer y detectar disfunciones sexuales femeninas en atención primaria.^{19, 20}

El cuestionario se aplica a pacientes de entre 18 y 50 años con y sin diagnóstico de lesiones pre malignas por papiloma virus que acudieron a la consulta externa de ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

3.6. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Una vez que se levante la información a través del cuestionario SyDSF-AP, se procederá al desarrollo de una base de datos en el programa Excel para su limpieza y posterior análisis con SPSS.

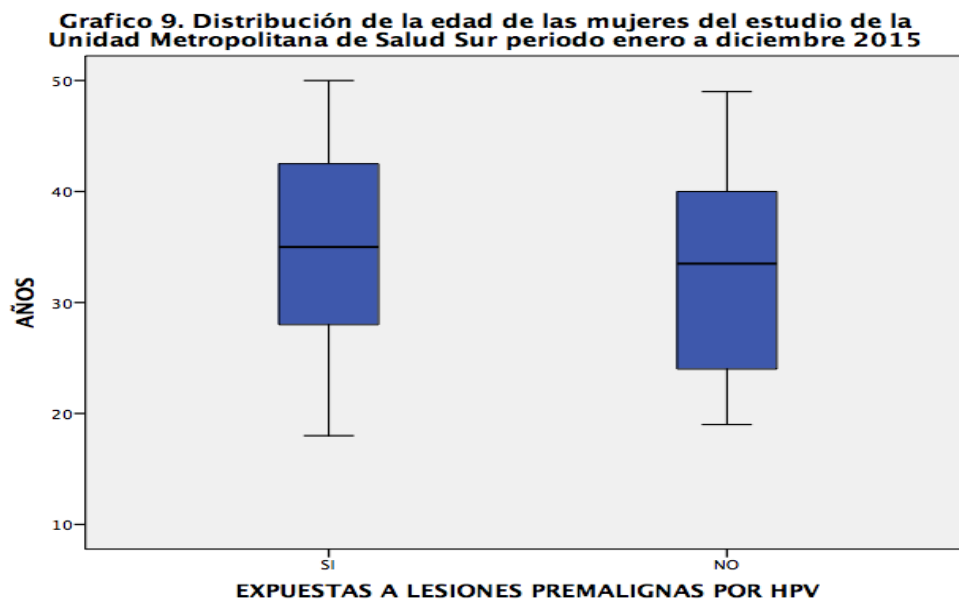
Para determinar si existe asociación entre lesiones pre malignas por HPV y disfunción sexual en las mujeres estudiadas, se calculará el riesgo relativo (RR), riesgo atribuible (RA), χ^2 e intervalos de confianza (95%) además de las medidas de tendencia central como promedio, y medidas de dispersión como la desviación estándar, el rango e inter-analíticas.

IV. RESULTADOS.

En el presente estudio participaron 237 mujeres que acudieron a la consulta externa del servicio de ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el periodo de enero a diciembre del año 2015, las cuales fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos para que por medio de una encuesta identificar los factores de riesgo y la asociación para desarrollar una enfermedad de transmisión sexual.

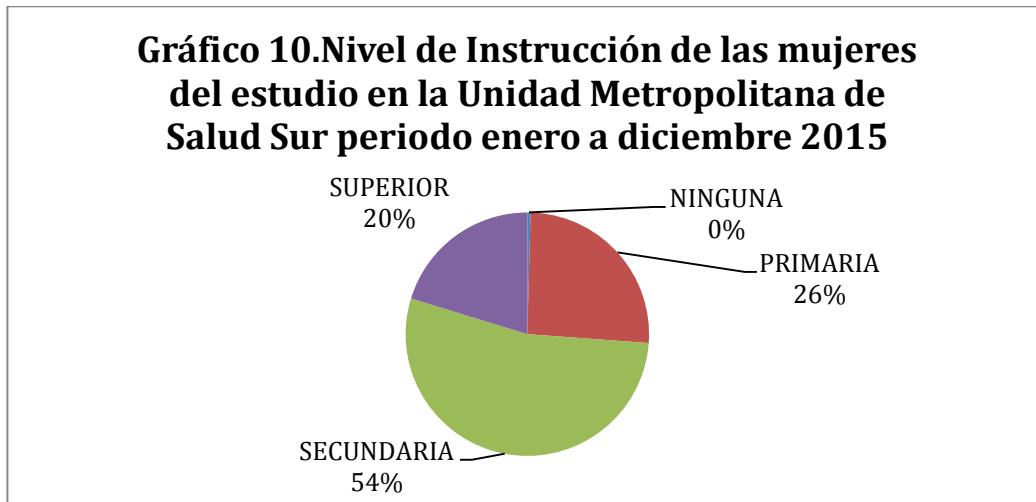
Resultados de estadística descriptiva:

Edad: El grupo total de pacientes presentó un promedio de edad de 33.8 años con una desviación de 9.0 años en un rango de 18 y 50 años. (Grafico 9)



