



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



FACULTAD DE MEDICINA

**“DISPAREUNIA EN PACIENTES DE 35-45 AÑOS CON HISTERECTOMIA
TOTAL ABDOMINAL SIN SALPINGOFORECTOMIA EN EL HOSPITAL ISSSTEP
EN EL PERIODO DE FEBRERO 2019 –FEBRERO 2020”**

TÍTULO QUE SE OBTIENE CON LA TESIS:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. ARCE YENQUE BRIGGITE ANTUANETTE

ASESOR EXPERTO

DR. JUAN JOSÉ CARREÑO CUECUECHA

ASESOR METODOLÓGICO

DR. MIGUEL ANGEL MARTÍNEZ ROMERO

PUEBLA, 21 DE AGOSTO DEL 2020

INDICE

RESUMEN	3
1. ANTECEDENTES.....	5
2. JUSTIFICACION	23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
4. HIPOTESIS CIENTIFICA.....	25
5. OBJETIVOS	26
6. MATERIALES Y METODOS	27
7. RESULTADOS	31
8. DISCUSION	41
9. CONCLUSIONES	42
10. REFERENCIAS	43
11. ANEXOS.....	46

RESUMEN

TITULO: Dispareunia en pacientes de 35-45 años con Histerectomía Total Abdominal sin Salpingooforectomía en el Hospital ISSSTEP en el período de febrero 2019- febrero 2020.

INTRODUCCIÓN: La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más frecuente y la dispareunia puede ser una consecuencia de la histerectomía. Realizamos este estudio para examinar a las pacientes postoperadas y su experiencia en las relaciones sexuales y el impacto de la dispareunia en la vida de las pacientes.

OBJETIVO: Determinar si la histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía es factor de riesgo para dispareunia en mujeres de 35 -45 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio Transversal prospectivo, 124 pacientes con patología ginecológica benigna que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitadas al estudio, en el Hospital ISSSTEP, durante el período comprendido entre Febrero 2019 a Febrero 2020. Se excluyeron 4 pacientes para que coincidieran ambos grupos, quedando Sesenta pacientes con tratamiento de histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía que representaron el Grupo A y sesenta pacientes que continuaron con vigilancia de la patología ginecológica representaron el Grupo B. El interrogatorio se obtuvo al inicio y 6 meses posteriores de la vigilancia y en caso de cirugía.

RESULTADOS:

Se incluyó que en el Grupo A, la histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía es un factor de riesgo para dispareunia con un OR de 18.3 en pacientes de 35 a 45 años del ISSSTEP, mientras en el Grupo B las pacientes no histerectomizadas que continuaron en vigilancia tienen un OR de 0.05 para dispareunia. Se encontró una diferencia estadística significativa ($p < 0.00$), lo que permite señalar que la dispareunia está relacionada con la Histerectomía Total Abdominal sin salpingooforectomía.

La causa quirúrgica más frecuente es por miomatosis uterina, sin embargo, la miomatosis cervical tiene 7.3 veces más de probabilidad de provocar dispareunia. La dispareunia tiene una aparición de 1-3 meses posthisterectomía, de tipo profundo, leve y con un tiempo de resolución menor a 6 meses en el 52% de los casos. Además, la histerectomía ocasiona disminución de satisfacción sexual, orgasmo, lubricación vaginal, excitación y deseo sexual.

CONCLUSIÓN: La histerectomía es un factor de riesgo para la dispareunia.

Palabras clave: "Histerectomía Total Abdominal

1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

Entre los soportes teóricos científicos a emplearse en la presente investigación se plantean los siguientes:

Portela, E. S., & González, M. S. (2015). Problemas sexuales derivados de la histerectomía. El objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre los posibles problemas sexuales derivados de los diferentes tipos de histerectomía. Material y método: revisión bibliográfica de 111 artículos de la base de datos Medline, Cinahi y Scopus, de los cuales solo 12 cumplieron los criterios de inclusión. Estudio retrospectivo de mujeres operadas de histerectomía (subtotal, total o radical) de causa benigna o maligna. Se concluyó que los problemas sexuales son frecuentes tras la histerectomía, siendo la histerectomía vaginal la que mayores disfunciones provoca. Factores como la edad o la existencia de un trastorno depresivo también contribuyen a la aparición de las disfunciones. (1)

