

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**HISTERECTOMÍA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCIÓN
SEXUAL EN MUJERES DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO**

AUTOR: KEVIN ENRIQUE BENDEZÚ PRADO

ASESOR: JOSÉ CARLOS CHAMAN CASTILLO

TRUJILLO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

*Éste trabajo se lo dedico a Dios por
permitirme llegar hasta aquí y continúe
acompañándome en esta bella
y reconfortante carrera.*

*Se lo dedico a madre por siempre apoyarme,
motivarme, dando lo mejor de ella por mi cada día
enseñándome desde pequeño que todo es posible con
trabajo duro y dedicación, pero sobre todo por enseñarme
que Dios es lo más importante en nuestras vidas y
que como médicos somos un pequeño intermediario
de su divina labor de sanación.*

*Y a mi padre por haber trabajado tan duro
para ayudarme a lograr esta meta,
por siempre estar conmigo y enseñarme
la gran importancia de ser humilde y sencillo.
Éste logro también es tuyo papá.*

AGRADECIMIENTO

*A Dios por proteger a mi familia
y a mi durante todo este tiempo.*

*Al Hospital Belén de Trujillo, por
Permitirme llevar a cabo esta investigación.*

*A Dr. José Chaman Castillo, por su paciencia,
apoyo y amistad en todo este tiempo.*

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
III. RESULTADOS.....	22
IV. DISCUSIÓN.....	26
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES.....	30
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	35

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio fue determinar si la histerectomía es factor de riesgo para disfunción sexual en mujeres entre 30 – 45 años.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, con un tamaño de muestra de 147 pacientes, que cumplieron con los criterios de selección, que fueron distribuidos en los grupos, 21 pacientes histerectomizadas (expuestas) y 126 pacientes no histerectomizadas (no expuestas), se aplicó el test Índice de Disfunción Sexual.

Resultados: El 33.3% de las pacientes histerectomizadas presentan disfunción sexual femenina, mientras que en las no histerectomizadas, lo hacen el 14.3%. Se encontró una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo que permite señalar que la Histerectomía está relacionada a la disfunción sexual femenina. Además, se obtuvo un riesgo relativo de 2.33. El 28.6% de pacientes expuestas presentaron Histerectomía total y disfunción sexual, el 52.4% presentaron Histerectomía total pero no disfunción sexual, el 4,8% de pacientes expuestas presentaron Histerectomía subtotal y disfunción sexual, y el 14.2% presentaron Histerectomía subtotal, pero no disfunción sexual. Así mismo el 17% del total de pacientes evaluadas presentaron disfunción sexual, mientras que el 83% restante de mujeres no presentaron disfunción sexual. Por otro lado, los factores socio demográficos en estudio no constituyen factores que puedan incidir en la disfunción sexual femenina y que se le pueda atribuir a la Histerectomía.

Conclusión: La histerectomía “constituye” un factor de riesgo para la disfunción sexual.

Palabras claves: Histerectomía, Disfunciones Sexuales Fisiológicas, Salud Sexual.

SUMMARY

Objective: The purpose of this study was to determine if hysterectomy is a risk factor for sexual dysfunction in women between 30-45 years.

Material and Methods: A cohort study was carried out, with a sample size of 147 patients, who met the selection criteria, which were distributed in the groups, 21 hysterectomized (exposed) patients and 126 non-hysterectomized (unexposed) patients. the Sexual Dysfunction Index test was applied.

Results: 33.3% of hysterectomized patients have female sexual dysfunction, while in non-hysterectomized patients, 14.3%. A significant statistical difference was found ($p < 0.05$), which indicates that the hysterectomy is related to female sexual dysfunction. In addition, a relative risk of 2.33 was obtained. 28.6% of exposed patients presented total hysterectomy and sexual dysfunction, 52.4% presented total hysterectomy but no sexual dysfunction, 4.8% of exposed patients presented subtotal hysterectomy and sexual dysfunction, and 14.2% presented subtotal hysterectomy, but not dysfunction sexual. Likewise, 17% of the total patients evaluated presented sexual dysfunction, while the remaining 83% of women did not present sexual dysfunction. On the other hand, the socio-demographic factors under study do not constitute factors that can influence female sexual dysfunction and that can be attributed to Hysterectomy.

Conclusion: Hysterectomy "constitutes" a risk factor for sexual dysfunction.

Key words: Hysterectomy, Sexual Physiological Dysfunctions, Sexual Health.

I. INTRODUCCION

El útero se relaciona con la identidad y definición social femenina además repercute en la en la esfera bio psicológica por su alto grado de vinculación a la feminidad, la menstruación y sobre todo la maternidad, es por ello que independientemente

al motivo de la cirugía, la histerectomía es un proceso complejo para la mujer. (1)

Histerectomía proviene de los vocablos griegos hystéra y ektomé, que significan útero y extirpación respectivamente; finalmente histerectomía se define como la extirpación del útero. (2). La edad promedio en la que se realiza el procedimiento es entre 20 y 49 años, además el promedio de edad en que una mujer se realiza histerectomía es 43.7 y la media es 40.9. (3)

Las tasas de histerectomía difieren completamente en diferentes partes del mundo. Dicha diferencia se logra evidenciar hasta en países con recursos similares, incluso dentro de cada país se evidencia variaciones regionales. Respecto a los países en vías del desarrollo, la tasa no está adecuadamente documentada, pero se estima que en éstos países la tasa sea menor en comparación con los países económicamente desarrollados. (4) En España, la frecuencia de este procedimiento es de aproximadamente 20% en mujeres en edad reproductiva (5)

La histerectomía es una de las técnicas de la cirugía ginecológica realizada con mayor frecuencia, entre las causas benignas más frecuentes para realizar dicha operación tenemos: leiomiomas sintomáticos y prolapso de órganos pélvicos y reproductivos. También son parcialmente frecuentes la endometriosis, adenomiosis, trastornos uterinos o cérvico-uterinos pre-malignos y el dolor crónico. (6) Se sabe que la histerectomía es un tratamiento eficaz y es por ello que los médicos se dedican de manera especial a la prevención de las posibles complicaciones después de la cirugía, obviando rotundamente la esfera sexual de las pacientes sometidas al procedimiento, quienes refieren insatisfacción debido a la escasa información brindada sobre el tema. (7)

Las primeras intervenciones fueron histerectomías sub totales llevadas a cabo por Charles Clay a partir de 1853; sin embargo, después de algunos años Edward H. Richardson publicó en 1929 por primera vez la técnica quirúrgica de histerectomía total, técnica en la cual se han adiestrado muchos cirujanos ginecólogos a lo largo del tiempo. La histerectomía total se llevó a cabo inicialmente como prevención para el cáncer cervical, debido a que anteriormente se carecía de un tamizaje de cáncer de cuello uterino adecuado. A pesar del nuevo beneficio que ofrecía la histerectomía total aún no se aplicaba como técnica de elección porque, estando en la época que aún no se había descubierto la penicilina, al extraer el cuello uterino se expone la cavidad abdominal a la contaminación de la vagina y predisponía al paciente a desarrollar peritonitis. El panorama cambió alrededor de los años 50 al iniciarse la era de los antibióticos y una mejor disponibilidad para realizar transfusiones sanguíneas, factores que influyeron a poner en boga la histerectomía total. En 1983, los estudios realizados por Kilkku replantearon el uso de la histerectomía sub total en patologías no malignas, debido a un mayor riesgo de prolapso de bóveda, problemas urinarios y disfunción sexual en histerectomía total. En 1991, se reapertura el debate de histerectomía total vs subtotal con la primera histerectomía supracervical laparoscópica realizada por Kirt Semm. (8,9)