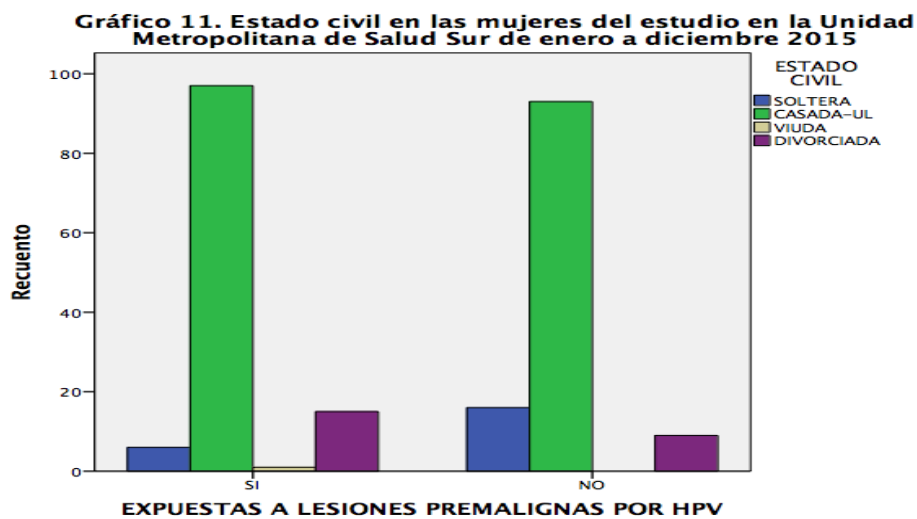
Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía

Nivel de instrucción: El 54% de las pacientes encuestadas presenta estudios secundarios. (Gráfico 10).



Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía

Estado civil: del grupo estudiado tenemos que de las 237 encuestadas el 80% corresponden a unión libre y casadas y el resto se distribuye entre solteras, separadas o divorciadas. (Gráfico 11).



Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía

Número de parejas sexuales se encontró la siguiente información el 39.7% de las pacientes encuestadas tuvo un promedio de dos parejas sexuales, siguiendo del 32.9% con una sola pareja sexual y solo un 8% aproximadamente que pasa más allá de las 4 parejas sexuales durante su vida íntima. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución del número de parejas sexuales en las mujeres del estudio en la Unidad Metropolitana de Salud Sur período enero a diciembre del 2015.

	NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES							TOTAL
	1	2	3	4	>4	20		
EXPUESTAS A LESIONES PREMALIGNAS POR HPV	SI	39	47	24	3	5	1	119
	NO	39	47	22	7	3	0	118
	TOTAL	78	94	46	10	8	1	237

Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.

Elaboración: Víctor Manuel Alomía

Tabaquismo: de las expuestas a lesiones pre malignas por HPV en comparación con las no expuestas el 96.2% no tiene un habito de fumador. (Tabla 3).

Tabla 3. Tabaquismo en las mujeres del estudio en la Unidad Metropolitana de Salud Sur período de enero a diciembre 2015.

TABAQUISMO			
EXPUESTAS A LESIONES PREMALIGNAS POR HPV			Total
	SI	NO	
SI	2	117	119
NO	7	111	118
Total	9	228	237

Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.

Elaboración: Víctor Manuel Alomía

Anticonceptivos: Solamente el 8,4% de las mujeres encuestas utilizan algún método anticonceptivo en la UMMS. (Tabla 4).

Tabla 4. Uso de anticonceptivos de las mujeres del estudio en la Unidad Metropolitana de Salud Sur período enero a diciembre 2015.

USO DE ANTICONCEPTIVOS		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	8,4
NO	217	91,6
Total	237	100

Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía

Paridad: De las 327 pacientes que colaboraron con este estudio se obtuvo una media de 2,19 con una mediana de 2 hijos con respecto al número de hijos de las mujeres que acudieron a la UMSS. En la tabla# se puede observar el número de hijos por cada grupo de estudio. (tabla 5).

Tabla 5. Número de hijos de las mujeres del estudio en la Unidad Metropolitana de Salud Sur período de enero a diciembre 2015.

EXPUESTA S A LESIONES PREMALI GNAS POR HPV	NÚMERO DE HIJOS										Total
	#	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
SI	2	34	34	27	15	1	3	0	3		119
NO	19	27	36	22	11	1	0	1	1		118
Total	21	61	70	49	26	2	3	1	4		237

Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía

De las pacientes que presentaron disfunción sexual cuando se les pregunto cuál fue la causa o el comienzo de sus problemas el 49.6% fue por enfermedad y la segunda mayor causa fue los problemas de pareja con 17.6%, (Tabla 6). Dentro de las causas por enfermedad las lesiones pre malignas son el 84,7% de las enfermedades que causan disfunción sexual (tabla 7), dentro de las esferas evaluadas a las pacientes de 18 a 50 años con vida sexual activa de la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el periodo de enero a diciembre del año 2015, en la consulta externa de ginecología.

Tabla 6. Comienzo de problemas sexuales en las pacientes, de la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el período de enero a diciembre del 2015.

COMIENZO DE PROBLEMAS SEXUALES	DISFUNCIÓN SEXUAL				Total	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENFERMEDAD	57	67,1%	2	5,9%	59	49,6%
EMBARAZO	3	3,5%	2	5,9%	5	4,2%
HIJO	1	1,2%	0	0,0%	1	,8%
ANTICONCEPCION	1	1,2%	0	0,0%	1	,8%
FARMACOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
HABITO TOXICO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
VIOLENCIA DOMESTICA	1	1,2%	0	0,0%	1	,8%
PROBLEMA DE PAREJA	21	24,7%	0	0,0%	21	17,6%
SIN PROBLEMAS	1	1,2%	30	88,2%	31	26,1%
Total	85	100,0%	34	100,0%	119	100,0%

**Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía**

Tabla 7. Enfermedades causantes de disfunción sexual, de la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el período de enero a diciembre del 2015.