Doğanay, M., Kokanali, O. S. (2019). Comparison of female sexual function in women who underwent abdominal or vaginal hysterectomy with or without bilateral salpingo-oophorectomy. El objetivo comparar el efecto de la histerectomía abdominal y vaginal con o sin salpingooforectomía bilateral en la sexualidad femenina. Métodos: estudio retrospectivo con mujeres de 50 años que se sometieron a histerectomía abdominal o vaginal con o sin salpingooforectomía bilateral debido a indicaciones benignas. Para la evaluación de la función sexual

femenina preoperatoria y postoperatoria, se utilizó el formulario de índice de función sexual femenina validado por Turquía. Resultados: De la población de estudio, 82 mujeres (Grupo A) se sometió a histerectomía + salpingooforectomía bilateral y 78 mujeres (Grupo B) se sometió a operaciones de histerectomía solamente. Conclusión: La histerectomía abdominal y vaginal con o sin salpingooforectomía bilateral por causas benignas afecta la sexualidad femenina en general. Pero, la ooforectomía bilateral premenopáusica puede causar más dolor durante el coito, disminución de la libido y el orgasmo que la conservación del ovario. (2)

Bendezu Prado, K. E. (2020). Histerectomía como factor de riesgo para disfunción sexual. El objetivo del 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, dividido en dos grupos 21 pacientes histerectomizadas (expuestas) y 126 pacientes no histerectomizadas (no expuestas), se aplicó el test de índice de disfunción sexual femenina. Resultados: El 33.3% de las pacientes histerectomizadas presentan disfunción sexual femenina, mientras que las no histerectomizadas lo hace el 14%. Conclusión: la histerectomía es un factor de riesgo para disfunción sexual. (3)

Sin embargo, Fernández, L. I., & González, M. S. (2020). Vida sexual tras histerectomía por motivos benignos. El objetivo fue analizar el impacto sobre la función sexual en mujeres histerectomizadas por motivos benignos. Durante el mes de enero de 2018 se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos Medline, Cinahl, PubMed, LILACS, Scopus y Web of Science. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión seleccionados, se obtuvieron un total de 15 artículos en los cuales se analizaron el tipo de intervención y la función sexual. Como conclusión, existe cierta controversia sobre los efectos de la histerectomía sobre la sexualidad, aunque la mayoría determina que tras la cirugía se produce una mejora en la función sexual. (4)

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 dispareunia; 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.

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

DISPAREUNIA:

Concepto:

La dispareunia es el dolor en los genitales y la estructura pélvica durante y 24 hrs después de las relaciones sexuales. (5)

La dispareunia según el DSM-V se clasificó como un trastorno/ dolor genital pélvico a la penetración vaginal durante el coito o intentos de penetración, aunado al miedo, ansiedad y marcada tensión en los músculos del suelo pélvico. Afecta a las mujeres en su calidad de vida (6). La disfunción sexual femenina es una alteración en el orgasmo, deseo, excitación, dolor durante la relación sexual, que genera estrés y altera la vida cotidiana en las mujeres (7).

La Organización mundial de la salud (OMS) refiere a la salud sexual como un derecho del ser humano, y la dispareunia afecta en las relaciones conyugales, ocasionando temor, malestar en la pareja (5).

Epidemiología:

La dispareunia afecta a 7% de las mujeres sexualmente activas entre 16 a 74 años. Pero más frecuente en mujeres de 55-64 años. Con una incidencia mundial de 8-22% reportado por la OMS (8).

Etiología:

La dispareunia causada por problemas físicos o psicosexual. Su manejo depende del dolor, es fundamental identificar la causa primaria, sin embargo, se complica por interferir factores psicológicos y sociales (9)

En la dispareunia superficial entre las causas comunes tenemos vestibulodinia provocado por disfunción del piso pélvico, alteraciones vulvares dermatológicas y síndrome genitourinario. La causa de dispareunia profunda es por endometriosis y se clasifica de acuerdo al sitio anatómico de contacto como con el saco de Douglas, cuello del útero, vejiga o piso pélvico durante la penetración profunda. (10)

Clasificación:

La dispareunia se clasifica comúnmente por la localización como dispareunia superficial o profunda. La dispareunia superficial es el dolor percibido en la región vulvar o introito vaginal. La dispareunia profunda percibido en el canal vaginal o región pélvica durante la penetración. La dispareunia persistente es el dolor a la relación sexual con todas las parejas sexuales y en todas las situaciones (sin ser ocasionado por falta de lubricación o por vaginismo). La dispareunia condicional (solo ocurre con ciertas posiciones, con una pareja específica o por falta de estimulación sexual) (11).