La histerectomía se puede realizar de tres distintas formas: vía vaginal, vía abdominal y por laparoscopia, siendo el abordaje abdominal el más practicado a nivel mundial; la elección del tipo de abordaje va a depender del motivo de la cirugía entre otros factores. La histerectomía se clasifica en total, subtotal y radical. En la histerectomía total se procede a retirar tanto cuerpo como cuello uterino. En la histerectomía subtotal, también llamada supra cervical, se retira la parte superior del útero, dejando en su sitio al cuello uterino; éste tipo de cirugía sólo se puede realizar por abordaje abdominal o laparoscópico. Finalmente, la histerectomía radical incluye la extracción de tejidos circundantes, y es recomendada en caso de diagnóstico o sospecha de cáncer. La histerectomía puede asociarse o no a la extracción de las trompas de Falopio y ovarios denominado salpingo ooforectomía sea unilateral

o bilateral. Cabe recordar que la histerectomía al ser una al ser una cirugía mayor es preferible considerar primero otras opciones de tratamiento. (10,11)

Debido a la suma importancia que ha adquirido la histerectomía en las pacientes, además siendo practicada frecuentemente de manera especial en pacientes pre menopáusicas, se empezó a estudiar los efectos psicológicos que puede llegar a provocar. (12) El compromiso del funcionamiento sexual en las pacientes sometidas a histerectomía tiene gran repercusión en las mismas. Algunos estudios concluyen en que después de una histerectomía es frecuente la disfunción sexual; sin embargo, existen estudios en los cuales no se encuentra relación entre este tipo de procedimiento y la afección de la función sexual. Entre las posibles razones que comprometen el ámbito sexual de las pacientes destacan el compromiso del movimiento de estructuras y órganos pélvicos durante el coito, limitación en la expansión del canal vaginal superior durante la fase de excitación, daño en estructuras vasculares durante la operación, causas psicológicas o actitudinales, y también se menciona que el cérvix posiblemente sea una zona de estimulación erógena. (6,13,14) Sin embargo la teoría más aceptada es la de la afectación nerviosa. Durante la cirugía hay daño de fibras nerviosas autónomas y somáticas, y como consecuencia pérdida funcional de las mismas, además es muy difícil evitar dichas lesiones debido a la amplia distribución del plexo pélvico y su estrecha relación con los ligamentos uterinos. (15).

Debido a que aún no se ha establecido claramente si el cuello uterino juega un rol importante en el acto sexual femenino se han realizado diferentes estudios para establecer si se encuentra diferencia entre la histerectomía total y subtotal como en el caso de P. Ge´. Y cols, que realizaron un estudio retrospectivo, comparativo no aleatorizado en el 2017 sobre la asociación del tipo de histerectomía y la disfunción sexual. Se encuestaron 46 pacientes sometidas a histerectomía, de las cuales 23 se les había realizado total y las otras 23 subtotal. La encuesta se realizó mediante el cuestionario de índice de función sexual femenina (FSFI), finalmente llegaron a la conclusión que no había diferencia en la sexualidad en ambos grupos de mujeres histerectomizadas. (16). Nieck S. A. y cols realizaron un estudio transversal en el 2015 dónde investigaron la importancia de preservar el cuello uterino y

su asociación a la función sexual. Se encuestaron 212 pacientes, de las cuales 83 fueron sometidas a histerectomía sub total y 129 a histerectomía total. Concluyeron que remover o preservar el cuello uterino no tiene mayor impacto en la función sexual. (17) Sebastian Berlit y cols realizaron un estudio transversal en el año 2017 dónde se investigó la relación de la disfunción sexual de pacientes histerectomizadas tipo total vs sub total. Participaron en el estudio 112 pacientes, de las cuales 56 pacientes fueron sometidas a histerectomía total y 56 a histerectomía supracervical. La encuesta FSFI fue utilizada como instrumento para evaluar la función sexual. Finalmente se concluyó que preservar el cuello uterino no tenía mayor impacto en la función sexual. (18).

La respuesta del organismo frente a la histerectomía sigue un curso común como en las otras intervenciones quirúrgicas. La adaptación o desadaptación no se evidencia hasta después de 1 año, tiempo que tarda dicho proceso, además el proceso de reparación de la inervación pélvica se da en aproximadamente 6 meses (8)

Kaplan dividió en cinco fases la respuesta sexual, las cuales se dividen en el siguiente orden: deseo, excitación, meseta, orgasmo y finalmente resolución (19). La primera fase consiste en el proceso mental por el cual la mujer presta interés al acto sexual se produce interacción de los sentidos, siendo la visión el de mayor importancia. Además, este proceso es facilitado por la conexión al centro de control hormonal que se encargan de la secreción de testosterona aumentando de esta manera el deseo sexual (20). La segunda fase presenta mayor respuesta anatómica y fisiológica, en la cual se evidencia aumento de flujo sanguíneo hacia los órganos genitales, lubricación y expansión de los dos tercios internos del canal vaginal, rigidez de los pezones, entre otras respuestas. La tercera fase, es un estadio de excitación sexual en la cual se alcanza un alto nivel para poder generar el orgasmo, se intensifican los signos de la segunda fase, encontramos respuesta simpática lo que provoca aumento de la frecuencia respiratoria, presión arterial, ritmo cardiaco, rubor en pecho y cara especialmente e inclusive aumento del tono muscular. La cuarta fase es la más breve, con una duración de 3 a 15 segundos aproximadamente en la cual la frecuencia de

pulso y respiratoria aumentan en frecuencia e intensidad, además se producen contracciones uterinas, tercio externo de la vagina y esfínter anal, dichas contracciones se presentan de manera rítmica y en simultáneo. Finalmente, en la fase de resolución, la respuesta sexual cae después de haber alcanzado su clímax durante el orgasmo. (21,22)

Se define disfunción sexual femenina como una alteración en el deseo, orgasmo, excitación y/o dolor a lo largo del acto sexual, generando estrés y alteración en la vida cotidiana. (19); sin embargo, se realizó una variante en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) en el cual se establecen solo tres dominios: orgasmo femenino, trastorno del interés sexual y dolor durante la penetración. (23)

La etiología de la disfunción sexual es multifactorial y presenta impacto en los diferentes aspectos biopsicosociales de las pacientes, es por ello que es de vital importancia recopilar información sobre la sexualidad femenina, y será clave para el diseño de intervenciones en la salud sexual. (24,25)