TIPOS DE ENFERMEDADES	DISFUNCIÓN SEXUAL				Total	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HPV	48	84,2%	2	100,0%	50	84,7%
SUA	4	7,0%	0	0,0%	4	6,8%
MIOMATOSIS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
LEUCORREAS	3	5,3%	0	0,0%	3	5,1%
IVU	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
INFERTILIDAD	1	1,8%	0	0,0%	1	1,7%
OTRAS	1	1,8%	0	0,0%	1	1,7%
Total	57	100,0%	2	100,0%	59	100,0%

**Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía**

En cuanto al tiempo de evolución de las pacientes de la cohorte expuesta se valoró desde cuando se les realizó el diagnóstico de lesión premaligna hasta cuando se les realizó la encuesta, encontrándose los siguientes datos. (tabla 8)

Tabla 8. Tiempo de evolución de las lesiones premalignas y disfunción sexual, de la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el periodo de enero a diciembre del 2015.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN		>3 MESES	>6 MESES	>9 MESES	>12
		<6 MESES	<9 MESES	<12 MESES	MESES
DISFUNCIÓN SEXUAL	SI	14	19	31	21
	NO	8	12	3	11

**Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía**

Medidas asociación:

En el estudio realizado se valoró la relación entre disfunción sexual en pacientes expuestas por lesiones pre malignas vs las no expuestas por HPV, tenemos que 71.4% de las pacientes expuestas presenta disfunción sexual en comparación con un 65.3% de las pacientes no expuestas a lesiones pre malignas por papiloma virus humano. De las 119 pacientes con lesiones pre malignas 84,7% refirió que sus problemas empezaron a raíz del diagnóstico de HPV, se puede observar las siguientes medidas de asociación dentro de valores RR: 1,095 IC:(95%: 0,92 y 1,303), P = 0,307.

A continuación vamos a detallar cada uno de las esferas sexuales en las cuales fueron evaluadas las pacientes.

Dentro del dominio de satisfacción sexual las pacientes con HPV 46 pacientes expuestas presentan disfunción en esta área en relación a 30 no expuestas que también presentaron alteraciones en esta área con RR:1.33 , (IC:1,06 – 3,21)
P = 0,021

En cuanto a disminución del interés por el sexo la cohorte expuesta presentó 31 pacientes con disminución del interés y los controles 23 pacientes, RR:1,21, (IC:1,16 – 1,49), P = 0,792.

En relación al ítem disminución de las sensaciones placenteras las pacientes con lesiones pre malignas 9 de ellas presentaron alteración y las pacientes sin lesiones 15 también estuvieron alteradas en este campo, RR:0,74, (IC: 0,736 – 4,24), P=0.006.

Por el componente excitación durante las relaciones sexuales 62 con HPV presentaron esta disminución frente a 52 pacientes sin HPV, RR:1,17, (IC: 0,828 – 2,302), P= 0,459.

En la esfera de dolor durante las relaciones sexuales se observó que 8 pacientes con HPV presentaron esta sintomatología en relación a 16 pacientes del grupo sin HPV que también presentaron la misma sintomatología, RR:0,63, (IC: 0,189 – 1,119), P= 0,236.

Según el parámetro si alcanzar el orgasmo 61 pacientes expuestas no alcanzaban frente a 45 mujeres del grupo no expuesto que tampoco alcanzaban el clímax, RR:1,29, (IC: 1,017 – 2,861), P= 0,004.

En el dominio sobre tener dificultades para mantener relaciones sexuales del grupo expuesto 4 mujeres respondieron afirmativamente y 11 del grupo no expuesto, RR:0,50, (IC: 0,105 – 1,095), P= 0,227.

Al valorar a las encuestadas si podían prescindir sobre tener relaciones sexuales las pacientes con lesiones premalignas 47 respondieron que si y sin lesiones premalignas 35 también, RR:0,50, (IC: 0,902 – 2,655), P= 0,508.

Al analizar si presentaron algún problema de ansiedad o nerviosismo, 3 mujeres encuestadas del grupo expuestas y 10 del grupo no expuestas presentaron alteración en esa área, RR:0,45, (IC: 0,75 - 1,042), P= 0,048. (tabla 9).

Tabla 9. Medidas de asociación por componentes de la función sexual en pacientes con lesiones pre malignas por HPV, en la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el período de enero a diciembre del 2015.

COMPONENTE DE LA FUNCIÓN SEXUAL	RIESGO RELATIVO	IC 95%	P
Satisfacción sexual	1,33	1,06 – 3,21	0,021
Disminución del interés sexual	1,21	1,16 – 1,41	0,079
Disminución sensaciones placenteras	0,74	0,73 – 4,24	0,006
Excitación durante las relaciones sexuales	1,17	0,82 – 2,30	0,045
Dolor durante las relaciones sexuales	0,63	0,18 – 1,11	0,236
Alcanzar el orgasmo	1,29	1,01 – 2,86	0,004
Dificultad para mantener relaciones sexuales	0,50	0,10 – 1,10	0,227
Prescindir de las relaciones sexuales	0,50	0,90 – 2,66	0,508
Ansiedad o nerviosismo en las relaciones sexuales	0,45	0,75 – 1,04	0,048

**Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS.
Elaboración: Víctor Manuel Alomía**

De los componentes de la función sexual, tres de ellos muestran niveles de asociación cuya medida del intervalo de confianza nos indica que posiblemente el riesgo sea real en el universo. De ellas dos son estadísticamente significativas con un valor de $p < 0.05$: satisfacción sexual y alcanzar el orgasmo.

