

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL
VERSUS VAGINAL EN GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT**

GUISELA MARÍA RECINOS TOBAR

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultada de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

MARZO 2020

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser el objeto fundamental de mi vida y a la Virgen María por constituir la guía y fortaleza espiritual que ha hecho posible en mí una vida plena, llena de felicidad y de amor.

A mis padres, José Leonidas y María Antonieta, por ser los pilares fundamentales de mi vida y el ejemplo más cercano de superación. Por siempre haber confiado en mis capacidades y nunca dejarme sola en este largo camino de formación.

A mi hermana Clarissa, por cuidar de mí siempre y agregarle la alegría necesaria a mi vida.

A mi sobrina Sofía, por recordarme que llevo una niña dentro de mí y por verme siempre como un ejemplo a seguir.

A mis abuelos, el cimiento de mi existencia. Un tributo especial a los que ya no están físicamente conmigo. A la “Ita Sarita”, por procurarme un lugar especial en su corazón y por proveerme de descanso y alimento siempre que lo necesité.

A mis tíos, primos y demás familia, por su apoyo y cariño incondicional y por siempre haber estado pendientes de mi recorrido.

A mis amigos y colegas, por los buenos y malos momentos compartidos.

A mis catedráticos y superiores, por haber compartido conmigo su sabiduría y conocimiento, en particular, al Dr. Abner Santos, Dr. Gonzalo Samayoa y al Lic. André Chocó por haberme guiado en el desarrollo de esta tesis de estudio.

Al Hospital Roosevelt, por haberse convertido en mi segunda casa y por las lecciones que me regaló, científicas y humanas, a través de cada una de las pacientes que tuve la oportunidad de atender.

Y finalmente, a la Universidad de San Carlos de Guatemala, por hacer de mí una profesional comprometida con la sociedad.

ÍNDICE

RESUMEN	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	15
IV. HIPÓTESIS	16
V. METODOLOGÍA	17
VI. RESULTADOS	22
VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	29
6.1. Conclusiones	31
6.2. Recomendaciones	32
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
VIII. ANEXOS	38

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Características y función sexual de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	22
TABLA 2: Comparación de la función sexual antes y después de la histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	23
TABLA 3: Mejora de la vida sexual postoperatoria de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	25
TABLA 4: Función sexual postoperatoria según tipo de histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	26
TABLA 5: Comparación de la mejora en la función sexual de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	27
TABLA A1a: Preguntas del cuestionario de satisfacción sexual	45
TABLA A1b: Preguntas del cuestionario de satisfacción sexual	46

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1: Comparación de la función sexual antes y después de la histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	24
GRÁFICA 2: Comparación de las subescalas de función sexual antes y después de la histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	25
GRÁFICA 3: Función sexual postoperatoria según tipo de histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	27
GRÁFICA 4: Subescalas de función sexual postoperatoria según tipo de histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)	28

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más frecuente después de la cesárea. Se ha descrito, una mantención de la frecuencia de relaciones sexuales, un aumento de la libido y una disminución de la frecuencia de dolor y de problemas sexuales posterior a esta cirugía. **OBJETIVOS:** Determinar la función sexual de las pacientes antes y después de la histerectomía abdominal total o vaginal. **METODOLOGÍA:** Se realizó una selección por conveniencia de pacientes captadas en el servicio de Consulta Externa de Ginecología, quienes posteriormente fueron ingresadas al servicio de Ginecología para realizar histerectomía abdominal total o vaginal, seleccionando un total de 110 pacientes con patología ginecológica benigna, pareja estable, vida sexual activa que desearan participar en el estudio. Se usó el instrumento Índice de la función sexual femenina (FSFI). **RESULTADOS:** Las puntuaciones del cuestionario de función sexual fueron significativamente mayores después de la histerectomía. Los aspectos donde se observó una mayor diferencia fueron el deseo, la excitación, la satisfacción, la mejora del dolor y la puntuación total. Se considera que 69% de las pacientes tenían una función sexual buena posterior a la histerectomía. La mejora en la función sexual se dio en el 70.9% de las pacientes, IC 95% [62.0 al 79.9]. El 66.3% de las mujeres con histerectomía abdominal mejoraron su función sexual, así como el 83.3% de aquellas con histerectomía vaginal. **CONCLUSIONES:** La función sexual posterior a la histerectomía, tanto vía abdominal como vaginal, aumenta significativamente de manera positiva, sobre todo cuando se opta por un abordaje vía vaginal.

PALABRAS CLAVE: Función sexual femenina, histerectomía vaginal, histerectomía abdominal.

I. INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados, la histerectomía es la segunda cirugía más frecuente después de la cesárea. En Estados Unidos de Norteamérica, 40,5% de las mujeres a los 64 años se encontrará histerectomizada. El mayor porcentaje de histerectomía es por causa benigna y la principal patología es la fibromatosis uterina. La sexualidad de las mujeres histerectomizadas es dinámica y la evolución de los cambios posterior a la cirugía no excedería los 6 meses posoperatorios. Se ha descrito una mantención de la frecuencia de relaciones sexuales, un aumento de la libido y una disminución de la frecuencia de dolor y de problemas sexuales posterior a esta cirugía. Sin embargo, se ha reportado 20% a 25% de las mujeres con un deterioro en su vida sexual y en la percepción de su feminidad, atractivo y deseo sexual (1).

En una investigación chilena, señalan que el tercer mes posterior a la histerectomía es una etapa de transición entre la sexualidad preoperatoria y la definitiva. En este estudio las variables frecuencia de orgasmo, percepción de deseo sexual, grado de excitación y satisfacción sexual no presentan diferencias significativas entre el estado basal y el tercer mes. Sin embargo, la frecuencia de relaciones sexuales y la presencia del orgasmo muestran diferencias, siendo menores las frecuencias de ambas variables al tercer mes post histerectomía. Se realizó un seguimiento al sexto mes, en donde las variables anteriormente señaladas no presentaron diferencias significativas; la satisfacción sexual mejoró significativamente. Por lo anterior, las autoras señalan, que la sexualidad de la mujer no se ve afectada en las mujeres histerectomizadas. Existen múltiples publicaciones en torno a la vida sexual de la mujer histerectomizada, sin embargo, el mayor porcentaje de ellas mide sólo aspectos disfuncionales. La valoración sexual debe considerar una perspectiva más amplia, trascendiendo la medición netamente funcional, y por tanto, apuntando al concepto de calidad de vida sexual (2).

A pesar de que las diversas ventajas de este procedimiento son ampliamente conocidas, sus efectos en la función sexual de las pacientes permanecen sin clarificarse. Varios estudios han reportado efectos adversos en la sexualidad de estas pacientes; entre estos, pérdida de la libido, dispareunia, frecuencia de coito disminuida, entre otros. Sin embargo, hay estudios que reportan mejoras en la función sexual de las pacientes sometidas a este procedimiento (2).

Dado que la mayoría de las candidatas para histerectomía muestra preocupación acerca de los efectos secundarios que el procedimiento podría tener en su función sexual y su relación de pareja, se consideró de suma importancia realizar este estudio para valorar los resultados y el nivel de satisfacción de estas pacientes posteriores al procedimiento quirúrgico (3).

Esta investigación tenía como objetivos comparar la función sexual antes y después de la histerectomía y calcular el porcentaje de mejora de la función sexual después del procedimiento según la vía de abordaje utilizada. Se trató de un estudio descriptivo longitudinal donde el muestreo se realizó por conveniencia, captando a 110 mujeres que acudieron al servicio de Consulta Externa de Ginecología por patología benigna durante el periodo del 1 de mayo al 30 de septiembre de 2017 previo al procedimiento, quienes cumplieron criterios de selección. Se usó el instrumento Índice de la función sexual femenina (FSFI) para la evaluación de la función sexual antes y después de la histerectomía.

Los resultados mostraron que las puntuaciones del cuestionario de función sexual fueron significativamente mayores después de la histerectomía. Los aspectos donde se observó una mayor diferencia fueron deseo, excitación, satisfacción, mejora del dolor y la puntuación total. Se considera que 69% de las pacientes tenían una función sexual buena posterior a la histerectomía. La mejora en la función sexual se dio en el 70.9% de las pacientes, IC 95% [62.0 al 79.9]. El 66.3% de las mujeres con histerectomía abdominal mejoraron su función sexual, así como el 83.3% de aquellas con abordaje vía vaginal. Se concluyó que la función sexual posterior a la histerectomía aumenta significativamente, sobre todo cuando se opta por un abordaje vía vaginal.

II. ANTECEDENTES

La función sexual es una respuesta fisiológica del organismo, la cual resulta fundamental para mantener la calidad de la propia vida, la sensación de bienestar y la armonía psicobiológica.

