



**UNIVERSIDAD PRIVADA
ANTEOR ORREGO**
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**

**IMPACTO DEL DIAGNOSTICO DE DISPLASIA
CERVICAL Y/O INFECCION POR VPH EN LA FUNCION
SEXUAL DE LAS MUJERES**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

AGUILAR VILLENA, LUIS HERMES

ASESOR:

DR. YUL BRAVO BURGOS

Trujillo – Perú

2014

MIEMBROS DEL JURADO

**DR. ALCANTARA ASCON RENE
PRESIDENTE**

**DR. PELAEZ RODRIGUEZ RAVELO
SECRETARIO**

**DRA. URTEAGA VARGAS PATRICIA
VOCAL**

ASESOR:

Dr. YUL BRAVO BURGOS

DEDICATORIA

A mi padre Luis Alfonso, quien con su esfuerzo y ejemplo me ayudo durante los 7 largos años a lograr culminar mi carrera.

A mi madre Roxana, por ser la mujer que nunca me dejo solo, y que siempre estuvo y estará ahí para mí, por su apoyo incondicional y su comprensión.

A mi hermana Milagros por siempre apoyarme en todo y ser un ejemplo a seguir.

A mis amigos especiales, por sus consejos, apoyo, y por brindarme amistad verdadera, compartiendo momentos inolvidables.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Asimismo agradezco a mi asesor de tesis, Dr. Yul Bravo Burgos, por brindarme su apoyo incondicional en un marco de confianza y amistad fundamentales para la corrección y realización de este trabajo.

INDICE

I.	RESUMEN.....	1
II.	ABSTRACT.....	2
III.	INTRODUCCION.....	3
IV.	MATERIAL Y METODOS.....	7
V.	RESULTADOS.....	16
VI.	DISCUSION.....	20
VII.	CONCLUSIONES.....	24
VIII.	RECOMENDACIONES.....	25
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26
X.	ANEXOS.....	29

I. RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto que tiene el diagnóstico de VPH y/o displasia cervical en la función sexual de las mujeres entre 18 y 45 años de edad en el HVLE.

Materiales y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo donde se evaluó la función sexual femenina mediante el cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina, tomándose como muestra a 40 pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH y 40 pacientes sin displasia cervical y/o infección por VPH.

Resultados: El 70% de las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH presentaron disfunción sexual y el 75% de las pacientes no expuestas no presentaron disfunción sexual, ($p < 0.001$). La incidencia de disfunción sexual entre las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH ha sido 2.8 veces superior al de las pacientes sin displasia cervical y/o infección por VPH. En cuanto a la diferencia de incidencias (RA), 45 de cada 100 pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH desarrollan disfunción sexual, debido (atribuible) al hecho de estar expuestas a displasia cervical y/o infección por VPH. La proporción de pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH que desarrollaron disfunción sexual fue de 73,7% y los que no desarrollaron fue de 28,6%, ($p < 0.05$). La proporción de pacientes sin displasia cervical y/o infección por VPH que desarrollaron disfunción sexual fue de 26.3% y los que no desarrollaron fue de 71.4%, ($p < 0.05$). La proporción de pacientes con disfunción sexual en el grupo expuesto (73,7%) y en el no expuesto (26.3%) al factor de riesgo, ($p < 0.05$).

Conclusiones: Existe disfunción sexual en el 70% de las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH. De las pacientes con disfunción sexual el 73.7% y el 26.3% tenían y no tenían displasia cervical y/o infección por VPH respectivamente. El riesgo relativo fue de 2.80 de las mujeres con disfunción sexual y/o infección por VPH expuestas al factor de riesgo.

II. ABSTRACT

Objective: To determine the impact of the diagnosis of HPV and / or cervical dysplasia in sexual function of women between 18 and 45 years old at the HVLE.

Materials and Methods: A retrospective cohort study where female sexual function was assessed by questionnaire Female Sexual Function Index , taking as sample 40 patients with cervical dysplasia and / or HPV infection and 40 patients without cervical dysplasia and / or infection HPV.