En cuanto a los factores de riesgo para adquirir una disfunción sexual o riesgo de obtener una lesión pre maligna por HPV, los resultados tuvieron bajas tasas de asociación. (tabla 10).

En cuanto al promedio de edad de las pacientes que fueron expuestas a lesiones pre malignas por papiloma virus humano, tenemos que las expuestas tienen una media de 34.91 años y las no expuestas una media de 32.62 años, donde utilizando la t de student para medir la diferencia de promedios de los dos grupos comparativos tenemos un valor de $P= 0.049$ el cual sería significativo para que el tiempo de exposición al virus del HPV a mayor tiempo del contacto mayor probabilidad para desarrollar una lesión pre maligna.

Tabla 10. Asociación de los factores de riesgo con disfunción sexual de las mujeres del estudio de la Unidad Metropolitana de Salud Sur período enero a diciembre 2015.

	RR	IC 95%	P
TABAQUISMO	1,60	0,34 – 7,61	0,535
ANTICONCEPTIVOS	0,86	0,35 – 2,06	0,736
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	0,87	0,744 – 1,02	0,71

Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS
Elaboración: Víctor Manuel Alomía

En relación al tiempo de evolución la enfermedad causada por el HPV y el tiempo de evolución que se tomó para realizar el estudio, no se observó ninguna diferencia entre los grupos estudiados. (Tabla 11).

Tabla 11. Asociación del tiempo de evolución de las lesiones premalignas con el desarrollo de disfunción sexual en el estudio de la Unidad Metropolitana de Salud Sur período enero a diciembre 2015.

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA LESIÓN PREMALIGNA	RR	IC 95%	P
>3 MESES < 6 MESES	0,95	0,48 – 1,84	0,023
> 6 MESES < 9 MESES	0,91	0,54 – 1,51	0,128
> 9 MESES < 12 MESES	6,44	2,74 – 10,99	0,465

Fuente: Mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMSS
Elaboración: Víctor Manuel Alomía

V. DISCUSIÓN.

Las lesiones pre malignas causadas en el cérvix por el virus del papiloma humano (HPV) son cada vez más frecuentes y se están convirtiendo en un problema de salud pública debido a la serie de contingentes de diversa naturaleza, pero con énfasis en el contingente económico que representa para el Estado y para la paciente, por lo tanto, es necesario que se proporcione un manejo integral de este problema de salud pública, con el objetivo de prestar la atención especializada y completa a la paciente que padece esta condición de salud causada por la infección de HPV; resaltando que la atención prestada no debe basarse solamente en las acciones que conllevan a un diagnóstico, tratamiento y pronóstico en relación a la enfermedad desde el punto de vista médico; sino que también debe correlacionarse el aspecto psicológico y social de la paciente, con el fin de que las secuelas, tanto en el aspecto sexual como emocional, sean del menor impacto posible en la mujer.

Esta investigación aborda la identificación de un problema que actualmente no se encuentra desarrollado en su plenitud, y básicamente se traduce en la visualización del riesgo latente que corren las pacientes que son diagnosticadas con el Virus del Papiloma Humano (HPV) y los diversos trastornos de disfunción sexual que pueden estar experimentando sin que reciban la atención adecuada al respecto.

Aclarando que a pesar de existir varios estudios sobre las condiciones de salud que son causadas por este tipo de infecciones por HPV con o sin displasia, es preciso señalar que estamos hablando de una enfermedad con alta prevalencia, que va en aumento; y que incluso se evidencia que produce diversos trastornos de disfunción sexual en la mujer que tiene esta condición diagnosticada.

Tal como lo ha expuesto el autor Graziottin A. Serafini, en su estudio realizado en el año 2009 respecto de la Función Sexual y el Virus de Papiloma Humano (HPV) es necesario que se amplíen las investigaciones en relación a los trastornos de disfunción sexual que pueden ser causados por lesiones pre-malignas que nacen por la infección contraída por el Virus HPV, en virtud de que los estudios efectuados hasta la actualidad son insuficientes por no ser concluyentes al momento de relacionar los trastornos mencionados con el diagnóstico del Virus HPV.

Los datos más significativos recogidos en la presente investigación en lo que respecta a trastornos de disfunción sexual, arrojaron que el 48,10% (RR: 1,17 IC: 0,82 – 2,30 P: 0,045) de las pacientes encuestadas, presentaban falta de excitación durante las relaciones sexuales, mientras que el 44,72% (RR:1,29 IC: 1,01 – 2,86 P:0,004) de las mujeres refirió que no alcanza a llegar al orgasmo; así como el 34,59% (RR:0,50 IC:0,75 – 1,04 P:0,048) refirió que puede prescindir del sexo, mientras que el 32,54% (RR:1,33 IC:1,06 – 3,21 P:0,021) no estaba satisfecho con el desarrollo de su vida sexual.

Como referencia se indica también que en el estudio realizado en Colombia en el año 2010, por Celis – Amortegui y colaboradores, se determinó que existía

presencia de disfunción sexual en un 80% de las pacientes que fueron diagnosticadas con el Virus del HPV, siendo el factor del orgasmo en la relación sexual, con un 69%, el más afectado.