(1)

El concepto respuesta sexual designa el conjunto de cambios psicológicos, neurofisiológicos, vasculares y hormonales que acompañan a la realización de actos sexuales. (2)

La respuesta sexual fisiológica propiamente dicha conlleva una serie de cambios neurofisiológicos, hemodinámicos y hormonales. (2)

2.1. ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS IMPLICADOS EN LA RESPUESTA SEXUAL

VAGINA: Es un conducto aplanado en forma de sigmoide alargada, cerrado en su extremo superior por el fondo vaginal posterior a 8-10 cm del orificio vulvar; en la pared anterior se inserta el cuello del útero. Su sección transversal, de unos 2-3 cm de ancho, tiene forma de "H" o "W", de modo que sus superficies luminarias anterior y posterior se tocan, por lo que su luz constituye una cavidad virtual. En su porción inferior, la cara posterior y los bordes laterales están rodeados por los potentes músculos del suelo pélvico, especialmente la rama pubovaginal del componente pubococcígeo del músculo elevador del ano. Su cara anterior se encuentra en contacto, en la porción más profunda, con la vejiga urinaria; entre ambos órganos se interpone la fascia de Halban; en la mitad más externa, se relaciona íntimamente con la uretra que discurre prácticamente en todo su trayecto embebida en la pared vaginal anterior.

(2)

Las paredes vaginales están formadas, en su mayor parte, por una túnica de fibras musculares lisas y elásticas, que le confieren su gran distensibilidad; está recubierta por una serosa que contacta con los órganos y las cavidades que la circundan. La superficie interna de la pared vaginal está tapizada por un epitelio estratificado escamoso no queratinizado, de 10 a 20 células de espesor en continua descamación y cuya renovación desde la capa basal es estimulada potentemente por los estrógenos. Entre el epitelio y la capa muscular se encuentra una capa de tejido conjuntivo (lámina propia), ricamente vascularizada y con abundantes

capilares. La lámina propia posee, además, terminaciones nerviosas, fundamentalmente de tipo vasomotor, con relativa abundancia de neurotransmisores, como el péptido intestinal vasoactivo, el péptido histidina metionina, el neuropéptido Y, el óxido nítrico, etcétera. (3)

Además, en su segmento inferior, y especialmente en la pared anterior, posee una importante inervación sensorial que, junto con la de la uretra y la fascia de Halban, confiere a esta zona una mayor sensibilidad erótica, por lo que recibe la denominación de “complejo erótico de la pared anterior”, popularmente conocida como “punto G”. (4)

PIRÁMIDE ERÓTICA VULVAR: Se le llama así al conjunto de forma aproximada de poliedro piramidal, cuyo vértice más alargado se sitúa bajo la sínfisis pubiana, conformado por el clítoris, los bulbos vestibulares, los labios menores y las porciones distales de la vagina y la uretra. Estas estructuras tienen en común dos importantes características: a) una rica vascularización, con densas redes capilares y, en algunos de ellos, espacios sinusoidales, que le permiten acomodar una importante cantidad de sangre, base de su aumento de volumen durante la respuesta sexual y b) una importante inervación sensorial, con receptores al tacto y la vibración que les hace especialmente sensibles a la estimulación erótica. Hay, sin embargo, diferencias entre ellos en cuanto a la estructura exacta del referido tejido vascular y la densidad de inervación sensorial. (2)

El clítoris consta de un cuerpo de 2-4 cm de longitud, con sección longitudinal a modo de “V” invertida; esta forma se debe a la fijación de su mitad posterior a la sínfisis pubiana y la línea alba abdominal por medio del ligamento suspensorio que lo rodea (5, 6). Está formado fundamentalmente por 2 cuerpos cavernosos adosados, cada uno envuelto en una túnica albugínea fibrosa que se fusiona en la línea media formando un septo, conocido como tabique pectiniforme, que separa ambos cuerpos, aunque tiene interrupciones en algunos puntos que permiten la comunicación entre ellos. En el tejido subcutáneo, por encima de la cara dorsal de los cuerpos cavernosos, discurren los gruesos nervios dorsales del clítoris, las ramas terminales del nervio pudendo interno; aunque dan algunas ramificaciones finas a la dermis que cubre la superficie de los cuerpos, donde terminan en corpúsculos de Pacini, la mayor parte de sus fibras terminan en el interior del glande. En su extremo posterior, bajo la sínfisis púbica, los cuerpos cavernosos se separan lateralmente y continúan en las 2 raíces o crura, de unos 5-9 cm de longitud, fijados al borde inferior de las ramas isquiopubianas y cubiertos por los músculos isquiocavernosos. Cada cuerpo cavernoso está formado por un tejido

trabecular eréctil envuelto en una túnica albugínea fibroelástica relativamente gruesa, aunque bastante menos que la de los corpora penianos, lo que, sumado a la ausencia de un plexo venoso subalbugíneo, hace que, a diferencia del pene, en el clítoris no se llegue a producir rigidez. (7) Por lo demás, el tejido eréctil del clítoris es similar al del pene, y está formado por un entramado de espacios vasculares intercomunicados (sinusoides o lagunas), donde desembocan las arteriolas derivadas de las arterias cavernosas, que son drenados hacia la superficie por vénulas comunicantes. Las paredes o trabéculas de las sinusoides están formadas por músculo liso, fibras colágenas y elásticas, y un revestimiento endotelial. En las trabéculas se encuentran terminaciones nerviosas de los nervios cavernosos, procedentes del plexo vaginal, que utilizan neurotransmisores vasoactivos, como óxido nítrico, péptido intestinal vasoactivo, etcétera. (8,9)

El glande del clítoris envuelve al extremo anterior de los cuerpos cavernosos. Es la porción anterior y más visible de esta estructura, aunque, en ausencia de excitación, suele estar cubierto por la fusión del extremo anterior de los labios menores (capuchón o prepucio del clítoris). Las dimensiones del glande son, en las nulíparas, de unos 2-4 mm de ancho y de 3-5 mm de diámetro anteroposterior, aunque aumentan de tamaño en el embarazo. (10) El glande contiene también tejido de tipo eréctil, aunque en menor proporción que en el cuerpo y los crura. En el glande hay más proporción de músculo liso entre los espacios lacunares, por lo que son de menor volumen que en los corpora clitorídeos. Otra diferencia con las trabéculas cavernosas es que en las del glande parece predominar la forma endotelial de la sintasa del NO (eNOS), mientras que en los corpora abundaría más la forma neuronal (nNOS). (9) Entre este tejido eréctil y el epitelio del glande se encuentra una gruesa capa dérmica, que ocupa buena parte del volumen del órgano, que es especialmente prominente en las regiones dorsal, lateral y en la punta, formando una especie de gruesa cúpula que envuelve el núcleo de tejido eréctil. Esta capa dérmica está repleta de elementos neurales; de hecho, contiene la mayor densidad de receptores de presión, tacto y vibración de todo el tracto genital, tanto femenino como masculino, lo que está en la base de la exquisita sensibilidad erótica de esta zona. El desarrollo del cuerpo y el glande del clítoris, al igual que el del pene, es estimulado por los andrógenos. (11,12)

Los bulbos vestibulares o, como se ha propuesto llamarles más apropiadamente, bulbos del clítoris, son 2 estructuras globulares ligeramente aplanadas, situadas entre los crura y el meato uretral, en la profundidad de los labios menores y cubiertos por los músculos bulboesponjosos.

Sus dimensiones suelen ser de 3-7 cm de longitud, 1-2 cm de altura y 1 cm de diámetro transversal, aproximadamente. Por delante, convergen llegando a unirse (comisura bulborum) entre el meato uretral y el cuerpo del clítoris, al que suelen fijarse por medio de una red vascular. La extensión posterior de los bulbos es muy variable; en algunos casos, se prolongan por los lados de casi todo el introito vaginal y, en otros, terminan al comienzo del extremo anterosuperior de éste. Por debajo y por dentro del extremo posterior de los bulbos, y en estrecho contacto con ellos, se encuentran las glándulas vestibulares de Bartholin. (2)

Los bulbos están recubiertos de una capa de tejido conjuntivo mucho más delgada aún que la túnica albugínea de los corpora del clítoris, lo que permite su mayor expansión durante la excitación sexual. Están formados por tejido trabecular, con espacios lacunares, como en el clítoris, aunque los de los bulbos suelen ser mayores y sus trabéculas, más delgadas. Por todas estas similitudes estructurales e íntimas relaciones anatómicas, actualmente se tiende a considerar que los bulbos forman parte integrante del clítoris. (11,13)

Los labios menores, la porción más externa de la vagina, y la uretra tienen ricos plexos vasculares. Por ello, aunque no llegan a formar verdadero tejido eréctil, la dilatación de los referidos vasos permite su considerable congestión y aumento de volumen durante la respuesta sexual. (11)

En la superficie interna de la uretra, y drenando hacia su luz, glándulas uretrales, así como por fuera de ella, glándulas parauretrales de Skene, con orificios de salida laterales al meato urinario, se encuentran formaciones glandulares homólogas a la próstata masculina; en ambas se encuentra el mismo tipo de marcadores específicos de dicho órgano (antígeno prostático específico [PSA], fosfatasa ácida, etcétera.). Su desarrollo es muy variable; indetectable en unas mujeres, en otras puede ser bastante notable, y llegar a producir durante la respuesta sexual una descarga perceptible de su contenido. (8,14)