Con respecto a la prevalencia de la disfunción sexual, es una alteración frecuente en mujeres que se encuentra en un porcentaje aproximado entre el 20 – 43% (26), además se realizaron grandes estudios a nivel de Latinoamérica en los cuales se utilizó el test FSFI, se reporta que Cartagena de Indias presentaba una prevalencia de 21% de disfunción sexual femenina, siendo la de menor prevalencia a comparación de Chile que presenta una el 36% de prevalencia. (27)

No podemos dejar de lado a otras alteraciones que pueden llevar a la disfunción sexual femenina como es el caso del climaterio y otras cirugías pélvicas. Durante el climaterio hay una marcada deficiencia de estrógenos, motivo por el cual la paciente experimenta una serie de manifestaciones clínicas, siendo la disminución de la libido una de ellas; encontramos trastornos de la excitación y de incapacidad para lograr el orgasmo. Por otro lado, las cirugías pélvicas también guardan relación con la disfunción sexual, podemos tomar como ejemplo las cirugías realizadas a pacientes con cáncer rectal y su asociación a disfunción sexual. (28,29)

González C. P. realizó un estudio un estudio transversal no aleatorizado en el año 2015 en el Hospital de Del Iles de Loja – Ecuador en el 2015 sobre la relación entre los efectos psicosexuales en mujeres y la Histerectomía. Se tomaron 150 pacientes a quienes se les realizó histerectomía abdominal y laparoscópica hace 1 año, de las cuales 50 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, utilizaron el índice de función sexual femenina (FSFI), finalmente llegaron a la conclusión que la histerectomía está relacionada a la disfunción sexual. (12)

Martinez R. y cols realizaron un estudio longitudinal, prospectivo, analítico, comparativo y aleatorizado, en el cual aplicaron el test de función sexual femenina (FSFI) a 25 pacientes antes de la cirugía y 6 meses después post histerectomía se volvió a tomar el test. Obtuvieron una diferencia no significativa en la función sexual en mujeres antes y después de la cirugía ($z=-1.603$; $p>0.109$). Finalmente concluyeron que no existe repercusión en la función sexual de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía. (14)

Albuja D. y col llevaron a cabo un estudio analítico, transversal, de casos y controles realizado en el hospital Carlos Andrade Marin de Quito en el cual incluyeron 22 pacientes post histerectomía hace 12 meses como mínimo. Y 44 casos controles de pacientes sin histerectomía. Para medir la función sexual utilizaron el test FSFI. No encontraron diferencia significativa entre las pacientes con histerectomía y sin histerectomía ($p>0.905$). Concluyendo que no había relación entre la histerectomía y la disfunción sexual femenina. (30)

Dedden S. y cols realizaron un estudio de tipo prospectivo, multicéntrico, de tipo cohorte para evaluar función sexual en mujeres que les realizaron histerectomía utilizando el test de índice de función sexual femenina (FSFI), se tomó una encuesta basal y a los 12 meses después de la cirugía. Concluyeron en que la prevalencia de disfunción sexual no está relacionada con la histerectomía, por el contrario, se evidenció un aumento en el puntaje del test FSFI después de 12 meses de la histerectomía. (31)

Sobral E. y col realizaron un estudio tipo meta-análisis en el cual de incluyeron un total de 111 artículos, de todos los artículos revisados, un total de 12 cumplieron con los criterios de selección, de las cuales, 9 eran estudios

prospectivos y 3 retrospectivos. Finalmente se concluyó en que los problemas de función sexual son frecuentes posterior a la histerectomía (6)

En la actualidad la histerectomía es un procedimiento quirúrgico mayor que es realizado con mucha frecuencia en nuestro medio y en diferentes partes del mundo. Sin embargo, aún no se determina totalmente la relación entre la histerectomía y la disfunción sexual.

La investigación planteada contribuirá a establecer si la histerectomía es un factor de riesgo para desarrollar disfunción sexual; tema que es de mayor importancia para las pacientes que mantienen una vida sexual activa. Por otro lado, la investigación contribuirá a predecir la alteración de la función sexual y poder advertir a la paciente de dicha complicación en el ámbito familiar, especialmente el marital.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Es la histerectomía factor de riesgo para disfunción sexual en mujeres del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo?

OBJETIVOS

General:

Determinar si la histerectomía es factor de riesgo para disfunción sexual en mujeres entre 30 – 45 años.

Específicos

1. Determinar el riesgo relativo de disfunción sexual en mujeres que se les realizó histerectomía.
2. Establecer la relación de la disfunción sexual y el tipo de histerectomía
3. Determinar la frecuencia de disfunción sexual en mujeres entre 30 - 45 años.
4. Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y la disfunción sexual en mujeres.

HIPÓTESIS

H1: La histerectomía es factor de riesgo para disfunción sexual.

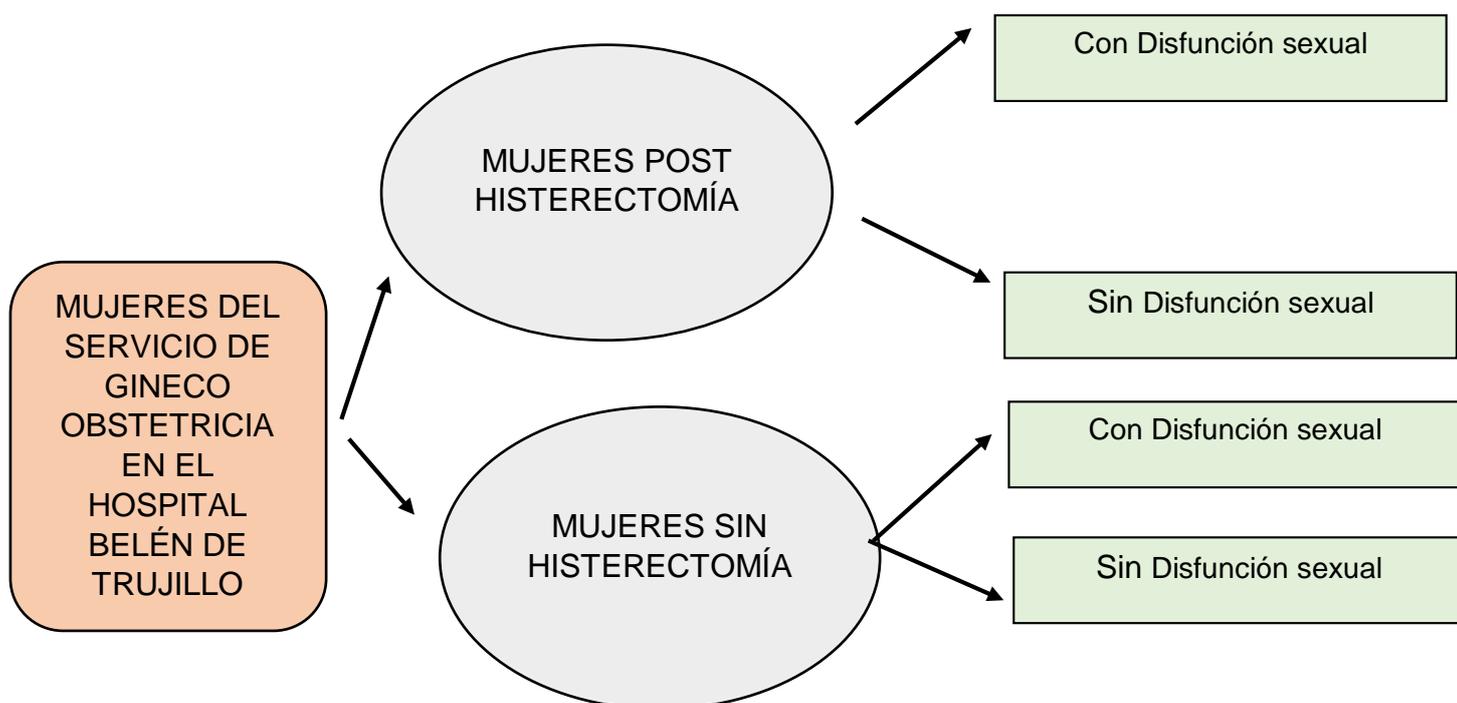
H0: La histerectomía no es factor de riesgo para disfunción sexual.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Diseño de estudio:

Tipo: Analítico, observacional, retrospectivo

Diseño específico: cohortes



RETROSPECTIVO



2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

2.2.1. POBLACIÓN

POBLACIÓN DIANA

Mujeres usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo en el periodo Enero del 2014 a enero de 2019.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres a quienes se les practicó histerectomía (grupo de expuestos) en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, atendidas en el periodo enero del 2014 a enero del 2019

CRITERIOS DE SELECCIÓN

COHORTE DE EXPUESTOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de 30 a 45 años.
- Paciente a quien se le realizó histerectomía sin salingo oferectomía por lo menos hace un año.
- Sexualmente activas
- Misma pareja antes y después de la intervención quirúrgica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Diagnóstico de endometriosis.
- Diagnóstico de cáncer de cualquier órgano que repercute la función sexual.
- Obesidad
- Diagnóstico de Distopias
- Trastornos psiquiátricos.
- Menopausia

COHORTE DE NO ESPUESTOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 30 a 45 años.
- Pacientes no que no se les realizó histerectomía
- Sexualmente activas

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Diagnóstico de endometriosis.
- Diagnóstico de cáncer de cualquier órgano que repercute la función sexual.
- Obesidad
- Diagnóstico de Distopias
- Trastornos psiquiátricos.
- Menopausia

2.2.2. MUESTRA Y MUESTREO

UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes sometidas a histerectomía abdominal en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, en el periodo enero 2014 a enero 2019.

UNIDAD DE MUESTREO

Cada encuesta obtenida de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía sin salpingo oforectomía en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo en el periodo de enero del 2014 a enero del 2019, que cumplían con los criterios de selección.

TAMAÑO MUESTRAL

[Machin (1997, p. 19-20)] Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudio tipo cohortes:

Fórmula:

Tamaños de muestra para aplicar el test

Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 :

$$n_1 = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\phi)\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{\phi P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{\phi(P_1 - P_2)^2}; n_2 = \phi n_1$$

Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 con la corrección por continuidad de Yates (χ^2_c) o el test exacto de Fisher:

$$m_1 = \frac{n_1}{4} \left[1 + \sqrt{1 + \frac{2(1+\phi)}{\phi n_1 |P_1 - P_2|}} \right]^2; m_2 = \phi m_1$$

Donde:

- P_i es la proporción esperada en la población i , $i=1, 2$,
 - ϕ es la razón entre los dos tamaños muestrales,
 - $\bar{P} = \frac{P_1 + \phi P_2}{1 + \phi}$.
-
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (Coeficiente de Confiabilidad al 95% de confianza)
 - $Z_{1-\beta} = 0,2816$ (Coeficiente asociado al 90% de Potencia de Prueba)
 - n_1 ó m_1 es el tamaño de la muestra de expuestos,
 - n_2 ó m_2 es el tamaño de la muestra de no expuestos,
 - P_1 es el riesgo en expuestos,
 - P_2 es el riesgo en no expuestos,
 - P_1 y P_2 se relacionan con RR del modo siguiente: $P_1 = P_2 RR$, $P_2 = \frac{P_1}{RR}$,
 - ϕ es la razón entre el tamaño muestral de no expuestos y el de expuestos.

Cálculo: EPIDAT 4.2 (ver referencias 15)

DATOS

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| 1. Riesgo en expuestos: | 77,300 % |
| 2. Riesgo en no expuestos: | 31,800 % |
| 3. Riesgo Relativo a detectar: | 2,431 % |
| 2. Razón de no expuestos/ expuestos | 6,00 |
| 3. Nivel de confianza: | 95,0 |

RESULTADOS:

POTENCIA (90 %)	TAMAÑO DE MUESTRA		
	Expuestos	No expuestos	Total
90,0	21	126	147

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 con la corrección por continuidad de Yates (χ^2).

2.2.3. TIPO Y TÉCNICA DE MUESTREO

No probabilístico causal

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDIDA	INDICADOR	INDICE
VARIABLE INDEPENDIENTE				
HISTERECTOMIA	CUALITATIVO	NOMINAL	HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE HISTERECTOMÍA	- SI - NO
VARIABLE DEPENDIENTE				
DISFUNCIÓN SEXUAL	CUALITATIVO	NOMINAL	TENER UN ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL MENOR O IGUAL DE 26.55 PUNTOS	- SI - NO
VARIABLES INTERVINIENTES				
ANTECEDENTE QUIRÚRGICO EN	CUALITATIVO	NOMINAL	REFERENCIA DE LA PACIENTE	- SI - NO

REGIÓN PÉLVICA				
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
EDAD	CUANTITATIVO	DISCRETA	35 – 45 AÑOS	- AÑOS CUMPLIDOS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVO	NOMINAL	ESTADO CIVIL REFERIDO POR LA PACIENTE	- CASADA - SOLTERA - VIUDA - DIVORCIADA
GRADO DE INSTRUCCIÓN	CUALITATIVO	NOMINAL	NIVELES DE ESTUDIO	- PRIMARIA - SECUNDARIA - SUPERIOR
CARGA FAMILIAR	CUANTITATIVO	DISCRETA	CANTIDAD DE HIJOS	- NÚMERO DE HIJOS
PROCEDENCIA	CUALITATIVO	NOMINAL	LUGAR GEOGRÁFICO	- URBANO - RURAL

DEFINICIONES OPERACIONALES

- a. HISTERECTOMÍA: Es la extirpación total (Histerectomía total) o parcialmente del útero (Histerectomía Sub total).
- b. DISFUNCIÓN SEXUAL: Se define como alteraciones en el deseo sexual y cambios psico – fisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual que causan malestar emocional y psicológico importante y dificultad en las relaciones interpersonales. Operacionalmente se evaluará la disfunción sexual con el índice de disfunción sexual femenina (FSFI), el cual se basa en un puntaje menor e igual de 26.55 en el total de los componentes.
- c. ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA: Historial personal de operaciones realizadas a nivel pélvico.
- d. EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de evaluación
- e. ESTADO CIVIL: Grado de vínculo entre dos personas que es determinado por la ley.