Dentro de los factores de riesgo que se pretendía asociar para adquirir una lesión pre maligna por HPV, se evidenció que el 54% de las encuestadas cursa con estudios de nivel secundario, el 80% de ellas estaban dentro de relaciones de unión libre o casadas y que además el 39,7% (RR:0,87 IC:0,744 – 1,02 P:0,72) había presentado 2 parejas sexuales, siendo estos factores no de riesgo para adquirir una lesión pre maligna por HPV.

Ahora bien, en relación a los factores de riesgo que conllevan a la posibilidad de contraer la infección por el virus del papiloma humano, es preciso indicar que como uno de los factores de mayor prevalencia, se ha identificado el hecho de las pacientes tengan múltiples parejas sexuales; a pesar de que el presente estudio investigativo ha arrojado como resultado, que un 72,3% de las encuestadas respondió que no había tenido en el transcurso de su vida sexual, más de dos parejas sexuales. Según Meza- Rodríguez, Colombia, 2011, se reportó una media de 2,57 parejas, por lo que en el presente caso sería necesario enfatizar la indagación sobre el número de parejas sexuales que han tenido las parejas de las pacientes que han sido diagnosticadas con esta condición.

En cuanto al factor edad como riesgo para la contracción del Virus del Papiloma Humano, este no sería como tal un factor de riesgo, pero el tiempo de exposición al Virus HPV si se podría configurar como un factor de riesgo, añadiendo que el promedio de edad de las pacientes expuestas al Virus de HPV fue de 34,91 años;

mientras que el promedio de edad de las pacientes no expuestas fue de 32,62 años, evidenciándose que el tiempo de exposición al virus de HPV si constituye es un factor para desarrollar lesiones pre malignas por HPV o lo que es aún peor, que la paciente desarrolle un cáncer de cérvix uterino.

Con respecto a la ingesta de anticonceptivos, y tabaquismo, analizados como un factor de riesgo; se evidencia que solamente el 8,4% de las encuestadas, usa alguno de estos métodos, mientras que el 3,8% de las pacientes, es fumador, por lo que las asociaciones de estos factores, para las variables dependiente e independiente fueron insignificantes.

Es importante recalcar la falta de atención al ámbito del desarrollo sexual de la paciente genera un problema de falta de conocimiento, a pesar de la época actual que vivimos y de los avances de la tecnología, para muchas de las pacientes es poco común hablar sobre el sexo y su sexualidad ya que sigue siendo considerado un tema tabú y de poco interés; teniendo en cuenta que dentro de los problemas de disfunción sexual, el 24,7% fue causado por problemas de pareja o que simplemente se mencionó que nunca se les había cuestionado sobre este tema, por lo tanto la falta de un instrumento estandarizado para la evaluación de la función sexual de la mujer se convierte en una necesidad que debe ser implementada a fin de cubrir todos los campos de la paciente en este ámbito de su salud sexual y reproductiva.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.- CONCLUSIONES.

- Las pacientes que acudieron a la consulta externa de ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur con diagnóstico de lesiones pre malignas por HPV tienen RR:1,09 (IC95%: 0,92 – 1,30) veces más probabilidades de adquirir un trastorno de disfunción sexual, en comparación de las pacientes que no padecen de esta patología, pero siendo una asociación de bajo grado debido a los intervalos de confianza.
- Del total de 237 pacientes atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el periodo de enero a diciembre del 2015, el 71,4% de las pacientes fueron identificadas con algún trastorno de disfunción sexual
- Dentro de los factores de riesgo para adquirir una lesión pre maligna por HPV y disfunción sexual, no hubo ninguno, estadísticamente significativo ya que la mayoría de la población encuestada presento tabaquismo en el 3,8%, uso de anticonceptivos 8,4% y el número de parejas sexuales en el 72,6% de las encuestas fue menor a dos.
- Con respecto a la media de la edad, 34,91 años es el promedio de edad de las pacientes expuestas, en tanto que el 32,62 años corresponde a las pacientes no expuestas, concluyendo que el tiempo de exposición al virus es un factor para el desarrollo de lesiones pre malignas por HPV o

cáncer de cérvix uterino, con implicaciones observadas en el desarrollo de la disfunción sexual.

7. RECOMENDACIONES.

- Incentivar el uso de los exámenes de tamizaje que tiene a disposición las unidades de salud pública y particulares para el tamizaje oportuno de infecciones por papiloma virus humano para evitar la progresión de esta enfermedad a lesiones pre malignas o cáncer de cérvix.
- Educar a las pacientes y parejas sobre los factores de riesgo y el manejo adecuado de la enfermedad para poder disminuir la tasa de infección por HPV.
- Creación de un programa de vacunación a nivel público para protección de las adolescentes contra las cepas de mayor factor de riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino y condilomatosis.
- Capacitar al personal de salud sobre las alteraciones psicológicas y sexuales que pueden tener las enfermedades de transmisión sexual, para brindar un manejo integral de las pacientes y abarcar todas las esferas de su tratamiento no solamente el clínico y mejorar la calidad de vida de la paciente y la pareja.
- Creación de un instrumento estandarizado para la valoración de la salud sexual de las pacientes, para que una vez identificadas las alteraciones sexuales trabajar en el diseño terapéutico que permitan mejorar la calidad de vida sexual de las pacientes y pareja.
- Que el estudio sirva de base para nuevas investigaciones y pensar a futuro en un centro de manejo integral con médicos capacitados para detectar