Results: The 70% of patients with cervical dysplasia and / or HPV infection had sexual dysfunction and 75% of patients showed no unexposed sexual dysfunction, ($p < 0.001$). The incidence of sexual dysfunction of the patients with cervical dysplasia and / or HPV infection was 2.8 times higher than in patients without cervical dysplasia and / or HPV infection Regarding incident difference (RA) , 45 of 100 patients with cervical dysplasia and / or HPV infection develop sexual dysfunction due (attributable) to being exposed to cervical dysplasia and / or infection VPH. The proportion of patients with cervical dysplasia and / or HPV infection who developed sexual dysfunction was 73.7% and was not developed 28.6%, ($p < 0.05$). The proportion of patients without cervical dysplasia and / or HPV infection who developed sexual dysfunction was 26.3% and those who did not develop was 71.4%, significantly different ($p < 0.05$). The proportion of patients with sexual dysfunction in the exposed group (73.7 %) and not exposed (26.3 %) to the risk factor, ($p < 0.05$).

Conclusions: Sexual dysfunction in 70% of patients with cervical dysplasia and / or HPV infection. Of the patients with sexual dysfunction 73.7 % and 26.3% had not had cervical dysplasia and / or HPV infection respectively. The relative risk was 2.80 for women with sexual dysfunction and / or HPV infection exposed to the risk factor.

III. INTRODUCCION

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como: Un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre.¹

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 vemos problemas serios de sexualidad. En un estudio reciente hemos descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación.²

Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. Trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y 4. dolor sexual. Con esta clasificación Laumann y cols., encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual³

Rosen y cols⁴, 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.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común en la mujer. En cifras, 291 millones de mujeres en el mundo son positivas para ADN de VPH por lo menos una vez en su vida y de ellas 105 millones tienen infección por VPH 16 ó 18, los dos tipos de VPH oncogénicos más frecuentemente asociados al desarrollo de cáncer de cuello uterino.² En la actualidad, se dispone de técnicas de detección molecular que permiten su identificación incluso antes de causar lesión cervical.⁵ La mayoría de infecciones por VPH son transitorias, con una duración promedio de 8 a 12 meses; la prevalencia varía dependiendo del grupo de edad estudiado y es máxima alrededor del primer año después de iniciada la vida sexual.⁶ Un estudio adelantado en Bogotá (Colombia) en 1994 en mujeres entre 13 y 44 años mostró una prevalencia de ADN de VPH del 20 al 25% en menores de 25 años con citología normal y una prevalencia aún mayor en lesiones de alto y bajo grado en comparación con aquellas con citología normal.^{7,8}

El cuello uterino o cérvix uterino es una apertura de una pulgada de largo que se encuentra entre la parte superior de la vagina y la parte más baja del útero. La Displasia Cervical es la presencia de células anormales en la superficie del cuello uterino. La Displasia Cervical es considerada una condición

precancerosa lo que significa que hay posibilidades de que se desarrolle en cáncer. La mayoría de casos de Displasia Cervical están ligados con el Virus del Papiloma Humano (VPH). Existen más de 100 tipos o cepas de VPH con aproximadamente 30 cepas que pueden ser transmitidas por medio de actividades sexuales. El VPH normalmente se propaga mediante el contacto genital durante el sexo vaginal o anal con alguien que tenga la infección. Puede infectar el área genital incluyendo la vulva, la vagina, el cuello uterino, el ano y el pene. Existen ciertos tipos de VPH que pueden causar verrugas genitales externas en la vulva, el pene o alrededor del ano. Es importante recordar que no todas las formas de VPH causan cáncer. La mayoría de casos de cáncer cervical son asociados con las cepas más agresivas de VPH 16, 18, 31, 33 y 45.^{9,11}

En la mayoría de casos, nuestro sistema inmune es capaz de resolver la Displasia Cervical por sí mismo o las células anormales crecen muy lentamente.

Celis A et al⁵, concluyeron que la infección por VPH se identifica como factor de riesgo para disfunción sexual femenina, pero necesitan más estudios complementarios para confirmar esta asociación.