2.2. COMPONENTES DE LA RESPUESTA SEXUAL

La comprensión de la respuesta sexual es útil para la evaluación y manejo de la disfunción sexual. La descripción tradicional del ciclo de respuesta sexual divide al mismo en cuatro fases: deseo o libido, excitación, orgasmo y resolución. (15)

DESEO: O libido o apetito sexual al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación que precede a la realización de actos sexuales; tiene componentes cognitivos, afectivos y un sustrato neurohormonal. Puede presentarse de modo espontáneo o reactivo, éste último como respuesta a estímulos sensoriales por parte de la pareja. (16) El deseo también varía según el ciclo sexual, alcanzando un máximo cuando se aproxima la ovulación, lo que podría deberse a la elevada secreción de estrógenos durante el período preovulatorio. (17)

EXCITACIÓN: La fase de excitación se caracteriza por un con aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, debido a su vasodilatación, lo cual se traduce en la erección del clítoris y la vasocongestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar. Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal. (18)

La respuesta de lubricación vaginal ocurre rápidamente desde su inicio, en pocos segundos en mujeres jóvenes y en 2-4 minutos en maduras. El líquido de lubricación vaginal se forma por la trasudación a través de las paredes de la vagina de plasma sanguíneo procedente del plexo vascular subepitelial intensamente dilatado. El aumento de volumen del trasudado lleva a que pronto se sature la limitada capacidad de reabsorción de sodio por el epitelio vaginal, de modo que mayores cantidades de este ión escapan hacia la luz, lo que arrastra un volumen mayor de agua, con lo que aumenta la lubricación. El líquido vaginal producido durante la excitación sexual se asemeja, así, más al plasma en cuanto a su concentración de electrolitos y pH. La utilidad fisiológica de este fenómeno es facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal, lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides. (19) La función de transferencia de líquidos a través del epitelio vaginal es estimulada por los estrógenos, lo que contribuye a explicar la disminución de la capacidad de lubricación tras la menopausia. (20)

Las glándulas exocrinas del tracto urogenital también aumentan su secreción durante la excitación sexual de modo relevante. Las glándulas uretrales y parauretrales, equivalentes a la próstata, aumentan también su secreción durante la excitación lo que, en aquellas que las tengan más desarrolladas y/o estimuladas, puede llevar a que su expulsión sea perceptible durante el orgasmo, la cual corresponde a la eyaculación femenina. Las glándulas de Bartholin aumentan también su secreción, lo que contribuye a la lubricación del introito vulvar. (4)

Cuando la fase de excitación se encuentra muy avanzada, la congestión del plexo vascular de la pared vaginal lleva al engrosamiento del tercio externo de ésta. Otro fenómeno de la fase de excitación avanzada es la elevación del útero y el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina, que se observa tanto si hay penetración como si la excitación se produce por estimulación del clítoris. Se suele atribuir a la contracción de la musculatura lisa presente en los ligamentos cardinales y sacrouterinos, que por su disposición anatómica tiran del cuello uterino y la porción superior de la vagina hacia arriba y los lados. Combinado con la mencionada ingurgitación de la porción más externa de las paredes de la vagina, confiere a ésta una forma de botella invertida, lo que podría facilitar la retención del semen que se depositara en ella. (21)

ORGASMO: El orgasmo se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la esquelética. En la mujer, la contracción rítmica (8-12 veces) de los músculos estriados del suelo de la pelvis, que en el hombre da lugar a la expulsión eyaculatoria, particularmente la pubovaginal, hace estrecharse intermitentemente las paredes de la porción más externa de la vagina; el ano se contrae también sincrónicamente. (2)

Se sabe que la mujer es ligeramente más fértil cuando es inseminada por un coito normal que con métodos artificiales, lo que indica una importante función del orgasmo femenino. Durante el orgasmo, los músculos perineales de la mujer se contraen rítmicamente, lo que se debe a reflejos de la médula espinal y es posible que estos mismos reflejos aumenten la motilidad del útero y de las trompas de Falopio durante el orgasmo, favoreciendo así el transporte de los espermatozoides en sentido ascendente hacia el óvulo. Además, parece que el orgasmo produce una dilatación del canal cervical durante un periodo de hasta 30 minutos, lo que facilita el ascenso de los espermatozoides. (17)

En muchos animales inferiores, la cópula hace que la neurohipófisis secrete oxitocina; este efecto se propaga después a la hipófisis a través del hipotálamo y produce un aumento de las contracciones rítmicas uterinas, lo cual se cree que favorece el transporte rápido de los espermatozoides. (17)

RESOLUCIÓN: La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un período

refractario, durante el que es difícil inducir una nueva respuesta sexual. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad. Este fenómeno es más característico en el hombre. En la mujer, se pueden producir estados similares de refractariedad, especialmente tras orgasmos muy intensos. Sin embargo, tras el orgasmo femenino, con frecuencia se regresa a un nivel todavía alto de excitación sobre el que se pueden superponer sucesivos orgasmos si persiste la estimulación respuesta multiorgásmica. (2)

Esta secuencia de eventos no puede ser aplicada de manera consistente en la respuesta sexual de todas las mujeres. Para muchas, las fases varían en secuencia, se traslapan, repiten o pueden ausentarse durante algunos o todos los encuentros sexuales. Además, la satisfacción subjetiva con la experiencia sexual no requiere que se alcancen todas las fases, incluyendo el orgasmo. (22)

2.3. INFLUENCIAS HORMONALES

A la función sexual humana se le reconoce un importante soporte hormonal; especialmente por parte de los esteroides gonadales. Así, desde hace tiempo se conoce el papel fundamental de los estrógenos en el mantenimiento del estado trófico de la vagina y su capacidad de respuesta a estímulos sexuales, con una eficiente vasodilatación y un aumento de lubricación. (23,24)

El papel de los andrógenos en la función sexual femenina es más controvertido. En el hombre, está bien establecido que los andrógenos testiculares, fundamentalmente, testosterona, contribuyen de modo importante a promover el deseo sexual y al mantenimiento del estado funcional de los tejidos eréctiles. En la mujer, hay muchos datos que indican un papel similar de los andrógenos, tanto en estimular el apetito sexual como en el desarrollo y mantenimiento de parte de los órganos sexuales más relevantes para la respuesta sexual, como el clítoris. Por otra parte, hay algunos estudios que cuestionan la acción facilitadora del deseo sexual femenino atribuida a los andrógenos. (25)

Entre otros tipos de hormonas que pueden contribuir a modular la función sexual cabe destacar la prolactina. A su elevación postorgásmica se le ha atribuido el fenómeno del período refractario durante la fase de resolución. Por otra parte, la hiperprolactinemia con frecuencia se acompaña de disminuciones del apetito sexual, en varones y mujeres, aunque es difícil

discernir si el efecto se debe al propio aumento de prolactina o al hipogonadismo secundario frecuente en esta enfermedad. (26)

2.4. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

La disfunción sexual femenina (DSF) está definida como alteraciones del deseo sexual y la excitación, o dolor en la excitación o el orgasmo, lo que da como resultado un malestar personal significativo que puede tener impacto en la calidad de vida. (27) Todavía no se dispone de un sistema de clasificación de las disfunciones sexuales aceptado por la mayoría de los especialistas que trabajan en este campo. Las clasificaciones más utilizadas en las disfunciones sexuales femeninas son DSMIV- TR y AFUD. (28)

En 1998 en una reunión de consenso, el Consejo de Salud de la Fundación Americana para las Enfermedades Urológicas (AFUD) modificó la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM IV y del ICD-10 de la OMS. Se reconocen cuatro tipos de DSF basados en el modelo de respuesta sexual de Masters&Johnson y Helen Kaplan (fase de deseo, de excitación y de orgasmo) y un área de dolor genital. Cada una de las disfunciones pueden ser sub-clasificadas en simples (alteración de una sola fase) o complejas (varias fases combinadas o mixtas); primarias (desde el comienzo de la actividad sexual del individuo) o adquiridas (en algún momento de su vida sexual experimentó normalmente la fase que ahora está alterada). Dentro de esta última categoría (adquirida) puede ser situacional o generalizada. Es decir que la disfunción sexual ocurra en alguna situación en particular o con alguna pareja y no con otra, etcétera. Y finalmente, desde el punto de vista de la etiología podríamos dividir las en orgánicas, psico-sociales o mixtas. (29)

Según la AFUD, los tipos de disfunción sexual femenina comprenden: (29)

- Disfunción del deseo (DD): También llamada “deseo sexual hipoactivo o inhibido” es la ausencia o disminución persistente o recurrente de deseo y/o de fantasías sexuales y/o de receptividad para la actividad sexual.
 - Aversión sexual: es el rechazo a mantener una actividad sexual, en general con una pareja. La paciente puede manifestar repulsión, asco y fobia a la sexualidad.
- Disfunción de la excitación objetiva y/o subjetiva (DEO y DES): Incapacidad persistente o recurrente para lograr o mantener la excitación objetiva (sequedad vaginal, disminución de sensación y/o la congestión clitorídea y vaginal) y/o subjetiva.