Dispareunia superficial:

Debido a infección vaginal, absceso de Bartholin, alteraciones dermatológicas como dermatitis vulvar, atrofia en la vulva, liquen escleroso. Por anomalías en la estructura de la vagina como cicatrices, tabiques vaginales. Por iatrogenia en el posparto, desgarros en periné, lesiones en genitales. Enfermedad neurológica como dolor neuropático. Enfermedad oncológica en la vulva o vagina (9).

Dispareunia profunda:

Causada principalmente por endometriosis, entre otras enfermedades como neoplasia maligna, radioterapia, enfermedad inflamatoria pélvica.

Exploración física:

Al examen físico valorar pared vaginal, fondo de saco de Douglas buscando áreas sensibles al tacto o presencia de endometriosis en recto, vagina. Identificar alteraciones anatómicas como tabiques vaginales. Si el examen físico es normal, pensar en una causa psicológica. (9)

Tratamiento:

El manejo varía según la etiología. Para reducir el vaginismo y disminuir la vulvodinia un método útil es el masaje en periné con el pulgar 2 veces al día (9).

Uso de dilatadores para el vaginismo, aumenta el tamaño vaginal de forma gradual (enseñando a contraer y relajar los músculos de la vagina y piso pélvico.) (11)

Los antidepresivos como gabapentina, amitriptilina y carbamazepina para la vulvodinia orgánica o idiopática.

Lubricantes de agua o preparación con lidocaína, disminuye la dispareunia (9)

Aplicación de estradiol para la atrofia vaginal causada por disminución de estrógenos, disminuyendo la dispareunia. Además, mejora el recambio celular de la mucosa vaginal, Ph vaginal, lubricación vaginal, aumenta el flujo sanguíneo y sensibilidad motora. (9)

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL:

Concepto:

Histerectomía proviene de los vocablos griegos hystéra y ektomé, que significan útero y extirpación respectivamente; finalmente histerectomía se define como la extirpación del útero. Puede ir acompañado de una anexectomía: extirpación de trompas de Falopio y ovarios. (12)

La histerectomía Total abdominal es una de las cirugías más comunes realizadas en ginecología, se estima que el 40% de las mujeres puede someterse a esta cirugía antes de cumplir los 64 años por indicaciones benignas como Leiomiomas uterino, prolapso uterino y endometriosis representando el 70% de las histerectomías. (13)

Epidemiología:

Las tasas de histerectomía son más elevadas en Estados Unidos. Una tercera parte de las mujeres antes de los 65 años se someterá a una histerectomía, mayoría entre los 30 y 54 años. En cuanto a la tasa de mortalidad secundaria a una histerectomía es menos frecuente en la histerectomía vaginal, sin embargo, es más frecuente las infecciones pélvicas por ésta vía. (13)

Indicación de Histerectomía Total Abdominal:

Indicaciones Absolutas:

En las mujeres de edad reproductiva la indicación más frecuente es por hemorragia uterina anormal, miomatosis uterina, endometriosis, infecciones como enfermedad pélvica inflamatoria que no responde al tratamiento médico. Entre otras el prolapso de órganos pélvicos, patologías oncológicas. (13,14)

Indicaciones relativas:

Leiomioma grande con posición anormal, útero de gran tamaño mayor de 12 centímetros, Enfermedad pélvica inflamatoria con adherencias extensas, endometriosis, cáncer con metástasis extensas. (13,14)

Después de la histerectomía total abdominal la longitud vaginal puede acortarse, y las mujeres sentirse des feminizadas. Por eso estudiaremos la actitud de las pacientes hacia la vida sexual después de una histerectomía total abdominal. (15)

Historia:

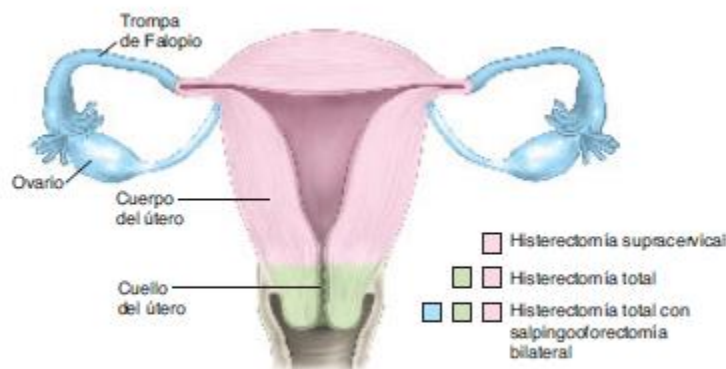
Las primeras intervenciones fueron histerectomías sub totales llevadas a cabo por Charles Clay a partir de 1853; sin embargo, después de algunos años Edward H. Richardson publicó en 1929 por primera vez la técnica quirúrgica de histerectomía total, técnica en la cual se han adiestrado muchos cirujanos ginecólogos a lo largo del tiempo. (16). 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. (16) 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 reabre el debate de histerectomía total vs subtotal con la primera histerectomía supracervical laparoscópica realizada por Kirt Semm. (17)

Vía de acceso para Histerectomía:

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 abdominal brinda mayor capacidad de manipulación de los órganos pélvicos, permite el acceso a los ovarios si se plantea realizar ooforectomía, espacio de Retzius o espacio presacro cuando planea un procedimiento de uroginecología. (13) Sin embargo tiene una recuperación más prolongada, aumento del dolor de la incisión y mayor riesgo de fiebre e infección posoperatoria. Se vincula con mayor riesgo de lesiones ureterales y transfusiones sanguíneas y menor riesgo de hemorragia y lesión vesical (a diferencia de histerectomía vaginal). (18)

Tipos de Histerectomía:

La histerectomía se clasifica en total, subtotal y radical. La histerectomía puede asociarse o no a la extracción de las trompas de Falopio y ovarios denominado salpingooforectomía sea unilateral o bilateral. (18)



En la histerectomía total se procede a retirar tanto cuerpo como cuello uterino.

En la histerectomía subtotal, también llamada supracervical, se retira el cuerpo uterino dejando el cuello uterino en su sitio, se reserva para pacientes en quienes la ablación del cuello uterino aumenta el riesgo de hemorragia, con daño a órganos vecinos o un mayor tiempo quirúrgico. Se sugiere tiene mejores síntomas urinarios, conservación de la función sexual y el cuello uterino provee estabilización del soporte pélvico. Además la histerectomía supracervical evita la lesión del plexo nervioso de Frankenhauser y producir disfunción vesical, intestinal o sexual. (a diferencia que en la histerectomía total). (19)

Sin embargo 10- 20% presenta sangrado vaginal por retención del endometrio ístmico después de la histerectomía (la mayoría termina en cervicectomía uterina), también se ha observado persistencia del riesgo de cáncer cervicouterino en el muñón del cuello uterino.

Finalmente, la histerectomía radical incluye la extracción del útero, el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los ganglios linfáticos de la pelvis. Es recomendada en caso de diagnóstico o sospecha de cáncer. (18)

TECNICA QUIRURGICA:

En la histerectomía total abdominal, se realiza una incisión abdominal, se llega a la cavidad uterina, se pinza corta y liga el ligamento redondo, se incide en el ligamento ancho a través del peritoneo hasta llegar al pliegue vesicouterino y se disecciona la vejiga con disección roma, se crea una ventana en la hoja posterior del ligamento ancho debajo del ligamento útero- ovárico y la trompa de Falopio, donde el ligamento útero ovárico se pinza corta y liga. Se esqueletiza los vasos uterinos y se toma con pinza heaney en la unión del cuello uterino y el segmento uterino inferior, se corta y liga, se pinza el ligamento cardinal, se corta y sutura al igual que los ligamentos uterosacros, una vez que la vejiga y el reto están libres, se sujeta en forma cruzada con heaney por debajo del cuello uterino y se corta por encima de las pinzas, se extrae cuerpo y cuello uterino de manera cefálica. Se preserva el tercio superior de la vagina y la reconstrucción vaginal o suspensión es lo más similar a la anatomía previa (al cerrar el manguito vaginal, se fijan los ligamentos

cardinales y uterosacros a los ángulos vaginales laterales y posterolaterales de la cúpula en forma de ocho con catgut crómico). (13,14,20)