A través de otros estudios, se sabe que la calidad de vida sexual se modifica en respuesta a factores tales como otras infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, herpes), a cánceres y a enfermedades crónicas.^{10,11} En la última década, el estudio de la función sexual femenina ha cobrado interés y diferentes grupos multidisciplinarios han orientado sus investigaciones a determinar el impacto que pueda tener la cirugía uroginecológica, otras condiciones médicas y factores psicosociales en la sexualidad femenina.¹²⁻

¹⁵ Estudios recientes han encaminado sus esfuerzos a aclarar este aspecto poco estudiado de los trastornos psicosociales asociados a la infección por VPH, pero la información existente es limitada.¹⁶⁻¹⁹

3.1. DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA:

Enunciado del problema:

- ¿Cuál es el impacto del diagnóstico de displasia cervical y/o infección por el virus papiloma humano en la función sexual de mujeres entre 18 y 45 años en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray?

3.2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el impacto que tiene el diagnóstico de VPH y/o displasia cervical en la función sexual de las mujeres entre 18 y 45 años de edad en el HVLE.

Objetivos Específicos

- Precisar con qué frecuencia existe disfunción sexual en pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH.

- Precisar con qué frecuencia existe disfunción sexual en pacientes con y sin displasia cervical y/o infección por VPH.

- Determinar el riesgo relativo en el grupo expuesto frente al no expuesto al factor de riesgo.

3.3. HIPOTESIS

Hipótesis nula (H₀): El diagnóstico de displasia cervical y/o infección por VPH no tienen impacto sobre la función sexual

Hipótesis alterna (H_a): El diagnóstico de displasia cervical y/o infección por VPH tienen impacto sobre la función sexual

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1. Material (Poblaciones)

4.1.1. Población Diana o Universo

Todos las pacientes entre 18 y 45 años con diagnóstico de displasia cervical y/o infección VPH en el Servicio de ginecología del HVLE.

4.1.2. Población de Estudio

Todos los pacientes entre 18 y 45 años con diagnósticos de displasia cervical y/o infección VPH, atendidos en el Servicio de Ginecología periodo Enero – Febrero 2013, que cumplen con los siguientes criterios:

Cohorte expuesta:

a) Criterios de Inclusión

- ❖ Pacientes del Servicio de ginecología, remitidas por resultado de citología anormal y a quienes se les confirmó por histopatología la presencia de displasia cervical y/o infección por VPH (lesión intraepitelial de bajo o alto grado).

b) Criterios de Exclusión

- ❖ Mujeres tratadas previamente o en seguimiento por displasia cervical.
- ❖ Antecedente de cáncer cervical u otra neoplasia.
- ❖ Enfermedades crónicas y/o mentales.
- ❖ Anomalías Mullerianas
- ❖ Trabajadoras sexuales.
- ❖ Reclusas en instituciones penitenciarias.
- ❖ Mujeres que no tuvieron vida sexual activa en las 4 semanas previas de estudio.
- ❖ Mujeres con pérdida de un familiar cercano, divorcio o pérdida laboral (menor de 1 año).
- ❖ Embarazo al momento del estudio.
- ❖ Condilomatosis vulvar.
- ❖ Alteraciones de conducta.
- ❖ Hipotiroidismo

Cohorte no expuesta

c) Criterios de Inclusión

- ❖ Pacientes del Servicio de ginecología, remitidas a control por resultado de citología normal y a quienes se les confirmó por

histopatología la no presencia de infección por VPH (lesión intraepitelial de bajo o alto grado).

d) Criterios de Exclusión

- ❖ Mujeres tratadas previamente o en seguimiento por displasia cervical.
- ❖ Antecedente de cáncer cervical u otra neoplasia.
- ❖ Enfermedad crónica y/o mental.
- ❖ Anomalías Mullerianas
- ❖ Trabajadoras sexuales.
- ❖ Reclusas en instituciones penitenciarias.
- ❖ Mujeres que no tuvieron vida sexual activa en las 4 semanas previas de estudio.
- ❖ Mujeres con pérdida de un familiar cercano, divorcio o pérdida laboral (menor de 1 año).
- ❖ Embarazo al momento del estudio.
- ❖ Condilomatosis vulvar.