- Disfunción del orgasmo (DO): Ausencia, retraso o dificultad persistente o recurrente para lograr el orgasmo luego de una adecuada estimulación y excitación sexual.
- Dolor genital
 - o Dispareunia (DIS): Dolor genital persistente o recurrente asociado a la penetración penénea.
 - o Vaginismo (VAG): Espasmo involuntario persistente o recurrente de los músculos del tercio externo de la vagina que imposibilita la penetración.
 - o Dolor genital no coital (DGNC): Dolor genital persistente o recurrente relacionado con la actividad sexual pero no coital.

2.5. EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

El útero ha sido considerado un órgano que controla importantes funciones fisiológicas y sexuales. Cerca de 600 mil mujeres son sometidas a histerectomía cada año en los Estados Unidos, y este número ha permanecido constante. A pesar de que se conocen diversas ventajas de este procedimiento, sus efectos en la función sexual femenina aún permanecen poco claros. (30)

Las pacientes candidatas a histerectomía muestran preocupación por los potenciales efectos negativos del procedimiento en su función sexual y la relación sexual con su pareja. (31)

La sexualidad de las mujeres histerectomizadas es dinámica y la evolución de los cambios posterior a la cirugía, no excedería los seis meses posoperatorios. Se ha descrito una preservación de la frecuencia de relaciones sexuales, un aumento de la libido y una disminución de la frecuencia de dolor y de problemas sexuales posterior a esta cirugía. Sin embargo, se ha reportado 20% a 25% de las mujeres con un deterioro en su vida sexual y en la percepción de su feminidad, atractivo y deseo sexual. En una investigación chilena, señalan que el tercer mes posterior a la histerectomía sería una etapa de transición entre la sexualidad preoperatoria y la definitiva. (32,33)

Según el modelo establecido, la sexualidad de las mujeres histerectomizadas dependerá, en gran medida, de variables prequirúrgicas como son la buena calidad de vida sexual, la buena calidad de comunicación de pareja y la presencia de orgasmo, junto con la presencia de

ooforectomía, siendo esta última el único predictor negativo de la calidad de vida sexual en nuestro modelo. (34)

Una revisión de 34 artículos que documentaban los efectos de la histerectomía en los diversos aspectos de la función sexual femenina, categorizó los mismos de la siguiente manera: (35)

- Efectos de la histerectomía en el deseo sexual: la mayoría de pacientes no experimenta ningún cambio en el deseo sexual, manteniendo la actividad sexual posteriormente al procedimiento y reportando la misma frecuencia de actividad sexual seis meses después del mismo. Sin embargo, algunas mujeres reportaban una mejora considerable del deseo sexual; mientras otras reportaban disfunciones sexuales, tales como la pérdida del deseo sexual, presentaban una disminución significativa posterior a una histerectomía vaginal o abdominal. Por el contrario, otros estudios demostraron que el deseo sexual y la frecuencia de encuentros sexuales disminuyó drásticamente después de la histerectomía.
- Efectos de la histerectomía en la excitación sexual: algunos estudios mostraron efectos positivos y otros mostraron efectos negativos de la histerectomía sobre la excitación sexual. La lubricación vaginal inadecuada fue el resultado más constante que eventualmente disminuyó la satisfacción sexual. Además, se reportó un deterioro significativo de la sensación de calor y frío en las paredes vaginales anterior y posterior, estrechez y acortamiento vaginal y áreas de parestesias alrededor de los labios.
- Efectos de la histerectomía en el orgasmo: la mayoría de pacientes no experimentó ningún cambio en la frecuencia e intensidad de los orgasmos. Algunos estudios mostraron que la histerectomía causó desórdenes sexuales tales como, placer sexual disminuido después del coito e incapacidad de alcanzar el orgasmo. Sin embargo, otros estudios mencionaban la mejoría del orgasmo después del procedimiento y el placer sexual sin importar el tipo de cirugía.
- Efectos de la histerectomía en la dispareunia: no se observó ninguna diferencia en términos de dispareunia y satisfacción sexual. La dispareunia reportada tras histerectomías parece estar asociada a un acortamiento vaginal y lubricación vaginal disminuida. Sin embargo, otros estudios demostraron disminución de desórdenes hemorrágicos y dispareunia después de la histerectomía, lo cual resultó en mejoras de la función sexual, satisfacción y calidad de vida.
- Efecto de la histerectomía en la satisfacción sexual: el efecto de la histerectomía en la satisfacción sexual difirió de un estudio a otro. Algunos no encontraron diferencia entre

la satisfacción previa y posterior a la cirugía. Otros reportaron niveles altos de satisfacción sexual en pacientes que fueron sometidas a histerectomía por condiciones ginecológicas benignas. Sin embargo, otros estudios reportaron una disminución en la satisfacción sexual después del procedimiento.

2.6. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, frecuentemente en la práctica clínica se observan problemas serios de sexualidad. Un estudio reciente describió que los trastornos de la sexualidad afectan al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación. Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad se agrega, además, las variaciones individuales de la sexualidad y los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad. (36)

Un gran avance fue la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que agrupó los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: (37)

- Trastornos del deseo
- Trastornos de la excitación
- Falla orgásmica
- Dolor sexual

La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos, sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: (38)

- Lubricación
- Satisfacción

Rosen y cols, desarrolló un instrumento que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango

de edad. Lo denominó “Índice de Función Sexual Femenina” y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina. (39)

El Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento sencillo de aplicar, que tiene propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad de la mujer en diferentes etapas de la vida. Constituye un instrumento adecuado para evaluar la sexualidad en estudios epidemiológicos y para medir en trabajos clínicos la respuesta a diferentes terapias. (36)

La encuesta “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF) desarrollado por Rosen y cols fue traducida al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español (backward-translate technique). Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor correspondiente y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad. (36) (Véase Anexo 1)

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- 3.1.1. Determinar la función sexual de las pacientes post histerectomía abdominal total o vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período del 01 de mayo al 30 de septiembre de 2017.

3.2. Específicos

- 3.2.1. Determinar el porcentaje de pacientes que refiere mejoría en la función sexual posterior a una histerectomía en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período del 01 mayo al 30 de septiembre del año 2017.
- 3.2.2. Comparar la función sexual post histerectomía según vía de abordaje (abdominal total versus vaginal) en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período del 01 mayo al 30 de septiembre del año 2017.

IV. HIPÓTESIS

Nula: La función sexual femenina no varía significativamente antes y después de la realización de una histerectomía abdominal o vaginal.

Alternativa: La función sexual femenina varía significativamente antes y después de la realización de una histerectomía abdominal o vaginal.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo longitudinal

5.2. Población

Pacientes a quienes se les realizó histerectomía abdominal total o vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período del 01 de mayo al 30 de septiembre del año 2017.

5.3. Muestra

Muestra no probabilística. Se incluyó a la totalidad de la población en el estudio durante mayo a septiembre de 2017.

5.4. Metodología

Se evaluó la función sexual de las pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período del 01 de mayo al 30 de septiembre de 2017 sometidas a histerectomía abdominal total o vaginal previo al procedimiento quirúrgico y tres meses después de dicho procedimiento, durante el seguimiento en el área de Consulta Externa. Se compararon ambas puntuaciones para valorar el efecto de la histerectomía en la función sexual de las pacientes.

El cuestionario Índice de la función sexual femenina (FSFI) consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (Anexo 1); cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad.

Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

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

5.5. Criterios de inclusión

- Pacientes con patología ginecológica benigna
- Pacientes que tuvieron vida sexual activa en los últimos tres meses.
- Pacientes con pareja estable en los últimos tres meses.
- Pacientes a quienes se les realizó histerectomía de causa ginecológica.
- Pacientes que aceptaran participar en el estudio.

5.6. Criterios de exclusión

- Pacientes con patología psiquiátrica diagnosticada o en tratamiento
- Pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral.
- Pacientes a quienes se les realizó histerectomía radical.

5.7. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento se muestra en el anexo 1.

5.8. Variables desarrolladas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA
Función sexual	Se refiere a la actividad relacionada con los órganos, glándulas y hormonas sexuales mediante la cual se expresa la sexualidad humana.	Puntaje obtenido según el Índice de función sexual femenina, el cual evalúa 5 dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) y el total es igual a la sumatoria de los 5 dominios. (VÉASE ANEXO 1)	Cuantitativa	Razón	2-36 A mayor puntaje, mejor sexualidad. 2-<12 pobre 12-<24 intermedia 24-36 buena (VÉASE METODOLOGÍA)
Histerectomía abdominal	Extirpación quirúrgica total o parcial del útero a través de la pared abdominal.	Histerectomía abdominal total sin ooforectomía según técnica de Heaney.	Cualitativa	Nominal	Sí No
Histerectomía vaginal	Extirpación quirúrgica total o parcial del útero a través de la vagina.	Histerectomía vaginal sin ooforectomía según técnica de la Clínica Mayo.	Cualitativa	Nominal	Sí No

Momento de la evaluación	Tiempo puntual en el que se valora el estado de salud de una persona.	Evaluación de la función sexual de las pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt previo a la histerectomía y tres meses después de dicho procedimiento durante el seguimiento en el área de Consulta Externa.	Cualitativa	Nominal	Preoperatoria Postoperatoria
--------------------------	---	---	-------------	---------	-------------------------------------

5.9. Plan de procesamiento y análisis de los datos

Los datos se tabularon en una hoja electrónica de Excel. Una vez ingresados se hizo una comprobación de la veracidad de lo tabulado comparando cada boleta contra los datos tabulados. Posteriormente se migró esta base de datos al software SPSS versión 24 para analizar los datos.