Complicaciones de la Histerectomía:

El sangrado es la complicación más común (sitio frecuente en los pedículos de la arteria útero – ovárica y arteria uterina, luego el manguito vaginal posterior) (13)

La lesión vesical (cistotomía) ocurre generalmente por encima del triángulo, no cerca de los orificios ureterales. Evitar la disección roma en pacientes con cesárea anterior. (14)

Lesión nerviosa (nervio femoral, obturador, pudenda, iliohipogástrico/ ilioinguinal) por colocación incorrecta del separador, incisión transversa amplia, tiempo quirúrgico prolongado mayor de 4 hrs. (14)

Lesión ureteral se aumenta el riesgo en una anatomía distorsionada por endometriosis, miomas grandes principalmente cervicales, sangrado del pedículo de la arteria uterina o del manguito vaginal lateral, radiación previa, cirugía pélvica previa. (14)

Anatomía Fundamental:

Irrigación:

Principalmente por las arterias uterinas a través de los ligamentos cardinales. La rama de la arteria uterina ascendente se comunica con las arterias ováricas, y finalmente a los ovarios. (14)

VAGINA

La vagina es un conducto desde el cuello del útero hasta la vulva. Mide de 7 a 10 cm y sus paredes son muy elásticas y plegadas para permitir la salida del feto en el parto. La vagina consta de mucosa, muscular y adventicia. La mucosa está formada por un epitelio estratificado no queratinizado y presenta numerosos pliegues transversales. La mucosa vaginal experimenta cambios durante el ciclo menstrual: bajo la influencia de los estrógenos en la primera fase, el epitelio de la vagina experimenta un crecimiento rápido y se cornifica. Después de la ovulación, el epitelio vaginal se infiltra de leucocitos y se secreta un moco viscoso; el frotis presenta en esta fase células cornificadas, mucina, y leucocitos. La capa muscular es de fibras lisas circulares y longitudinales entremezcladas. Los músculos estriados próximos a la vagina (esfínter de la uretra, elevador del ano, bulbocavernoso, etc.) añaden algunas fibras a su pared. La adventicia contiene vasos y nervios. Se continúa con el tejido conjuntivo que envuelve a los órganos próximos. (13)

Funciones de la vagina

Es el órgano copulador de la mujer, encargado de recibir al pene. Contribuye a la lubricación durante el acto sexual mediante la secreción mucosa, necesaria para que el coito produzca una sensación satisfactoria. Por otra parte, durante el orgasmo, su capa muscular se contrae rítmicamente, estimulando el pene. Durante el parto, la elasticidad de la pared vaginal permite la dilatación suficiente para que el feto pase por ella hacia el exterior. El estudio de las células descamadas del epitelio vaginal permite establecer el diagnóstico precoz del cáncer genital si en el frotis aparecieran células anormales. (13)

En la mujer, durante el coito se observan diversos cambios fisiológicos:

Excitación:

Es la sensación causada por una estimulación fisicomecánica que va desde el encéfalo a través de la médula espinal, provocando en el clítoris erección. Además, aumenta la secreción en las glándulas de Bartholin para lubricar la vagina, favorece el coito y neutraliza el Ph ácido de la vagina para aumentar la viabilidad en los espermatozoides.

La vía parasimpática provoca también un alargamiento de los dos tercios internos de la vagina con elevación del útero y un estrechamiento del tercio externo de la vagina, formando la plataforma orgásmica femenina. Finalmente, la estimulación parasimpática conduce a una dilatación arterial y constricción venosa de los vasos sanguíneos vaginales, con la finalidad de constreñir las paredes de la vagina en torno al pene del varón e incrementar así las sensaciones. (7)

Debido a la suma importancia que ha adquirido la histerectomía en las pacientes, además siendo practicada frecuentemente de manera especial en pacientes premenopáusicas, se empezó a estudiar los efectos que puede llegar a provocar.