4.1.3. Muestra

Unidad de Análisis

Correspondió a cada paciente diagnosticada con displasia cervical y/o infección por VPH en el Servicio de Ginecología del HVLE.

Unidad de Muestreo

Paciente diagnosticada con displasia cervical y/o infección por VPH en el periodo especificado.

Tamaño muestral

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 * (P1*Q1 + P2*Q2)}{(P1 - P2)^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.7*0.3 + 0.49*0.51)}{(0.7 - 0.49)^2}$$

$$n = 40,06$$

$$Z = 95\% = 1.96$$

$$P1 = 70\% = 0.70 \text{ (Ref. N° 1)}$$

$$P2 = 49\% = 0.49 \text{ (Ref. N° 1)}$$

$$Q1 = 1 - P1 = 0.30$$

$$Q2 = 1 - P2 = 0.51$$

$$E = 0.05$$

4.1.4. Tipo de muestreo

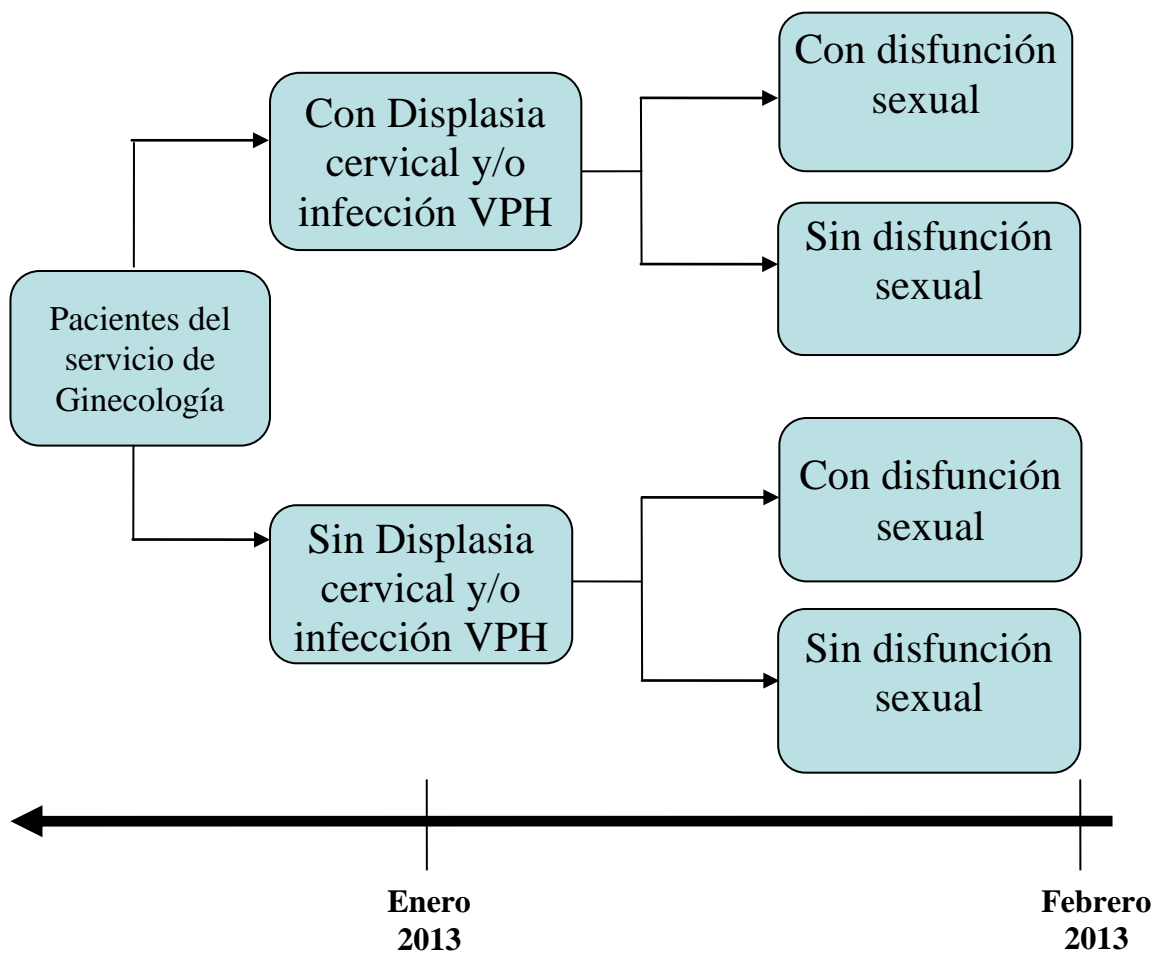
Se utilizará el muestreo probabilístico aleatorio simple, mediante una tabla de números aleatorios.