El análisis de datos consistió en el resumen de variables cuantitativas a través del cálculo de medias y desviaciones estándar para el caso de las puntuaciones al cuestionario, tratándose estas de valores con cierto sesgo, el cual puede observarse en los histogramas mostrados en la sección de anexos. Las variables categóricas se resumieron con frecuencia y porcentaje y se calculó intervalo de confianza del 95% para proporciones poblacionales.

La comparación de las puntuaciones antes y después de la histerectomía se realizó a través de la prueba de T de Student de muestras emparejadas y la comparación de las puntuaciones post histerectomía según vía de abordaje se realizó a través de la prueba de T de Student. La mejora en la función sexual según vía de abordaje se evaluó con una prueba de chi cuadrado

y el tamaño del efecto a través de un riesgo relativo y la prueba de Mc Nemar para contrastar la clasificación de la función sexual antes y después de la histerectomía.

El nivel de significancia considerado fue del 5% y se reportaron únicamente los valores p de las pruebas, siendo las diferencias estadísticamente significativas si el valor p era menor a 0.05.

Se utilizaron gráficas de boxplot para comparar variables cuantitativas.

5.10. Aspectos éticos

Se realizó un estudio de categoría II (riesgo moderado), ya que el estudio comprendió el registro de datos por medio de un cuestionario, el cual invadió de cierta manera la intimidad de las pacientes. Para la ejecución del trabajo de investigación fue necesario contar con la autorización de las autoridades pertinentes del Hospital Roosevelt.

VI. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación de la función sexual antes y después de realizarse una histerectomía abdominal total o vaginal en 110 mujeres en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período del 01 de mayo al 30 de septiembre del año 2017.

En la tabla 1 se resumen las características demográficas de los pacientes.

Tabla 1.

Características y función sexual de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)

Características		Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)	28 a 32	15	13.6%
	33 a 37	24	21.8%
	38 a 42	27	24.5%
	43 a 47	29	26.4%
	48 a 52	15	13.6%
		Media	DE
		40	6.1
Tipo de histerectomía	Abdominal	80	72.7%
	Vaginal	30	27.3%
Función sexual post histerectomía*	Deseo	4.1	0.7
	Excitación	4.6	0.6
	Lubricación	5.3	0.7
	Orgasmo	5.1	0.9
	Satisfacción	4.9	0.8
	Dolor	5.0	0.7
	Función sexual	23.7	1.8
Función sexual antes	Función sexual intermedia	60	54.5%
	Función sexual buena	50	45.5%
Función sexual después	Función sexual intermedia	34	30.9%
	Función sexual buena	76	69.1%
Mejoría en la función sexual	No	32	29.1%
	Sí	78	70.9%

* Las puntuaciones de las escalas individuales se puntúan sobre 6 puntos como máximo

La tabla 2 resume las puntuaciones del cuestionario de función sexual antes y después de la histerectomía y presenta el resultado de una prueba de T Student de muestras emparejadas para el contraste de las medias de las puntuaciones antes y después del procedimiento.

Tabla 2.

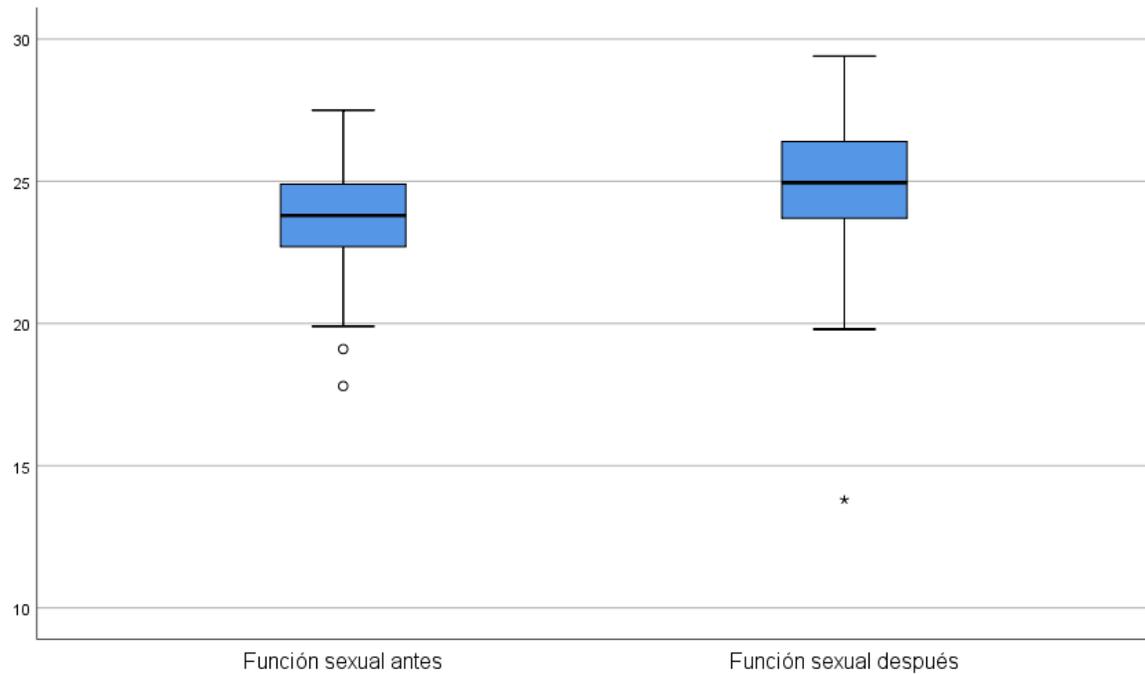
Comparación de la función sexual antes y después de la histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)

Función sexual	Antes		Después		Valor p
	Media	DE	Media	DE	
Deseo	3.4	0.8	4.1	0.7	< 0.001
Excitación	4.3	0.5	4.6	0.6	< 0.001
Lubricación	5.5	0.5	5.3	0.7	0.010
Orgasmo	4.8	0.8	5.1	0.9	0.015
Satisfacción	4.4	0.9	4.9	0.8	< 0.001
Dolor	4.7	0.8	5.0	0.7	< 0.001
Puntuación total	23.7	1.8	24.9	2.3	< 0.001
	F	%	F	%	
Función sexual intermedia	60	54.5%	34	30.9%	
Función sexual buena	50	45.5%	76	69.1%	< 0.001

La gráfica 1 y 2 son un complemento visual de la tabla 2. La gráfica uno resume la puntuación total de la escala y la dos, los valores de las subescalas.

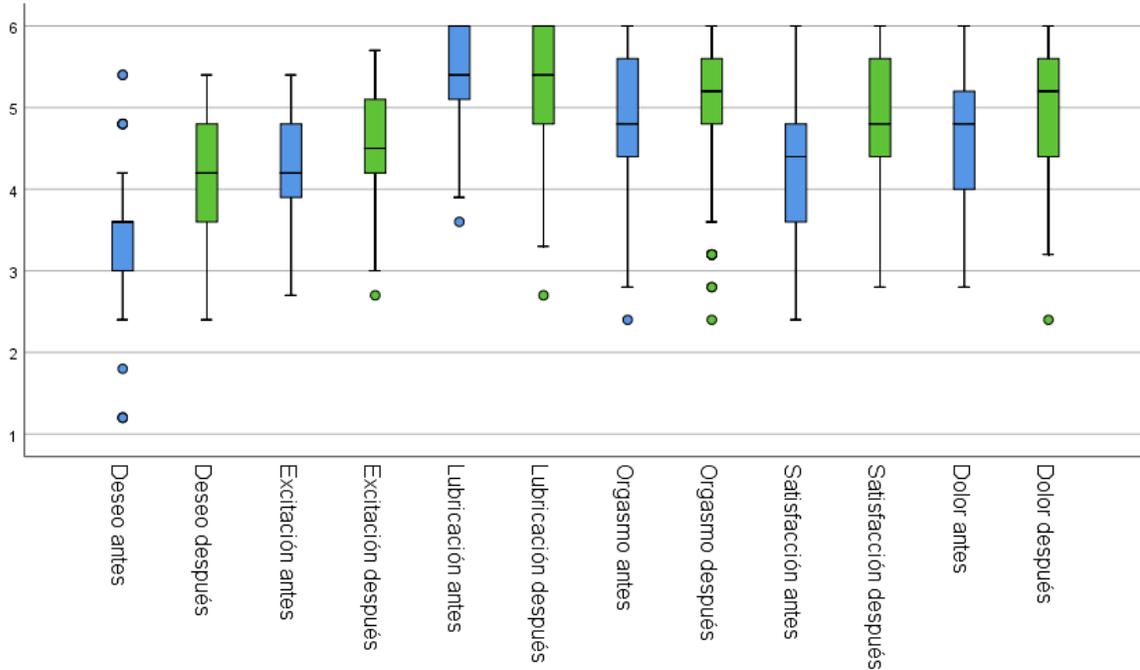
Gráfica 1.