- f. GRADO DE INSTRUCCIÓN: Años educativos aprobados en las diferentes instituciones educativas.
- g. PROCEDENCIA: Lugar de nacimiento
- h. MENOPAUSIA: Se define como el cese de la menstruación, diagnosticada de manera retrospectiva, transcurrido 12 meses continuos de amenorrea.
- i. PERIMENOPAUSIA: Es el periodo que comprende desde el inicio de los cambios biológicos, clínicos, psicológicos y endocrinológicos que preceden a la menopausia; hasta un año después de la misma.

2.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

1.- Se emitió una solicitud pidiendo permiso al director del Hospital Belén de Trujillo para poder llevar a cabo del proyecto, solicitud que fue aprobada.

(Anexo N°1)

2.- El proyecto fue enviado al servicio de ginecología y obstetricia para ser evaluado por el mismo, los cuales evaluaron y autorizaron la ejecución del proyecto en su servicio.

3.- Con el permiso, el investigador pagó un derecho para poder revisar historias clínicas.

4.- Se solicitó una lista de historias clínicas de pacientes histerectomizadas, las cuales fueron ubicadas por códigos de procedimiento CPT. De las historias obtenidas se seleccionó 21 historias clínicas de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de las pacientes expuestas, además se obtuvo la dirección y en algunos casos el número telefónico registrado en las historias clínicas, de éste modo se ubicó las pacientes y se les invitó a ser parte del estudio, por lo cual se aplicó el asentimiento informado para pasar a llenar la ficha de recolección de datos y desarrollar el Test FSFI. En el caso de las pacientes no expuestas se las ubicó en diferentes áreas del servicio de ginecología y obstetricia y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se aplicó el asentimiento informado y a llenar la ficha de recolección de datos y desarrollar el test FSFI.

8.- La ficha de recolección de datos del presente estudio (**Anexo N° 3**) constituyó nuestro instrumento de recolección. Estuvo formado por 3 partes: La primera por datos del paciente (formado por: edad, estado civil, dirección, paridad, grado de instrucción, menopausia, comorbilidades), la segunda por datos de la variable independiente histerectomía, con opción para elegir entre SI o NO y en caso de ser la respuesta afirmativa, indicar si es total y subtotal. La tercera parte de la ficha de recolección de datos de la variable dependiente disfunción sexual se utilizó el Test Validado de Índice de Función Sexual Femenina- FSFI, integrado por 19 preguntas cerradas divididas en 6 dominios: deseo (pregunta 1 y 2), excitación (preguntas 3 a la 6), de la lubricación (preguntas 7 al 10), del orgasmo (preguntas 11 a la 13), satisfacción (preguntas 14 a la 16) y del dolor (preguntas 17 a la 19). El primer dominio presenta un puntaje de 1 a 5 y un factor de 0,6; mientras que los demás dominios comparten el mismo puntaje de 0 a 5 puntos; el segundo y tercer dominio tienen un factor de 0,3 y los tres últimos dominios un factor de 0,4. El valor mínimo fue de 2 y un máximo de 36. El diagnóstico de disfunción sexual se establece con una puntuación ≤ 26.55 puntos. (31,32)

9.- Se dio puntaje a las respuestas obtenidas para poder diagnosticar a las usuarias con disfunción sexual y sin disfunción sexual

10.- Obtenidos los datos se procedió a un análisis analítico y luego se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

2.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS v 25.0 2019 para su posterior análisis. El equipo de cómputo usado fue LENOVO CORE I 5 7th generación Windows 10 año 2017.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

La información analizada fue representada en tablas de contingencia, con tantas entradas como indicadores tengan las variables o también gráficos. Los datos se registraron en forma tabular mediante cuadros de una y doble entrada con valores absolutos y relativos. Además, se procedió a obtener el puntaje del FSFI para evaluar la función sexual femenina.

Las variables cuantitativas se expresaron en función de medias aritméticas con una desviación estándar y las variables cualitativas se expresan en forma de proporción.

ESTADÍSTICA ANALÍTICA:

Se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrado (χ^2) para las determinar si existe asociación entre la histerectomía y la disfunción sexual, tomando un nivel de significancia del 5% y $p < 0.05$.

ESTADÍGRAFO

Se hará uso del Riesgo relativo (RR) a razón de momios, con intervalos de confianza de 95%.

		Histerectomía	
		SI	NO
Disfunción Sexual	SI	A	B
	NO	C	D

$$RR = \frac{A/(A+C)}{B/(B+D)}$$

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con los principios contenidos en la declaración de Helsinki del año 2013 en su numeral 23 y 24, la aprobación del estudio estuvo a cargo del comité de ética e investigación del Hospital Belén de Trujillo para su aprobación; y se guardó la confidencia de los datos obtenidos en las historias clínicas de los pacientes respectivamente. (34)

Tomando en consideración el Código de Ética y Deontología del colegio médico del Perú, el presente estudio no incurrirá en plagios o falsificación de datos. (35)

III. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyó a las pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, siendo un total de 147 pacientes. Así mismo sólo se seleccionaron a 21 pacientes con historia clínica de histerectomía desde hace 1 año a más, quienes cumplieron con los criterios de inclusión correspondientes al grupo de expuestos. Además, se seleccionaron 126 pacientes no histerectomizadas que corresponden al grupo de no expuestos y cumplieron con los criterios de selección.

En la **Tabla 1** se aprecia la distribución de pacientes expuestas y no expuestas al proceso de Histerectomía del servicio de gineco obstetricia pudiéndose observar que en las pacientes expuestas el 33.3% presentan disfunción sexual femenina, mientras que en las no expuestas el 14.3% también reportan disfunción sexual femenina, distinguiéndose una diferencia porcentual sustantiva, suficiente para que la prueba chi cuadrado detecte una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo que permite señalar en función de estos porcentajes que la Histerectomía puede incidir en la disfunción sexual femenina, aumentando el riesgo de la disfunción. El Riesgo Relativo nos indica que las pacientes histerectomizadas tienen 2.3 veces más el riesgo de presentar disfunción sexual femenina respecto a aquellas no histerectomizadas. El intervalo de confianza señala que si se repite la investigación en condiciones similares el Riesgo Relativo puede variar entre un valor mayor a 1.1 y un valor menor a 4.9.

En la **Tabla 2**; podemos observar que del grupo pacientes expuestas el 81% tuvieron Histerectomía total, de las cuales el 35.3% presentaron disfunción sexual y el otro 64.7% no presentaron disfunción sexual; así mismo, el 19% restante del grupo de pacientes expuestas tuvieron Histerectomía subtotal, de las cuales las que presentaron disfunción sexual representan el 25% y las que no presentaron disfunción sexual representan el 75%. De modo general podemos decir que el 28.6% de pacientes expuestas presentaron Histerectomía total y disfunción sexual, el 52.4% presentaron Histerectomía total pero no disfunción sexual, el

4,8% de pacientes expuestas presentaron Histerectomía subtotal y disfunción sexual, y el 14.2% presentaron Histerectomía subtotal, pero no disfunción sexual. Además, se realizó la prueba estadística exacta de Fisher ($p = 0.593$), con lo cual se descarta la relación entre la extracción del cuello uterino (histerectomía total) y la disfunción sexual.