alteraciones emocionales y sexuales sin centrarnos solamente en la parte clínica de la paciente.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- McCaffrey, K; Waller, J. (2004). Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology*
- 2.- Amórtegui, M; Toro M., F. (2010). Estudio de cohorte sobre el impacto del diagnóstico de displasia cervical en infección por virus del papiloma humano en la función sexual de mujeres en un hospital de segundo nivel en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*
- 3.-Kevin A. Ault., 2006, Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract, department of gynecology and obstetrics, emory University scholl of medicine, Atlanta
- 4.-Piñeros et al. BMC Public Health 2013, 13:272
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/272>
- 5.-Molano M, Poso H, Weiderpass E, van den Brule AJ, Ronderos M, Franceschi S, et al. Prevalence and determinants of HPV infection among Colombian women with normal cytology. *Br J Cancer* 2002;87:324-33.
- 6.-Orellana C, Casado E, Masip M, Galisteo C, Gratacós J, Larrosa M. Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26:663-6
- 7.-Jones LR. The use of validated questionnaires to assess females sexual dysfunction. *World J Urol* 2002;20:89-92.

- 8.- Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera GM, Colleselli D, Bartsch G, et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU Int* 2008;101:717-21.
- 9.- Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. *J Postgrad Med* 2009;55:113-20.
- 10.- Hullfish KL, Pastore LM, Mormon AJ, Wernecke Y, Bovbjerg VE, Clayton AH. Sexual functioning of Latino women seeking outpatient gynecologic care. *J Sex Med* 2009;6:61-9.
- 11.- McCaffery K, Waller J, Forrest S, Cadman L, Szarewski A, Wardle J. Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *BJOG* 2004;111:1437-43.
- 12.- OMS, 2010, estadísticas sanitarias mundiales
- 13.- Conaglen HM, Hughes R, Conaglen JV, Morgan J. A prospective study of the psychological impact on patients of first diagnosis of human papillomavirus. *Int J STD AIDS* 2001;12:651-8.
- 14.- Papa D, Moore Simas TA, Reynolds M, Melnitsky H. Assessing the role of education in women's knowledge and acceptance of adjunct high-risk human Papillomavirus testing for cervical cancer screening. *J Low Genit Tract Dis* 2009;13:66-71.
- 15.- Sanabria, J. Virus del papiloma humano (HPV). *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13 (4), 168-187.

- 16.- Graziottin A, Serafini A. HPV infection in women: psychosexual impact of genital warts and intraepithelial lesions. *J Sex Med* 2009;6:633-45.
- 17.- Zaldívar, G; Molina, F; Sosa, C; col. (2012). Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77 (4), 315 – 321.
- 18.- Alonzo, L. &. (2006.). Cáncer Ceévico Uterino. Diagnostico, prevención y control. México. : Ed Panamericana. .
- 19.- Castellsagué, X., Iftner, T., Roura, E., Vidart, J. A., Kjaer, S. K., Bosch, F. X., Muñoz, N., Palacios, S., Rodriguez, M. S. M., Serradell, L., Torcel-Pagnon, L., Cortes, J. and for the CLEOPATRE Spain Study Group (2012), Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: The CLEOPATRE study. *J. Med. Virol.*, 84: 947–956. doi: 10.1002/jmv.23282
- 20.- Yerovi, C. (2012). Manejo conservador del cáncer microinvasor de cérvix. *Revista científica colposcopía*, 3 (1), 11 – 13.
- 21.- M.S. Campo, S.V. Graham, M.S, Cortese, G.H. Ashrafi. E.H. Araibi. E.S. (2010). HPV-16 E5 down-regulates expression of surface HLA class I and reduces recognition by CD8 T cells, Elsevier
- 22.- Edwards, R; Larkins, M; Taioli, M; col. (2012). Oral HPV infection and sexuality: a cross-sectional study in women. *International Journal of Molecular*, 12 (6), 3928 – 3940. Disponible en: www.mdpi.com/journal/ijms.
- 23.- Vulcano **DA**, Milazzo L, Volpi S, Battista MM, Barca A, Hassan HJ, et al. Dr. Ismael Dale Cotrim Guerreiro da Silva MD PhD (Brasil) & Col (2011), Simposio

HPV Qiagen & tecnolab: Experiencia en implementación de tamizaje de CCU con captura de Híbridos: https://issuu.com/rwgroup/docs/27_noviembre2013.

24.- Patti, E; Gravitt, A. (2011). Las incógnitas conocidas de la historia natural por HPV. *The Journal of Clinical Investigation*, 121 (12), 4584 - 4592.

25.- Arroyo, D. (2010). Papilomavirus humanos, cáncer cervical y vacunación. *Virología*, 13 (1), 31 - 37.

26.- Álvarez, C; Castro, E; Virginillo, J; col. (2012). Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. *Rev. Argent. Radiol*, 76 (2), 169 - 171.

27.- Vinay Kumar, Abbas AK, Fausto N, Mitchell F.2007, Robbins Basic Pathology. 8 ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences.

28.- Abarca V, K., Valenzuela B, M. T., & Vergara, R. (2008). Declaración del Comité Consultivo de Inmunizaciones de la Sociedad Chilena de Infectología respecto a la vacuna anti-virus papiloma humano. *Rev Chil Infect*.