Comparación de la función sexual antes y después de la histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)



Gráfica 2.

Comparación de las subescalas de función sexual antes y después de la histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)



La tabla 3 muestra el porcentaje de pacientes con mejora de la función sexual después de la histerectomía y su respectivo intervalo de confianza del 95%.

Tabla 3.

Mejora de la vida sexual postoperatoria de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)

Mejora			
función sexual	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
No	32	29.1	
Sí	78	70.9	61.97 a 79.85
Total	110	100.0	

La tabla 4 muestra la función sexual postoperatoria según tipo de histerectomía. Se complementa visualmente con las gráficas 3 y 4. La tabla 5 muestra la mejora de la función sexual según tipo de histerectomía.

Tabla 4.

Función sexual postoperatoria según tipo de histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)

Función sexual posterior a histerectomía	Tipo de histerectomía				Valor p
	Abdominal		Vaginal		
	Media	DE	Media	DE	
Deseo después	4.0	0.7	4.2	0.6	0.305
Excitación después	4.4	0.6	5.0	0.4	< 0.001
Lubricación después	5.2	0.7	5.4	0.7	0.26
Orgasmo después	5.0	0.9	5.4	0.8	0.05
Satisfacción después	4.7	0.8	5.3	0.7	0.002
Dolor después	5.0	0.7	5.1	0.8	0.425
Función sexual después	24.4	2.3	26.1	1.9	< 0.001
	f	%	f	%	
Función sexual intermedia	30.0	37.5%	4.0	13.3%	
Función sexual buena	50.0	62.5%	26.0	86.7%	0.015

DE = Desviación estándar

Tabla 5.

Comparación de la mejora en la función sexual de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)

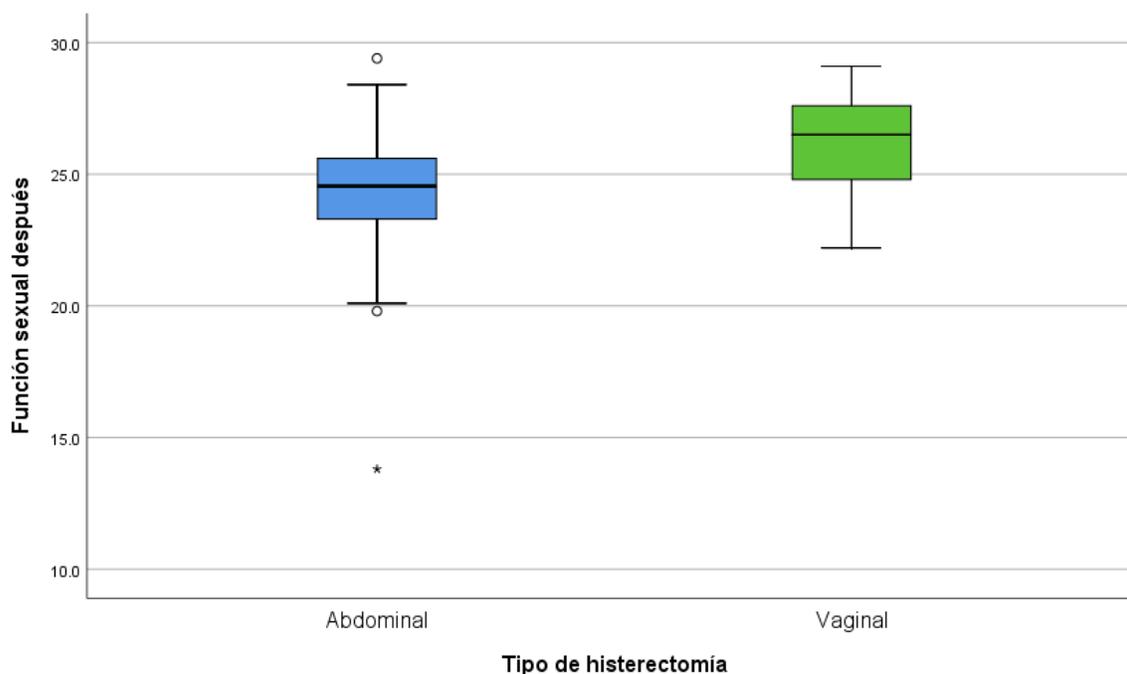
Tipo de histerectomía	Mejora función sexual			
	No		Sí	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Abdominal	27	33.8%	53	66.3%
Vaginal	5	16.7%	25	83.3%

Valor p, prueba de chi cuadrado de Pearson = 0.079

Riesgo relativo = 2.54

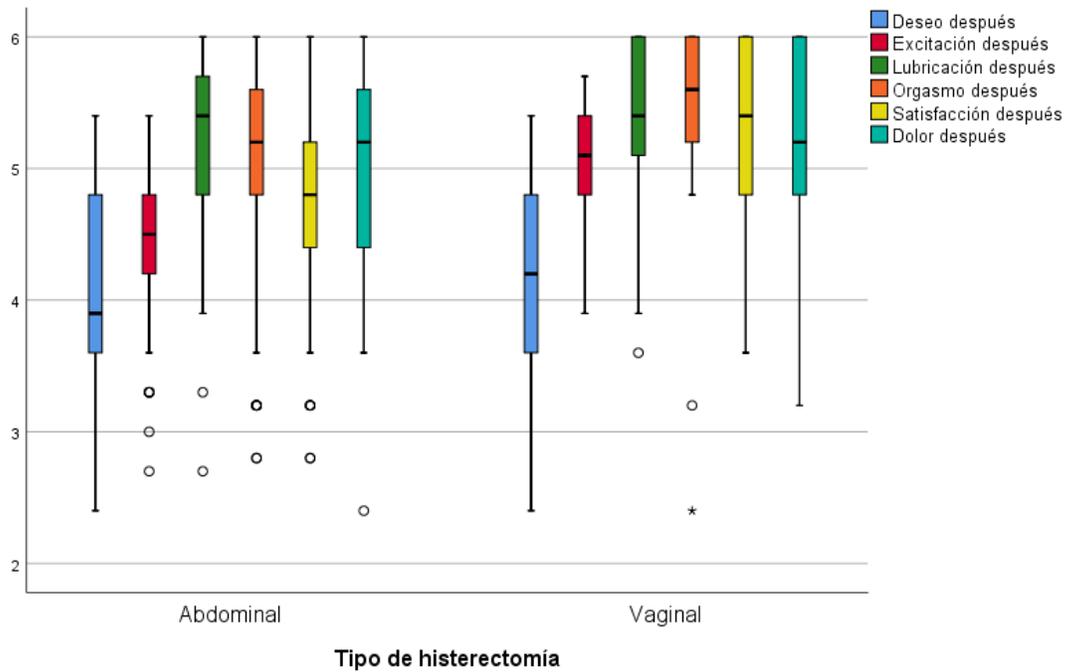
Gráfica 3.

Función sexual postoperatoria según tipo de histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)



Gráfica 4.

Subescalas de función sexual postoperatoria según tipo de histerectomía de las pacientes en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, mayo a septiembre de 2017 (n = 110)



VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Durante el tiempo que duró el estudio se captó a 110 mujeres que cumplían con los criterios de selección descritos, en su mayoría las pacientes tenían una edad comprendida entre 33 a 47 años (72.7%) y la cirugía mayormente practicada fue de tipo abdominal (72.7%).

La media de las puntuaciones fue mayor después de la histerectomía en el caso del deseo, excitación, satisfacción, mejora del dolor y la puntuación total, mientras que, si bien la lubricación presentó diferencia significativa, la diferencia fue pequeña y hubo menor lubricación después del procedimiento; las puntuaciones de orgasmo también aumentaron significativamente pero el aumento fue menor que en las otras subescalas donde hubo aumento. Este aumento en la función sexual podría explicarse por el hecho que en general, las parejas disfrutaban más su sexualidad cuando ya no necesitan de ningún método de prevención del embarazo, es decir ya no presentan temor al embarazo, por lo cual el acto sexual tiende a ser más placentero (33). Asimismo, se considera que al momento de realizar la histerectomía, la función sexual presenta mejoría al ya no estar presente la causa orgánica del dolor pélvico. Se considera que 69% de las pacientes tenían una función sexual buena posterior a la histerectomía.

La mejora en la función sexual se dio en el 70.9% de las pacientes, el intervalo de confianza del 95% se refiere al posible valor de la mejora en la función sexual tras la histerectomía en la población de la que se extrajo la muestra, es decir todas las mujeres que asisten al servicio para la realización de una histerectomía, este iba del 62.0 al 79.9%, la amplitud de este intervalo sugiere que esta investigación es suficientemente válida de acuerdo a la precisión de la estimación de la mejora de la función sexual.