En la **Tabla 3**, se presenta el análisis univariado donde se evidencia que, del total de mujeres entre 30 y 45 años de edad, el 17% presentaron disfunción sexual, mientras que el 83% restante de mujeres no presentaron disfunción sexual.

En la **Tabla 4**; se evalúan las características sociodemográficas de las pacientes que presentan y no presentan disfunción sexual femenina. La prueba chi cuadrado indica que no existe diferencia significativa entre la disfunción sexual y las características sociodemográficas edad, estado civil, grado de instrucción, paridad y procedencia. A partir de esta tabla se puede inferir que los factores socio demográficos en estudio no constituyen factores que puedan incidir en la disfunción sexual femenina y que se le pueda atribuir a la Histerectomía.

Tabla 1: Frecuencia de disfunción sexual femenina en las pacientes expuestas y no expuestas a la Histerectomía en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

Disfunción sexual femenina	Histerectomía				χ^2	p
	PACIENTES EXPUESTOS		PACIENTES NO EXPUESTOS			
	N	%	N	%		
SI	7	33,3	18	14,3	4,63	< 0,05
NO	14	66,7	108	85,7		
Total	21	100,0	126	100,0		

RR = 2,33

IC 95%: 1,1 < RR < 4,9

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

Tabla 2: Frecuencia de disfunción sexual femenina en las pacientes expuestas según post Histerectomía total o subtotal en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

		HISTERECTOMÍA TOTAL			HISTERECTOMÍA SUBTOTAL			Porcentaje acumulado
		Recuento	%	% del N general de subtabla	Recuento	%	% del N general de subtabla	
DISFUNCION SEXUAL FEMENINA	SI	6	35,3	28,6	1	25	4,8	33,4
	NO	11	64,7	52,4	3	75	14,2	66,6
	Total	17	100,0	81	4	100,0	19	100,0

PRUEBA EXACTA DE FISHER: $p = 0,593$

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

Tabla 3: Frecuencia de disfunción sexual femenina en las pacientes entre 30 y 45 años en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	N	%
SI	25	17
NO	122	83
Total	147	100,0

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

Tabla 4: Distribución de pacientes con y sin disfunción sexual femenina según características socio demográficas, en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

CARACTERISTICA	HISTERECTOMIA				PRUEBA ESTADISTICA	
	SI		NO			
	N	%	N	%		
EDAD	30 - 35	1	5	23	18,3	EXACTA DE FISHER p = 0,277
	36 - 40	8	38,1	49	38,9	
	41 - 45	12	57,1	54	42,9	
	Media ± Desv. Est.	41,0 ± 3,2		39,8 ± 3,2		
ESTADO CIVIL	CASADA	9	42,9	34	27	$\chi^2 = 2.191$ p = 0.139
	CONVIVIENTE	12	57,1	92	73	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	5	23,8	16	12,7	EXACTA DE FISHER p = 0,218
	SECUNDARIA	12	57,1	92	73	
	SUPERIOR	4	19	18	14,3	
PARIDAD	1	1	4,8	10	7,9	EXACTA DE FISHER p = 0,934
	2	7	33,3	48	38,1	
	3	9	42,9	48	38,1	
	4 +	4	19	20	15,9	
PROCEDENCIA	RURAL	17	81	106	84,1	EXACTA DE FISHER p = 0,751
	URBANA	4	19	20	15,9	

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

IV. DISCUSIÓN

La disfunción sexual es un problema de salud que aqueja a un porcentaje considerable de mujeres (20-43%), que a su vez se sospecha que guarda relación con la histerectomía, la cual es uno de los procedimientos más realizados a nivel mundial.

El presente trabajo se realizó en el servicio de ginecología del Hospital Belén de Trujillo, se seleccionó a las pacientes según a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

En el presente estudio se encontró un riesgo relativo de 2.33 (IC 95% 1.1 < RR < 4.9) de disfunción sexual en las pacientes sometidas a histerectomía al año de haber sido intervenidas, adicional a ello la prueba chi cuadrado detectó una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) lo que nos indica que existe relación entre la histerectomía y la disfunción sexual. Este resultado podría explicarse por el daño que se ocasiona a las fibras nerviosas autónomas y somáticas durante la cirugía produciendo pérdida funcional de las mismas, es importante comprender que debido a la amplia distribución del plexo pélvico y su muy estrecha relación con los ligamentos uterinos es difícil evitar dichas lesiones. Esto es similar a lo encontrado por **Sobral Portela y col. (6)** en su estudio de tipo revisión sistemática donde se revisaron 12 artículos que cumplían con los criterios de selección, llegando a la conclusión que a pesar de la controversia sobre los efectos de la histerectomía sobre la función sexual la mayoría de los trabajos revisados muestran que después de la cirugía existen problemas en la función sexual. Sin embargo, **Martinez y cols (14)** evaluaron a las pacientes antes y después de la histerectomía en relación a la función sexual y no encontraron diferencia significativa entre ambos grupos ($z = -1.603$; $p > 0.109$), concluyendo la función sexual no se ve afectada después de la histerectomía.

Así mismo se encontró que dentro de las pacientes que se les realizó histerectomía el 81% se les realizó histerectomía total y el 19% subtotal, siendo la de mayor frecuencia la histerectomía total. A su vez, el 35.3% de las pacientes sometidas a histerectomía total presentaron disfunción sexual por otro lado el 24% de las pacientes sometidas a histerectomía subtotal

presentaron alteración en la función sexual. La prueba estadística exacta de Fisher para establecer si existe relación entre la extracción del cuello uterino y la disfunción sexual dió como resultado ($p = 0.593$) por tanto no existe relación. Este resultado podría deberse al daño ocasionado a nivel de fibras pertenecientes al plexo pélvico, dejando de lado la teoría de los receptores erógenos a nivel del cérvix y su relación con la función sexual femenina. Esto es similar a lo encontrado por **Nieck S. A. y cols (17)** en su estudio transversal donde investigaron la importancia de preservar el cuello uterino y su asociación a la función sexual. Se encuestaron 212 pacientes, de las cuales 83 fueron sometidas a histerectomía sub total y 129 a histerectomía total. Concluyeron que remover o preservar el cuello uterino no tiene mayor impacto en la función sexual ($p=0.53$). (17) De igual manera **Gabor Reyes y cols (8)** en su estudio que incluyó 54 mujeres sometidas a histerectomía abdominal total (HAT) y 54 a histerectomía abdominal subtotal (HAsT), obtuvieron como resultados que el porcentaje de disfunción sexual en las pacientes sometidas a HAT fue 48.1% y HAsT fue 40.7%, además no se evidenció diferencia estadísticamente significativa por lo cual concluyen que no existe diferencia entre el efecto del tipo de histerectomía (HAT y HaST) y la función sexual femenina.