4.2. Métodos

4.2.1. Tipo de Estudio

.El presente estudio corresponde a un Diseño Observacional, longitudinal, analítico y de cohortes retrospectivo.

4.2.2. Diseño Específico:



4.2.3. Descripción de variables y escalas de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
<p>INDEPENDIENTE:</p> <p>Diagnóstico de displasia cervical y/o infección por VPH</p>	Catagórica	Nominal	Examen citológico y histopatológico	<p>Examen citológico:</p> <p>Si: + No: -</p> <p>Examen histopatológico:</p> <p>Si: + No: -</p>
<p>DEPENDIENTE:</p> <p>Disfunción Sexual</p>	Catagórica	Ordinal	Cuestionario de cambios de la función sexual (CSFQ-F)	

4.2.4. Definiciones Operacionales:

- ❖ **DISFUNCIÓN SEXUAL:** cuando se alteran una o más fases de la respuesta sexual humana: deseo, excitación, orgasmo o resolución,

impidiendo la realización normal del acto sexual de modo satisfactorio para sus actores.

- ❖ **EXAMEN CITOLÓGICO E HISTOPATOLOGICO:** Es el resultado de las muestras del cérvix uterino informada por el Dpto. de Patología del HVLE las cuales fueron informadas como positivo o negativo.
- ❖ **EDAD:** Es la edad cronológica del paciente expresada en años.
- ❖ **NUMERO DE HIJOS:** Es el número de hijos que actualmente tiene la paciente y será registrado como sin hijos, un hijos, dos o más hijos.
- ❖ **ESTADO CIVIL:** Corresponde a la situación legal civil de la paciente y será consignada como soltero, casado, divorciado, conviviente o viudo.

4.5. Procedimiento:

- En los consultorios externos de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, se captan a las mujeres que ingresaran al estudio.
- Se revisaran las historias clínicas de las pacientes y se tomaran en cuenta las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.
- Se les pedirá que lean y firmen el consentimiento informado para el actual estudio.
- Luego se les pedirá su colaboración para el llenado del cuestionario pertinente.

4.6. Procesamiento y Análisis de la información

4.6.1. Estadística Descriptiva

Se realizará un análisis exploratorio de los datos y posteriormente se aplicará estadística descriptiva con cálculo de porcentajes, para los cuales se utilizarán tablas de doble entrada.

4.6.2. Estadística Inferencial

Se realizará un análisis exploratorio de los datos y posteriormente se aplicará estadística descriptiva con cálculo de porcentajes. Luego, se aplicará estadística analítica, utilizando Chi cuadrado (χ^2). Posteriormente, se calculará la incidencia de desarrollo de disfunción sexual para cada cohorte y el Riesgo relativo (RR), riesgo absoluto (RA) de la asociación en estudio, de modo tal determinar la magnitud del efecto. Finalmente, se aplicarán modelos de regresión logística, para ajustar por las variables de control; calculando el RR ajustado y la precisión de la medición a través del cálculo de los respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

V. RESULTADOS

Se estudió una muestra de 40 pacientes por el grupo expuesto y 40 pacientes en el grupo no expuesto que acudieron regularmente el servicio de Ginecología del HVLE.