De igual manera, se comparan las puntuaciones de función sexual posteriores a la histerectomía según la vía de abordaje y la excitación, el orgasmo, la satisfacción, así como la función sexual son significativamente mayores en aquellas pacientes a las que se les practicó una histerectomía vaginal. Al comparar la mejora según tipo de procedimiento notamos que el valor p no es significativo pero sí cercano a la significancia y se observa que cuando la mejora de la función sexual en procedimientos abdominales fue del 66.3%, en el resto la mejora fue del 83.3%, el riesgo relativo indica que una mujer con histerectomía vaginal tiene 2.54 veces

la probabilidad de mejora de la función sexual con relación a las pacientes con abordaje vía abdominal.

Finalmente, después del análisis de los resultados obtenidos antes y después de la histerectomía, tanto abdominal como vaginal, mediante el Índice de Función Sexual Femenina, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa, ya que el 70.9% de las pacientes involucradas en el estudio presentaron mejoría en todos o casi todos los aspectos de la función sexual.

Una limitación del estudio es que no fue evaluado el aspecto psicológico de la función sexual, por lo que no se conoce en qué grado se ve modificado el desempeño sexual de las pacientes evaluadas por dicho componente.

La tabla anexa muestra los resultados individuales de cada pregunta del cuestionario y su clasificación según subescala.

7.1. Conclusiones

- 7.1.1. Las puntuaciones del cuestionario de función sexual fueron significativamente mayores después de la histerectomía. Los aspectos donde se observó una mayor diferencia fueron el deseo, la excitación, la satisfacción, la mejora del dolor y la puntuación total. Se considera que 69% de las pacientes tenían una función sexual buena posterior a la histerectomía, comparado con el 45.5% de pacientes que tenían función sexual buena previo a dicho procedimiento.
- 7.1.2. La mejora en la función sexual después de la histerectomía se dio en el 70.9% de las pacientes, IC 95% [62.0 al 79.9].
- 7.1.3. Las puntuaciones de función sexual posteriores a la histerectomía fueron significativamente mayores en pacientes a las que se les practicó un procedimiento vaginal en los aspectos excitación, orgasmo, satisfacción, y función sexual. El 66.3% de las mujeres con histerectomía abdominal mejoraron su función sexual, así como el 83.3% de aquellas con abordaje vía vaginal.
- 7.1.4. En este trabajo se propuso la hipótesis de que la función sexual no varía después de un procedimiento de histerectomía; sin embargo, con base en los resultados obtenidos, se concluye que la función sexual mejora de manera significativa.

7.2. Recomendaciones

- 7.2.1. Brindar a las mujeres que serán sometidas a una histerectomía, información adecuada y comprensible concerniente a los componentes físicos y psíquicos que comprende la función sexual femenina y de los posibles cambios en su sexualidad tras dicho procedimiento.
- 7.2.2. Brindar información suficiente sobre los tipos de histerectomía que se ofrecen en relación a ventajas y desventajas, riesgo y beneficio, incluyendo aspectos de la vida sexual.
- 7.2.3. Crear una clínica de seguimiento postoperatorio para las pacientes sometidas a histerectomía en donde se cuente con la presencia de un profesional de la salud mental que pueda brindar la consejería apropiada.
- 7.2.4. Realizar nuevos estudios que evalúen el impacto del aspecto psicológico en la función sexual femenina.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Literat B. Sexología clínica [en línea]. Argentina [citado 25 Mar 2016]. Disponible en: <https://www.drbeatrizliterat.com.ar/fsexual.html>
2. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. Rev Int Androl. 2007; 5(1):11-21.
3. Hoyle CHV, Stone RW, Robson T, Whitley K, Burnstock G. Innervation of vasculature and microvasculature of the human vagina by NOS and neuropeptide containing nerves. J Anat. 1996; 188:633-644.
4. Levin RJ. Measuring female genital functions—A research essential but still a clinical luxury? Sex Relationship Ther [en línea]. 2004 Jan [citado 25 Mar 2016]; 19(2):191-200. <https://doi.org/10.1080/14681990410001691406>
5. Testut L, Latarjet A. Anatomía aparato reproductor femenino y mamas. En: Tratado de anatomía humana. 9 ed. Barcelona: Salvat; 1984; vol. 4.
6. O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. J Urol. 2005 Oct; 174(4):1189-1195.
7. Toesca A, Stolfi VM, Cocchia D. Immunohistochemical study of the corpora cavernosa of the human clitoris. J Anat. 1996; 188:513-520.
8. Jannini EA, d'Amati G, Lenzi A. Histology and immunohistochemical studies of female genital tissues. En: Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM. Women's sexual function and dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment [en línea]. Abingdon: Taylor & Francis; 2006. [citado 26 Mar 2016]. Disponible en: <http://melaniedavisphd.com/wp-content/uploads/2009/04/fsd-textbook-ch-4-3.pdf>
9. Burnett AL, Calvin DC, Silver RI, Peppas DS, Docimo SG. Immunohistochemical description of nitric oxide synthase isoforms in human clitoris. J Urol. 1997 Jul; 158(1):75-78.

10. Verkauf BS, Von Thron J, O'Brien WF. Clitoral size in normal women. *Obstet Gynecol.* 1992 Jul; 80(1):41-44.
11. Yang CC, Cold CJ, Yilmaz U, Maravilla KR. Sexually responsive vascular tissue of the vulva. *BJU Int.* 2005; 97:766-772.
12. Krantz KE. Innervation of the human vulva and vagina: A microscopic study. *Obstet Gynecol.* 1958 Oct; 12(4):382-396.
13. O'Connell HE, Hutson JM, Anderson CR, Plenter RJ. Anatomical relationship between urethra and clitoris. *J Urol.* 1998 Jun; 159(6):1892-1897.
14. Cohen RJ, Garrett K, Golding JL, Thomas RB, McNeal JE. Epithelial differentiation of the lower urinary tract with recognition of the minor prostatic glands. *Hum Pathol.* 2002 Sep; 33(9): 905-909.
15. Shifren JL. Overview of sexual dysfunction in women: epidemiology, risk factors, and evaluation. En: Barbieri RL, Eckler K, editors. *UpToDate* [en línea]. Wolters Kluwer; 2019 Jun [citado 02 Abril 2016]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-women-epidemiology-risk-factors-and-evaluation?search=female%20sexual%20dysfunction&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
16. Levin RJ. The physiology of sexual arousal in the human females: a recreational and procreational synthesis. *Arch Sex Behav.* 2002 Oct; 31(5):405-411.
17. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiología médica.* 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2006 p. 1023-1024.
18. Deliganis AV, Maravilla KR, Heiman JR, Carter WO, Garland PA, Peterson BT, et al. Female genitalia: dynamic MR imaging with use of MS-325 - Initial experiences evaluating female sexual response. *Radiology.* 2002 Dec; 225(3):791-799.

19. Gorodeski GI. Estrogen biphasic regulation of paracellular permeability of cultured human vaginal-cervical epithelia. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001 Sep; 86(9):4233-4243.
20. Cabello F. Eyaculación femenina: nuevos hallazgos bioquímicos. *Revista Argentina de Sexualidad Humana.* 1998; 12:36-42.
21. Schultz WW, van Andel P, Sabelis I, Mooyaart E. Magnetic resonance imaging of male and female genitals during coitus and female sexual arousal. *BMJ.* 1999 Dic; 319:1596-1600.
22. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med.* 2006 abril; 354:1497-1506.
23. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual. En: Tresguerres JAF. *Fisiología humana.* 3 ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005. p. 1134-1146.
24. Mas M. Sexualidad y hormonas. En: Palacios S, editor. *Cerebro y mujer.* Madrid: Health & Research Consulting; 1999. p. 83-90.
25. Mas M. Sustratos hormonales de la respuesta sexual femenina. *Rev Int Androl.* 2007 enero; 5(1):38-49.
26. Mas M, Fumero B, Pérez-Rodríguez I, González-Mora JL. The neurochemistry of sexual satiety. An experimental model of inhibited desire. En: Bancroft J, editor. *The pharmacology of sexual function and dysfunction.* Ámsterdam: Elsevier; 1995. p. 115-126.
27. Munárriz R, Rodríguez-Villalba R, Puigvert A, Pomerol JM. Tratamiento de la disfunción sexual femenina. *Rev Int Androl.* 2004 enero; 2(1):28-36.
28. Montoya L. Sexualidad humana: Valoración clínica y ginecológica. Protocolos y tratamiento. En: Bajo JM, Lailla JM, Xercavins J, editores. *Fundamentos de ginecología.* Madrid: S.E.G.O.; p. 285-292.