Se encontró que 25 mujeres de toda la población total de pacientes sometidas al presente estudio presentaban disfunción sexual, representando el 17% del total. A diferencia de lo encontrado por **Matute y cols (26)** quienes en su estudio transversal en el que incluyeron mujeres de 20 – 59 años encontraron un porcentaje notablemente superior de 60.4% de pacientes con disfunción sexual femenina, medido por la encuesta FSFI. El gran margen de diferencia entre ambas poblaciones podría deberse a la edad de las pacientes, el presente estudio se limitó a pacientes de 30 a 45 años, excluyendo a las pacientes con menopausia. Las pacientes entre 45 y 59 años de edad podrían encontrarse en el periodo perimenopausico o menopausico, lo cual produce alteración hormonal, especialmente disminución de estrógenos lo que trae como consecuencia sequedad vaginal o atrofia vaginal, generando molestias durante el acto sexual y alterando la función sexual.

No se encontró diferencia significativa respecto a las variables sociodemográficas y su impacto sobre la disfunción sexual, encontrando que la edad ($p = 0.277$) exacta de Fisher , grado de instrucción ($\chi^2 = 2.191$) ($p > 0.05$), estado civil, carga familiar y procedencia no están relacionadas a la disfunción sexual femenina. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por **Martinez y cols (14)** quienes encontraron que la edad ($\chi^2 = 0.244$), escolaridad ($\chi^2 = 0.2485$) y número de hijos vivos ($\chi^2 = 0.051$) no presenta diferencia estadística significativa por tanto no están relacionados a la disfunción sexual.

V. CONCLUSIONES

1. La histerectomía si es factor de riesgo para la disfunción sexual femenina.

2. Las pacientes que se les realizó histerectomía presentan un riesgo de 2.3 veces más de padecer disfunción sexual en comparación a las pacientes que no se les practicó la cirugía.
3. El tipo de histerectomía no guarda relación con la disfunción sexual.
4. El porcentaje de disfunción sexual femenina en las pacientes entre 30 y 45 años es del 17%.
5. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y la disfunción sexual.

VI. RECOMENDACIONES

- Informar a las pacientes que van a ser sometidas a histerectomía sobre el posible efecto negativo en la función sexual e iniciar terapia psicológica preventiva.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrero F. Histerectomía: Tipos de abordaje y cuidados de enfermería [Tesis]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca; 2017. 35 p.

2. Diccionario académico de la medicina [internet]. Bogotá: Academia nacional de medicina de Colombia. 2013 – [citado 18 de junio del 2018]. Disponible en:
<http://dic.idiomamedico.net/histerectom%C3%ADa>
3. Morales F. y col. Evaluación del dolor en pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica, vs histerectomía total abdominal durante el periodo de mayo 2016 a febrero 2017, en el servicio de ginecología del hospital San Francisco de Quito [Tesis]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2017. 106 p.
4. Abehsera D. y cols. Evaluación del grado de satisfacción en pacientes tras histerectomía por útero miomatoso. *Toko Gin- Practica*. 2012; 71 (6): 129 – 133.
5. Sobral P. y col. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*. 2015; 42(1): 25 – 32.
6. Hoffman L. y cols. *Williams Ginecología*. 3ra edición. Blengio Pinto J. y cols, traducción. México: Mc Graw Hill; 2017. 1268p.
7. Silva M. Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literatura. *Revista chilena de ginecología*. 2017; 82 (6): 666 – 681.
8. Gabor R. y cols. Comparación del efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina. *Revista Peruana de ginecología y obstetricia*. 2005; 51: 188 – 195.
9. Novo D. Histerectomía Total vs sub total. *Toko Gin – Practica*. 2002; 61 (4): 221 – 232.
10. Patient education [internet]. EEUU: The American college of obstetricians and gynaecologist. 2015 – [citado 18 de junio del 2018]. Disponible en:
<https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-histerectomia>
11. Bazán J. Preferencias de tipo de histerectomía abdominal en médicos gineco – obstetras de cinco hospitales públicos de Lima metropolitana, enero – febrero 2018 [tesis]. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018. 77 p.

12. Gonzales C. Histerectomía y sus efectos psicosexuales en mujeres atendidas en ginecoobstetricia del hospital del IESS de Loja [tesis]. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2015. 68 p.
13. Wang Y, Ying X. Sexual function after total laparoscopic hysterectomy or transabdominal hysterectomy for benign uterine disorders: a retrospective cohort. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo de 2020];53(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2020000300604&tIng=en
14. Martinez M. y cols. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología*. 2010; 75(4): 247 – 252.
15. Solá D. y cols. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2006; 71 (5): 364 – 372.
16. Gé P. y cols. E´tude de la sexualite´ des femmes apre` s hyste´ rectomie totale versus subtotale par voie cœlioscopique au CHU de Nantes. *Gynécologie obstétrique & Fertilité*. 2015; 43: 533 – 540.
17. Pouwels N. y cols. Cervix removal at the time of hysterectomy: factors affecting patients' choice and effect on subsequent sexual function. *European Journal of Obstetric & Gynecology and reproductive biology*. 2015; 195: 67 – 71.
18. Berlitz S, Lis S, Jürgens S, Buchweitz O, Hornemann A, Sütterlin M, et al. Postoperative sexual functioning in total versus subtotal laparoscopic hysterectomy: what do women expect? *Archives of Gynecology and Obstetrics*. septiembre de 2017;296(3):513-8.
19. Parra C. y cols. Función sexual tras 9 meses de una histerectomía: Comparación de los resultados del cuestionario de salud sexual sexual FSM versus percepción subjetiva de la mujer. [disertación]. [Alcoy]: Editorial área de innovación y desarrollo; 2017, 80 p.
20. Zornoza V, Luengo A, Haya FJ. Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino. *Toko - Gin Pract*, 2009; 68 (6): 179 -181

21. Cabello S. Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. España. RevIntAndrol. 2007; 5(1): 29-37
22. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización, España. Rev Int Androl. 2007; 5(1):11-21.)
23. Peinado M. Sexualidad y anticoncepción. RevPediatr Aten Primaria. 2008; 10Supl 2:19-43.
24. American Psychiatric Association . Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Actualización del DSM-5 . Copyright. 2017; (5): 24 – 26
25. Muñoz P. y col. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Revista Chilena de obstetricia y ginecología. 2016. 81 (3): 168 – 180
26. Zornoza V, Luengo A, Haya FJ. Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino. Toko - Gin Pract, 2009; 68 (6): 179 -181
27. Matute V. y cols. Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. Revista Médica HCJA. 2016. Vol 8.
28. Dawson M, Shah M, Rinko R, Veselin C, Whitmore K. The evaluation and management of female sexual dysfunction. The Journal of Family Practice. 2017; 66 (12): 722 -723
29. Espitita F. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del eje cafetero colombiano, en etapa de climaterio. Universidad de Manizales – archivos de medicina. 2017. Vol 17.
30. Albuja M. y col. Calidad de vida sexual en mujeres post histerectomizadas del servicio de ginecología del hospital Carlos Andrade Martin durante el año [tesis]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015. 90 p.
31. Dedden SJ, van Ditshuizen MAE, Theunissen M, Maas JWM. Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. abril de 2020;247:80-4

32. Blumel M. y cols. Índice de función sexual femenina. Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2004; 69 (2): 118 – 125.
33. Meston C. y col. Validated instruments for assesing female sexual function. Journal of sex and marital therapy. 2002; 28 (s): 155 – 164.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

34. Hernández S. y cols. Metodología de la investigación. 6ta edición. Méndez V. y col, colaboradores. México: Mc Graw Hill; 2014. 736 p.
35. Determinación del tamaño muestral [internet]. España: Fistera. 2018 – [citado el 18 de junio del 2018]. Disponible en:
<https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>
36. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: 2013: 1 – 8. [internet] [citado 26 de Julio 2018]. Disponible en URL:
<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

SOLICITUD PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Trujillo 3 de Octubre del 2019

Dr. Juan Valladolid Alzamora
Director del Hospital Belén de Trujillo

Yo BENDEZÚ PRADO, Kevin Enrique identificado con DNI N° 47516073, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, ante usted me presento y expongo:

Que se presenta el proyecto de investigación titulado: "HISTERECTOMÍA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO".