Del total de la muestra de las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH se obtuvo un resultado de 28 pacientes con disfunción sexual y 12 sin disfunción sexual, lo cual se traduce en porcentajes en 70% y 30% respectivamente.

(Tabla N°01)

La proporción de pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH que desarrollaron disfunción sexual fue de 73,7% y los que no desarrollaron fue de 28,6%, significativamente diferentes ($p < 0.05$). La proporción de pacientes sin displasia cervical y/o infección por VPH que desarrollaron disfunción sexual fue de 26.3% y los que no desarrollaron fue de 71.4%, significativamente diferentes ($p < 0.05$). La proporción de pacientes con disfunción sexual en el grupo expuesto (73,7%) y en el no expuesto (26.3%) al factor de riesgo, son significativamente diferentes ($p < 0.05$). **(Tabla N°02)**

El 70% de las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH presentaron disfunción sexual y el 75% de las pacientes no expuestas no presentaron disfunción sexual ($p < 0.001$). La incidencia de disfunción sexual entre las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH ha sido 2.8 veces superior al de las pacientes sin displasia cervical y/o infección por VPH (RR= 2.80 IC 95%, 1.577 – 4.970). En cuanto a la diferencia de incidencias (RA), 45 de cada 100 pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH desarrollan disfunción sexual, debido (atribuible) al hecho de estar expuestas a displasia cervical y/o infección por VPH.

Por otro lado, el 64.29% de las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH que desarrollaron disfunción sexual es debido (atribuible) al hecho de estar expuestas a displasia cervical y/o infección por VPH. **(Tabla N°03)**

TABLA N° 01

Pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH con disfunción sexual del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según displasia cervical y/o infección por VPH. Periodo 2013.

DISPLASIA CERVICAL Y/O INFECCION VPH	DISFUNCION SEXUAL	
	SI	NO
Pacientes	28 (70%)	12 (30%)

TABLA N° 02

**Distribución porcentual de pacientes con disfunción sexual del Hospital
“Víctor Lazarte Echegaray”; según displasia cervical y/o infección por VPH.
Periodo 2013.**

DISPLASIA CERVICAL Y/O INFECCION VPH	DISFUNCION SEXUAL	
	SI	NO
SI	73,7%	28,6%
NO	26,3%	71,4%
TOTAL	100.0%	100.0%

p<0.05

TABLA N° 03

Distribución de pacientes con disfunción sexual del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según displasia cervical y/o infección por VPH. Periodo 2013.

DISPLASIA CERVICAL Y/O INFECCION VPH	DISFUNCION SEXUAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	28	70.00	12	30.00	40	100.00
NO	10	25.00	30	75.00	40	100.00
TOTAL	38	47.50	42	52.50	80	100.00

$X^2 = 16,241$

$p < 0.001$

RR= 2.80

IC 95%,

1.577 – 4.970;

RA = 0.45

VI. DISCUSION

Los resultados del presente estudio demostraron que el tipo de estudio observacional, longitudinal, analítico y de cohortes retrospectivo fue valido para poder establecer el impacto del diagnóstico de displasia cervical y/o infección por VPH en la función sexual de las mujeres entre 18 a 45 años.

La disfunción sexual femenina es un tema poco abordado en nuestro medio, y a nivel global hay pocos estudios e información referente a este tópico. Este estudio es pionero en abordar un tema sobre el cual no hay trabajos documentados previos similares en nuestro país, a pesar de ser la infección por VPH, con o sin displasia, una enfermedad con una alta prevalencia, especialmente en mujeres jóvenes. Lo cual es congruente por lo afirmado por Blümel, et al ² quien en un estudio reciente encontró que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación; asimismo Laumann, et al ³, encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual según la clasificación de trastornos de respuesta sexual realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Por otro lado, Celis-Amortegui, et al ⁵, en un estudio adelantado en Bogotá (Colombia) en 1994 en mujeres entre 13 y 44 años mostró una prevalencia de ADN de VPH del 20 al 25% en menores de 25 años con citología normal y una prevalencia aún mayor en lesiones de alto y bajo grado en comparación con aquellas con citología normal.