29. Bertolino MV. Disfunción Sexual Femenina (DSF). [en línea]. Buenos Aires. [citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/sexualidad/dia3/disfuncionsexualfemenina.htm>
30. Modarres M, Rahimikian F, Mehran A. Impact of Pre-Hysterectomy Counseling on Depression among Patients Referred to TUMS Hospitals. *Hayat*. 2013 Nov; 19(2):40-50.
31. Briedite I, Ancane G, Rogovska I, Lietuviete N. Quality of Female Sexual Function After Conventional Abdominal Hysterectomy- Three Months Observation. *Acta Chirurgica Latviensis*. 2014; 14(1):26-31.
32. Rannestad T, Eikeland O, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. Absolute and relative differences between pre- and postoperative measures. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 enero; 80(1):46-51.
33. Urrutia MT, Araya A. Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(3):160-165.
34. Helström L, Lundberg PO, Sörbom D, Bäckström T. Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 1993 Mar; 81(3):357-362.
35. Danesh M, Hamzehgardeshi Z, Moosazadeh M, Shabani-Asrami F. The Effect of Hysterectomy on Women's Sexual Function: A Narrative Review. *Med Arh* [en línea]. 2015 Dec [citado 15 abril 2016]; 69(6):387-392. doi: 10.5455/medarh.2015.69.387-392
36. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004; 69(2):118-125.
37. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

38. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergurson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000 Mar; 163(3):888-893.
39. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. J Sex Marital Ther. 2000 Jun; 26(2):191-208.
40. Institut Ferran de Reumatología. Índice de la función sexual femenina (FSFI). CIMA [en línea]. [Citado 15 abril 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/182587539/IFSF-Castellano-lfr-Medicos>

IX. ANEXOS

ANEXO 1 (40)

Instrumento de recolección de datos

ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó deseo o interés sexual?
 - Casi siempre o siempre
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - Algunas veces (la mitad de las veces)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿en qué **porcentaje** estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?
 - Muy alto
 - Alto
 - Regular
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

3. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
 - Sin actividad sexual
 - Casi siempre o siempre
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - Algunas veces (la mitad de las veces)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿en qué **porcentaje** estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿qué **confianza** tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o sin confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **difícil** fue lubricarse durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

9. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

10. En las últimas 4 semanas, ¿cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

11. En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, ¿con qué frecuencia logra el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)

- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, ¿cuán difícil fue lograr el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

13. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **satisfecha** a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **porcentaje** usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

Fecha:

Edad:

Código:

ANEXO 2
Consentimiento

Buenos (as) (días, tardes, noches), Señora_____ . Mi nombre es Guisela Recinos y soy médico residente del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt. Estoy realizando una investigación sobre los efectos de la histerectomía en la función sexual de las pacientes del Hospital Roosevelt. El estudio pretende identificar las características de las usuarias que, como usted, buscan este servicio, e identificar algunos aspectos que afectan o mejoran la sexualidad después de una cirugía ginecológica. El cuestionario no toma más de diez minutos de su tiempo, no tiene ningún costo y no es necesaria la toma de ningún laboratorio. Éste debe ser respondido antes de la cirugía y tres meses después de la misma.

La participación es totalmente voluntaria, y en cualquier momento puede usted retirarse del mismo, por lo que no tendrá repercusiones en la atención que se le brinde. Si tiene alguna duda sobre la investigación previo a dar su consentimiento o aún, después de darlo, puede dirigirse a mi persona y con gusto resolveré sus dudas.

Formulario de Consentimiento

Se me ha solicitado mi colaboración voluntaria como participante en la investigación “Estudio de casos y controles acerca de la función sexual en pacientes post histerectomía abdominal total versus histerectomía vaginal”, y entiendo que se me realizará una encuesta, previo a y después de ser sometida a histerectomía en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt. Entiendo que mi participación no afectará de ninguna manera en la atención médica que se me brindará. He comprendido la importancia de esta investigación y que no seré afectado(a) negativamente con la información que proporcionaré.

He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de realizar preguntas acerca de dicha investigación y se me han resuelto todas mis dudas. Consiento voluntariamente participar en esta investigación, sabiendo que puedo retirarme de la misma en el momento que yo desee sin que esto repercuta en la atención que se me brinde por parte de los proveedores de salud.

Firma del usuario: _____

Fecha: _____

ANEXO 3

Gráficas y tablas complementarias

Tabla A1a.

Preguntas del cuestionario de satisfacción sexual

Satisfacción sexual		Histerectomía			
		Antes		Después	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Percepción de deseo	Pocas veces	8	7.3%	8	7.3%
	Algunas veces	52	47.3%	52	47.3%
	Muchas veces	43	39.1%	43	39.1%
	Casi siempre o siempre	7	6.4%	7	6.4%
Nivel de deseo	Bajo	8	7.3%	8	7.3%
	Regular	57	51.8%	57	51.8%
	Alto	45	40.9%	45	40.9%
Excitación sexual	Pocas veces	4	3.6%	4	3.6%
	Algunas veces	26	23.6%	26	23.6%
	Muchas veces	50	45.5%	50	45.5%
	Casi siempre o siempre	30	27.3%	30	27.3%
Nivel de excitación	Bajo	4	3.6%	4	3.6%
	Regular	31	28.2%	31	28.2%
	Alto	58	52.7%	58	52.7%
	Muy alto	17	15.5%	17	15.5%
Confianza en excitarse	Baja confianza	14	12.7%	14	12.7%
	Moderadamente confianza	48	43.6%	48	43.6%
	Alta confianza	44	40.0%	44	40.0%
	Muy alta confianza	4	3.6%	4	3.6%
Excitación satisfecha	Pocas veces	2	1.8%	2	1.8%
	Algunas veces	15	13.6%	15	13.6%
	Muchas veces	52	47.3%	52	47.3%
	Casi siempre o siempre	41	37.3%	41	37.3%
Lubricación durante el coito	Pocas veces	1	0.9%	1	0.9%
	Algunas veces	5	4.5%	5	4.5%
	Muchas veces	47	42.7%	47	42.7%
	Casi siempre o siempre	57	51.8%	57	51.8%
Dificultad de lubricarse	Muy difícil	1	0.9%	1	0.9%
	Difícil	10	9.1%	10	9.1%
	Levemente difícil	55	50.0%	55	50.0%
	Sin dificultad	44	40.0%	44	40.0%
Mantenimiento de lubricación	Pocas veces	2	1.8%	2	1.8%
	Algunas veces	10	9.1%	10	9.1%
	Muchas veces	40	36.4%	40	36.4%
	Casi siempre o siempre	58	52.7%	58	52.7%
Dificultad de mantener lubricación	Muy difícil	1	0.9%	1	0.9%
	Difícil	11	10.0%	11	10.0%
	Levemente difícil	38	34.5%	38	34.5%
	Sin dificultad	60	54.5%	60	54.5%

Tabla A1b.

Preguntas del cuestionario de satisfacción sexual

Satisfacción sexual		Histerectomía				
		Antes		Después		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Orgasmo	Frecuencia de orgasmo	Pocas veces	2	1.8%	2	1.8%
		Algunas veces	18	16.4%	18	16.4%
		Muchas veces	43	39.1%	43	39.1%
		Casi siempre o siempre	47	42.7%	47	42.7%
	Dificultad de orgasmo	Muy difícil	1	0.9%	1	0.9%
		Difícil	15	13.6%	15	13.6%
		Levemente difícil	55	50.0%	55	50.0%
		Sin dificultad	39	35.5%	39	35.5%
	Satisfecha logrando orgasmo	Muy insatisfecha	3	2.7%	3	2.7%
		Moderadamente insatisfecha	6	5.5%	6	5.5%
		Igualmente satisfecha e insatisfecha	7	6.4%	7	6.4%
		Moderadamente satisfecha	28	25.5%	28	25.5%
		Muy satisfecha	66	60.0%	66	60.0%
	Satisfacción o emocional	Muy insatisfecha	1	0.9%	1	0.9%
		Moderadamente insatisfecha	5	4.5%	5	4.5%
		Igualmente satisfecha e insatisfecha	24	21.8%	24	21.8%
	Moderadamente satisfecha	45	40.9%	45	40.9%	
	Muy satisfecha	35	31.8%	35	31.8%	
Satisfacción sexual pareja	Moderadamente insatisfecha	4	3.6%	4	3.6%	
	Igualmente satisfecha e insatisfecha	27	24.5%	27	24.5%	
	Moderadamente satisfecha	44	40.0%	44	40.0%	
	Muy satisfecha	35	31.8%	35	31.8%	
Satisfacción vida sexual	Moderadamente insatisfecha	2	1.8%	2	1.8%	
	Igualmente satisfecha e insatisfecha	6	5.5%	6	5.5%	
	Moderadamente satisfecha	70	63.6%	70	63.6%	
	Muy satisfecha	32	29.1%	32	29.1%	
Dolor	Dolor durante la penetración	Muchas veces	2	1.8%	2	1.8%
		Algunas veces	23	20.9%	23	20.9%
		Pocas veces	37	33.6%	37	33.6%
		Casi nunca o nunca	48	43.6%	48	43.6%
	Frecuencia de dolor	Muchas veces	1	0.9%	1	0.9%
		Algunas veces	18	16.4%	18	16.4%
		Pocas veces	44	40.0%	44	40.0%
		Casi nunca o nunca	47	42.7%	47	42.7%
	Valoración del dolor	Alto	2	1.8%	2	1.8%
		Regular	26	23.6%	26	23.6%
		Bajo	41	37.3%	41	37.3%
		Muy bajo o nada	41	37.3%	41	37.3%

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Función sexual en pacientes post histerectomía abdominal total versus vaginal en Ginecología del Hospital Roosevelt" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.