En tal sentido, solicito aprobación y autorización para ejecución del proyecto de investigación. Así mismo me comprometo a cumplir con las buenas prácticas de investigación, las recomendaciones de los comités revisores y con el cronograma de supervisión de la ejecución según corresponda.

Atentamente,

Bendezú Prado Kevin Enrique

DNI:47516073

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS DEL PACIENTE:

Dirección: Edad:

HC:

Grado de instrucción	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior

	Casada	Conviviente	Soltera	Viuda	Divorciada	P. estable
E. civil						Sí () No ()

Antecedentes:

Número de hijos		
Historia de cirugía pélvica	SI () NO ()	¿Cuál?
Menopausia	SI () Ausencia de menstruación desde 1 año a más NO ()	
Comorbilidades	SI () NO ()	¿Cuál?

II. DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

HISTERECTOMÍA	SI ()	TOTAL ()
		SUBTOTAL ()
	NO ()	

En caso de haber sido operada, especificar la fecha:

III. DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA:

Índice de Función Sexual Femenina:

- Score por dominio: Deseo: Excitación: Lubricación:
Orgasmo: Satisfacción: Dolor:
- Score total: Interpretación: Disfunción sexual Si () No ()

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO

Instrucciones: Lea atentamente cada pregunta y responda marcando la alternativa que más se aproxima a su experiencia.

1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés por el sexo?
 - a. Casi siempre o siempre
 - b. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - c. Algunas veces (la mitad de las veces)
 - d. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - e. Casi nunca o nunca

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

3. En las últimos 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó, excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
 - a. Sin actividad sexual
 - b. Casi siempre o siempre
 - c. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - d. Algunas veces (la mitad de las veces)
 - e. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f. 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?
 - a. Sin actividad sexual
 - b. Muy alto
 - c. Alto
 - d. Moderado
 - e. Bajo
 - f. Muy bajo o nada

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

- b. Muy alta confianza
 - c. Alta confianza
 - d. Moderada confianza
 - e. Baja confianza
 - f. Muy baja o sin confianza
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?
- a. Sin actividad sexual
 - b. Casi siempre o siempre
 - c. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - d. Algunas veces (la mitad de las veces)
 - e. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f. 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?
- a. Sin actividad sexual
 - b. Casi siempre o siempre
 - c. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - d. Algunas veces (la mitad de las veces)
 - e. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f. Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?
- a. Sin actividad sexual
 - b. Extremadamente difícil o imposible
 - c. Muy difícil
 - d. Difícil
 - e. Levemente difícil
 - f. Sin dificultad
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad sexual?
- a. Sin actividad sexual
 - b. Casi siempre o siempre
 - c. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - d. Algunas veces (la mitad de las veces)
 - e. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f. Casi nunca o nunca
10. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán difícil fue mantener la lubricación hasta completar la actividad sexual o intercurso sexual?
- a. Sin actividad sexual
 - b. Extremadamente difícil o imposible

- c. Muy difícil
- d. Difícil
- e. Levemente difícil
- f. Sin dificultad

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

- a. Sin actividad sexual
- b. Casi siempre o siempre
- c. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- d. Algunas veces (la mitad de las veces)
- e. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- f. Casi nunca o nunca

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

- a. Sin actividad sexual
- b. Extremadamente difícil o imposible
- c. Muy difícil
- d. Difícil
- e. Levemente difícil
- f. Sin dificultad

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

- a. Sin actividad sexual
- b. Muy satisfecha
- c. Moderadamente satisfecha
- d. Igualmente satisfecha e insatisfecha
- e. Moderadamente satisfecha
- f. Muy insatisfecha

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

- a. Sin actividad sexual
- b. Muy satisfecha
- c. Moderadamente satisfecha
- d. Igualmente satisfecha e insatisfecha
- e. Moderadamente satisfecha
- f. Muy insatisfecha

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

- a. Muy satisfecha
- b. Moderadamente satisfecha
- c. Igualmente satisfecha e insatisfecha

- d. Moderadamente satisfecha
 - e. Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha ha estado con su vida sexual en general?
- a. Muy satisfecha
 - b. Moderadamente satisfecha
 - c. Igualmente satisfecha e insatisfecha
 - d. Moderadamente satisfecha
 - e. Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?
- a. Sin actividad sexual
 - b. Casi siempre o siempre
 - c. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - d. Algunas veces (la mitad de las veces)
 - e. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f. Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?
- a. Sin actividad sexual
 - b. Casi siempre o siempre
 - c. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - d. Algunas veces (la mitad de las veces)
 - e. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f. Casi nunca o nunca
19. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué porcentaje usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- a. Sin actividad sexual
 - b. Muy alto
 - c. Alto
 - d. Regular
 - e. Bajo
 - f. Muy bajo o nada

ANEXO N° 4

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA:

SISTEMA DE PUNTUACIÓN

1.	a. 5	b. 4	c. 3	d. 2	e. 1	
2.	a. 5	b. 4	c. 3	d. 2	e. 1	
3.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
4.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
5.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
6.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
7.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
8.	a. 0	b. 1	c. 2	d. 3	e. 4	f. 5
9.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
10.	a. 0	b. 1	c. 2	d. 3	e. 4	f. 5
11.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
12.	a. 0	b. 1	c. 2	d. 3	e. 4	f. 5
13.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
14.	a. 0	b. 5	c. 4	d. 3	e. 2	f. 1
15.	a. 5	b. 4	c. 3	d. 2	e. 1	
16.	a. 5	b. 4	c. 3	d. 2	e. 1	
17.	a. 0	b. 1	c. 2	d. 3	e. 4	f. 5
18.	a. 0	b. 1	c. 2	d. 3	e. 4	f. 5
19.	a. 0	b. 1	c. 2	d. 3	e. 4	f. 5

PUNTAJE DE INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

DOMINIO	PREGUNTAS	PUNTAJE	FACTOR	MINIMO	MÁXIMO
Deseo	1 – 2	1 – 5	0.6	12	6
Excitación	3 – 6	0 – 5	0.3	0	6
Lubricación	7 – 10	0 – 5	0.3	0	6
Orgasmo	11 – 13	0 – 5	0.4	0	6
Satisfacción	14 – 16	0 – 5	0.4	0.8	6
Dolor	17 – 19	0 – 5	0.4	0	6
RANGO TOTAL				2	36