En la última década se ha comenzado a estudiar el impacto de la infección por VPH en la calidad de vida como causa de trastornos psicosociales, pero se dispone aún de poca información con respecto a la asociación entre VPH y disfunción sexual femenina. Blümel, et al ² afirma que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común en la mujer, lo cual se confirma con los resultados encontrados en este estudio, donde el 70% de las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH presentaron disfunción sexual y el 75% de las pacientes no expuestas no presentaron disfunción sexual ($p < 0.001$), diferencia estadísticamente significativa; lo cual concuerda con las cifras que afirma Blümel, et al ²: 291 millones de mujeres en el mundo son positivas para ADN de VPH por lo menos una vez en su vida y de ellas 105 millones tienen infección por VPH 16 ó 18.

Estas cifras reflejan la alta prevalencia de la infección de VPH en las mujeres en edad reproductiva, pero faltan estudios para analizar su impacto psicosocial en la vida de las mujeres, entre ellas los trastornos sexuales. Este estudio analiza el impacto de la displasia cervical y/o infección por VPH en la función sexual de las mujeres y se encontró que la incidencia de disfunción sexual entre las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH ha sido 2.8 veces superior al de las pacientes sin displasia cervical y/o infección por VPH (RR= 2.80 IC 95%, 1.577 – 4.970), resultados estadísticamente significativas. El exceso de riesgo fue: 45 de cada 100 pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH desarrollaron disfunción sexual, debida o atribuible al hecho de estar expuestas a displasia cervical y/o infección por

VPH. Por otro lado, el 64.29% de las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH que desarrollaron disfunción sexual es debido o atribuible al hecho de estar expuestas a displasia cervical y/o infección por VPH, cifras contundentes de asociación entre displasia cervical y/o infección por VPH y la disfunción sexual femenina. Estos resultados son similares a lo encontrado por Celis-Amortegui, et al ⁵ quienes en un estudio con mujeres entre 13 y 44 años mostró que la infección por VPH se identifica como factor de riesgo para disfunción sexual femenina, pero necesitan más estudios complementarios para confirmar esta asociación, estudios como este estudio donde se confirma tal asociación (RR= 2.80 IC 95%, 1.577 – 4.970).

Los resultados anteriores permiten contrastar con lo encontrado por Trottier H, et al ¹⁰ y Ho GYF¹¹, quienes en sendos estudios encontraron que la calidad de vida sexual femenina se modifica en respuesta a factores tales como otras infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, herpes), a cánceres y a enfermedades crónicas; lo cual permite inferir diferencias, ya que la disfunción sexual femenina no solo sería debido a factor de exposición abordado en este trabajo sino a otros factores, esto implica que se debe hacer más estudios sobre los factores de riesgo de la disfunción sexual femenina.

Sin duda es un tema que ha suscitado interés en los últimos tiempos tal como lo afirma Posso H, et al ¹² y Crespo I, et al ¹⁵, quienes establecen que en la última

década el estudio de la función sexual femenina ha cobrado interés y diferentes grupos multidisciplinares han orientado sus investigaciones a

determinar el impacto de diversas condiciones de salud como la cirugía uroginecológica, factores psicosociales, etc. en la sexualidad femenina. Así mismo, Jones L ¹⁶ y Singh J, et al ¹⁹, afirman que en estudios recientes han encaminado sus esfuerzos a aclarar este aspecto poco estudiado de los trastornos psicosociales asociados a la infección por VPH, pero la información existente es limitada. Con el afán de enriquecer el conocimiento científico sobre este tema se llevó a cabo este trabajo con resultados satisfactorios.