29.- Vargas Hernandez, V. (Méx 1996). Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. *Ginecol. Obstet.*, Volumen 64(9): 411-417.

30.- Gerardo González Martínez¹ y José Núñez Troconis

. (2014) Historia natural de la infección por el virus del papiloma humano: una actualización. *Invest Clin* 55(1): 82 - 91

31.- Rivera, Z. T. (2002). *Revista Chilena de Obstericia y Ginecología*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2014, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717752620020006

00013&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-75262002000600013

32.- Aranda Flores, C., & López Graniel, C. (2008). CÁNCER CÉRVICOUTERINO Y EMBARAZO. Mexico: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

33.- (2012). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de la papilomatosis Laringea Juvenil. Mexico DF: Consejo de Salubridad General.

34.- Mora Perdomo, E., & Perdomo Soret, L. (2013). Infección por HPV en niñas sin contacto sexual. *Rev Obstet Ginecol Venez.*

35.- Wildero, L. (2010 - 2011). Increased Risk of Mother-to-Child Transmission of HPV: A meta-analysis of published studies. Belgica: GHENT UNIVERSITY Faculty of Medicine and Health Sciences.

36.- Sarduy, M. (2008). Neoplasia intraepitelial cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*, 34 (2).

37.- Leticia Hernández-Carreño, Silvia Padilla-Loredo, María Luisa Quintero-Soto. (2012). FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES PARA CONTRAER EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO • Volumen 13 Número 9 • ISSN: 1067-6079

38.- G.L. Weid, L.G. Koss, J.W. Reagan. *Compendium of Diagnostic Cytology*, 1981, *Tutorials of Cytology*, University of Chicago, Chicago

39.- Roura, E; Iftner, T; Vidart, J; col. (2012). Predictors of human papillomavirus infection in women undergoing routine cervical cancer screening in Spain: the cleopatre study. *BMC Infectious Diseases*, vol.12: 145.

- 40.- Palma Lazcano, I. (2006). ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLOGIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. REVISTA PACEÑA DE MEDICINA FAMILIAR, 67-70.
- 41.- Alonzo, L. &. (2006.). Cancer Cervico Uterino. Diagnostico, prevención y control. México. : Ed Panamericana. .
- 42.- David De la Fuente-Villarreal,¹ Santos Guzmán-López,¹ Oralia Barboza Quintana,² Roger Adrián González-Ramírez. Medicina, 2010, ARTÍCULO DE REVISIÓN Biología del Virus del Papiloma Humano y técnicas de diagnóstico; 12(49):231-238
- 43.- Martin CM¹, O'Leary JJ. 2011, Histology of cervical intraepithelial neoplasia and the role of biomarkers:605-15. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2011.04.005. Epub 2011 Jun 1.
- 44.- Sirovich, B. E., Feldman, S., & Goodman, A. (2014). Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino: la evidencia de la efectividad. UpToDate.
- 45.- OMS 2014 Sankaranarayanan Pruebas de tamizaje basadas en la prueba VPH
- 46.- (2010). FDA Licencias de bivalente Virus del Papiloma Humano Vacunas (HPV2, Cervarix) para su uso en mujeres y actualizados Recomendaciones de vacunación contra el VPH del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP. Semanal.
- 47.- Sánchez, C; Carreño, J; Espíndola, J; Torres, A. (2007). Función Sexual de la Mujer (FSM). *Revista Atención Primaria*, 34 (6), 286-94

- 48- Castroviejo, F. (2010). *Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad*. Tesis Doctorado, Facultad de Medicina Departamento de Cirugía, Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- 49.- Kammerer, D; Rogers, R. (2008). Función y disfunción sexuales femeninas. *Department of Obstetrics and Gynecology-Baylor College of Medicine. Obstetric Gynecology. Clinic of North American*, 35 (02), 169 - 183.
- 50.- Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES). (2008). *Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología*. (2ª Edición). Belo Horizonte, Brasil: FLASSES.
- 51.- Amato, P. (2006). Categorías de la disfunción sexual femenina. *Department of Obstetrics and Gynecology-Baylor College of Medicine. Obstetric Gynecology. Clinic of North American*, 33 (04), 527 - 534.
- 52.- Castillo y Paredes. (2012). Función sexual y su ejercicio en mujeres primigestas que acuden a la Consulta Externa hasta un año después del parto vaginal o por cesárea en el Hospital GinecoObstétrico Isidro Ayora de Quito
- 53.- Kingsberg, S; Janata, J. (2007). Trastornos sexuales femeninos: Valoración, diagnóstico y tratamiento. *Urologic Clinic of North American*, 34 (4), 497 – 506.
- 54.- Meza R., M; y cols. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25 (1), 17 - 22.

- 55.- Sánchez, F; Pérez, M; Borrás, J; col. (2004). Diseño y validación del cuestionario de las distintas disfunciones sexuales femeninas y la relación con ansiedad rasgo-estado. *Psicología Iberoamericana*, 15 (1), 52 – 59.
- 56.- Jha, S; Thakar, R. (2010). Female sexual dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 153 (2), 117-123.
- 57.- Cavalcanti R. y Cavalcanti M. Tratamiento Clínico Das Inadequações Sexuais São Paulo, Brasil. Editora Roca. 2ª ed. 1997.
- 58.- Blümel, J. (2010). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 69 (2), 86 - 91.
- 59.- Wiesner, C. (2009). Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Revista Colombiana de Cancerología*, 13(3), 145-156.
- 60.- Ministerio de Sanidad y Consumo. «Disfunciones sexuales»
- 61.- Rosen, R; Brown, C; Heiman, J; col. (2010). The female sexual function index (FSFI): a multidimensional selfreport instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26,191–208.
- 62.- I. Casas Arandaa, L. Guirao Sánchezb, L. García-Giralda Ruizc, J.V. Alfaro Gonzálezd, C. Sandoval Martínezd y F.J. García-Giralda Ruize, 2007, SyDSF-AP: un cuestionario de 21 ítems para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en Atención Primaria, SEMERGEN
- 63.- García, G; Ruiz, L; col. Disfunciones Sexuales En El Sistema Sanitario: ¿Y Nosotras Qué?. *Rev Int Androl*, 6 (1), 23 – 26.

ANEXOS.

11.1. CUESTIONARIO DE DISFUNCION SEXUAL.

SyDSF-AP: cuestionario para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en Atención Primaria

1. ¿Está satisfecha con su vida sexual?
Nada Un poco Algo Bastante Mucho Muchísimo
2. ¿Ha decaído su interés por el sexo?
Nada Un poco Algo Bastante Mucho Muchísimo
3. ¿Tiene menos sensaciones placenteras durante su relación sexual?
Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
4. ¿Se siente excitada o estimulada durante su relación sexual?
Nada Un poco Algo Bastante Mucho Muchísimo
5. ¿Siente dolor durante la relación sexual?
Nada Un poco Algo Bastante Mucho Muchísimo
6. ¿Logra tener orgasmos?
Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
7. ¿Tiene dificultades sexuales cuando tiene sexo con su pareja, pero no cuando se masturba en soledad?
Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
8. Si por usted fuera, ¿podría prescindir de las relaciones sexuales?
Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
9. ¿Se siente deprimida y nerviosa porque tiene problemas sexuales?
Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre
10. En caso de tener problemas sexuales, éstos comenzaron después de... (marque todas las que considere)

Enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Embarazo		<input type="checkbox"/>	
Nacimiento de un hijo		<input type="checkbox"/>	
Ingesta de anticonceptivos		<input type="checkbox"/>	
Toma de fármacos		<input type="checkbox"/>	
Algún hábito tóxico		<input type="checkbox"/>	
Violencia doméstica		<input type="checkbox"/>	
Problemas de pareja		<input type="checkbox"/>	
11. ¿Qué nota le pondría a su pareja de 0 a 10?
12. ¿Desea realizar algún comentario?
.....

11.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Consentimiento informado y declaración del participante

Consentimiento informado para el estudio: *“DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE LESIONES PREMALIGNAS POR HPV EN LA UNIDAD METROPOLITANA DEL SALUD DEL SUR, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 ”*

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR:

El propósito de este documento es darle a conocer la información necesaria para ayudarlo a decidir en el caso que desee participar en el estudio.

Por favor lea este documento.

Puede hacer preguntas sobre el propósito del trabajo, sus derechos como un participante voluntario o sobre este documento. Cuando todas sus preguntas se hayan contestado, puede decidir si desea participar en este estudio; este proceso se llama *“consentimiento informado”*.

PROPÓSITO Y BENEFICIOS:

El presente trabajo busca identificar trastornos de disfunción sexual en las pacientes que presentan lesiones premalignas por papiloma virus humano,

consultando a mujeres que acuden a la consulta externa de Ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud del Sur.

Así se podrá determinar la influencia que tiene esta infección en el aspecto psicológico y sexual de la mujer y de esta manera fortalecer el manejo integral de estas pacientes.

PROCEDIMIENTO.

Si usted elige participar en este estudio de manera voluntaria, nos gustaría que conteste un cuestionario sobre aspectos relacionados con su función sexual.

Estas preguntas tomarán más o menos diez minutos de su tiempo. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo debe elegir la que usted considere adecuada. Las encuestas se mantendrán anónimas, ya que a cada persona se le asignará un código.

RIESGOS O MOLESTIAS.

Algunas personas sienten que proveer información para un trabajo de investigación es violar su privacidad, que la información será utilizada en otros análisis distintos al mencionado, sin embargo usted debe saber que el estudio será vigilado por un supervisor o director del trabajo además de un comité de bioética que supervisa estos aspectos.

CONCLUSIÓN.

La participante es voluntaria de decidir si desea o no colaborar en este estudio.

Si desea hacerlo, debe contestar todas las preguntas que están en la encuesta, si desea cambiar alguna respuesta lo pueden hacer antes de entregar la misma.

Esta encuesta no tendrá ninguna remuneración económica antes, durante y al finalizar el estudio.

Debe saber que si desea abandonar su participación en este estudio lo puede hacer en cualquier momento sin ninguna represalia.

La información es confidencial.

Si los resultados de este estudio se publican o se presentan no se usará el nombre de las participantes.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE.

Se me ha explicado sobre el desarrollo del estudio y declaro participar voluntariamente en este trabajo.

Tuve la oportunidad para hacer preguntas y se me ha indicado que la presente investigación no significa riesgo alguno para mi integridad personal y que se respetará mi identidad.

Firma del participante

Nombre

Fecha