VII. CONCLUSIONES

1. Existe disfunción sexual en el 70% de las pacientes con displasia cervical y/o infección por VPH.
2. De las pacientes con disfunción sexual el 73.7% y el 26.3% tenían y no tenían displasia cervical y/o infección por VPH respectivamente.
3. El riesgo relativo fue de 2.80 de las mujeres con disfunción sexual y/o infección por VPH expuestas al factor de riesgo.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios incluyendo otras variables que podrían ser atribuidas al desarrollo de disfunción sexual.
2. Realizar estudios donde el reclutamiento de pacientes sea comparativo desde el control sano hasta los que desarrollan displasia cervical y/o infección por VPH.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra: OMS. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010.
2. Blümel J. y col. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Departamento de Medicina, Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile Matrona, Escuela de Obstetricia, Universidad de Chile, Fundación PROSAM. 2008
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 2009.
4. Rosen R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2008; 26: 191-208
5. Celis M., Aldas J., Toro F. A cohort study of impact of a diagnosis of cervical dysplasia and human papilloma virus infection on the sexual functioning of females in a second-level hospital in Bogota, Colombia 2008
6. Lorincz AT, Richart RM. Human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cytology in cervical screening programs. *Arch Pathol Lab Med* 2009;127:959-68.
7. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between papillomavirus and cervical cancer. *J ClinPathol* 2008;55:244-65.
8. Bosch FX, Cuzick J. Chapter 30: HPV vaccines and screening in the prevention of cervical cancer. *Vaccine* 2010;24:S3/251-61.

9. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CAMJ* 2008;164:1017-25.
10. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine* 2010;24:S4-15.
11. Ho GYF, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervical papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1990;338:423- 8.
12. Posso H, Wiesner C, Piñeros M, Murillo R, González M, Tovar S. Manual de Normas técnico administrativas de detección y control del cáncer de cuello uterino. Segunda edición. Bogotá: Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá, INC; 2008.
13. 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* 2008;87:324-33.
14. Orellana C, Casado E, Masip M, Galisteo C, Gratacós J, Larrosa M. Sexual dysfunction in fibromyalgiapatients. *ClinExpRheumatol* 2008;26:663-6.
15. Crespo Iglesias JM, Prado Robles V, Pérez García M. Assessing the sexual functioning of chronic inpatients at a psychosocial rehabilitation unit. *ActasEspPsiquiatr* 2011;34:41-7.
16. Jones LR. The use of validated questionnaires to assess females sexual dysfunction. *World J Urol* 2008;20:89-92.

17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Graziottin A, Serafini A. HPV infection in women: psychosexual impact of genital warts and intraepithelial lesions. *J Sex Med* 2009;6:633-45.
21. 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* 2008;12:651-8.
22. McCaffery KJ, Irwig L, Turner L, Chan SF, Macaskill P, Lewicka M. Psychosocial outcomes of three triage methods for the management of borderline abnormal cervical smears: an open randomized trial. *BMJ* 2010; 340:b4491.
23. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2002;28Suppl 1:155-64.

X. ANEXOS

ANEXO 1

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (CSFQ-F)

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

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

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

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

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la

Incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

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

- | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------|
| – Siempre o casi siempre | – A veces (alrededor de la mitad) |
| – La mayoría de las veces (más que la mitad) | – Pocas veces (menos que la mitad) |
| | – Casi nunca o nunca |

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

- | | |
|------------|-------------------|
| – Muy alto | – Bajo |
| – Alto | – Muy bajo o nada |
| – Moderado | |

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

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

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| – No tengo actividad sexual | – La mayoría de las veces (más que la mitad) |
| – Siempre o casi siempre | |

- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)

– Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

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

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Anexo 2

CORRECCIÓN DEL CSFQ-F

Sistema de puntuación: 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

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Los valores obtenidos fueron $19,2 \pm 6,63$ en pacientes con disfunción sexual versus $30,5 \pm 5,29$ en los controles, con un valor de $P \leq 0,001$.

Anexo 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre:

N° de HC: **Edad:**

N° de hijos: **Estado civil:**

Examen citológico: (+) (-)

Examen histopatológico: (+) (-)

Puntaje del Índice de Función Sexual Femenina:

Disfunción sexual: Si No

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada que el principal objetivo de este estudio es conocer el impacto del diagnóstico de displasia cervical y/o infección por VPH sobre la función sexual de las mujeres.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida. Sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

.....

Firma del Participante

.....

Fecha