En diferentes estudios retrospectivo, comparativo no aleatorizado sobre la asociación del tipo de histerectomía y la disfunción sexual. Realizándose encuestas mediante el índice de función sexual femenina (FSFI), llegaron a la conclusión que no había diferencia en la sexualidad en pacientes histerectomizadas. (24)

En otro estudio transversal investigaron la importancia de preservar el cuello uterino y su asociación a la función sexual. Concluyendo que el preservar el cuello uterino no tiene mayor impacto en la función sexual. (25)

Sin embargo, algunos estudios concluyen en que después de una histerectomía es frecuente la disfunción 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. (13,21,22)

La teoría más aceptada es la afectación nerviosa. Durante el procedimiento hay daño de fibras nerviosas autónomas y somáticas. 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. (23) Además el proceso de reparación de la inervación pélvica se da aproximadamente 6 meses después de la histerectomía. (16).

Por todo lo anterior es de suma importancia estudiar los efectos de la histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía en la función sexual femenina y como principal causa de dispareunia en el postoperatorio.

2. JUSTIFICACION

La histerectomía constituye la segunda cirugía que más se aplica en mujeres en edad reproductiva. En ocasiones este tipo de procedimiento quirúrgico puede acarrear consecuencias físicas y de tipo psicológico, lo que puede alterar el funcionamiento sexual de estas mujeres. Por ello, el objetivo de este estudio descriptivo es determinar si la histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía es factor de riesgo para dispareunia en mujeres de 35 a 45 años.

Está claro que son muchos los aspectos que repercuten sobre la sexualidad en las mujeres histerectomizadas. Es por ello que los profesionales de la salud (ginecólogos, psicólogos y fisioterapeutas) debemos tener conocimiento de todo el procedimiento y de sus consecuencias, para poder aconsejar y orientar a las pacientes desde el inicio y así evitar un empeoramiento en su calidad de vida.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que las patologías benignas son muy frecuentes en pacientes menores de 45 años, sin mejoría con tratamiento médico y resolución quirúrgica. En nuestro hospital la cirugía más utilizada es la Histerectomía total abdominal, preservando los ovarios en menores de 45 años. Sin embargo, las pacientes que serán sometidas al procedimiento quirúrgico presentan elevada preocupación sobre su función sexual posterior al tratamiento quirúrgico, y algunas de ellas no desean operarse por miedo a presentar dispareunia como secuela de la histerectomía total abdominal.

El problema del estudio: ¿Es la histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía factor de riesgo para dispareunia en mujeres de 35-45 años del ISSSTEP?

Teniendo consecuentemente depresión en la paciente, sentirse menos mujer por ausencia de útero, divorcio, o en algunas pacientes el no deseo a operarse por miedo a la dispareunia, empeorando en este tiempo la patología ginecológica y disminuyendo la calidad de vida.

El aporte que se brindaría con esta investigación es confirmar o descartar la dispareunia como secuela a la histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía bilateral, valorar una mejoría en la técnica quirúrgica utilizada, brindar tratamiento médico posterior a la cirugía a base de lubricantes de agua y talleres de salud sexual.

4. HIPOTESIS CIENTIFICA

Existe relación entre dispareunia e histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía en pacientes de 35- 45 años del ISSSTEP.

La histerectomía es factor de riesgo para dispareunia

H0: La dispareunia no depende de la Histerectomía total abdominal sin SOB

H1: La dispareunia sí depende de la Histerectomía Total abdominal sin SOB

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar si la histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía es factor de riesgo para dispareunia en mujeres de 35 a 45 años

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la patología ginecológica benigna más frecuente en ambos grupos.
2. Identificar la causa más frecuente de histerectomía total abdominal y la relación que guarda con la dispareunia posthisterectomía.
3. Estimar la razón de momios para la prevalencia de dispareunia en mujeres que se realizaron histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía (factor de exposición o riesgo)
4. Establecer la relación de histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía y el tipo de dispareunia.
5. Determinar la estimación del dolor durante la relación sexual en ambos grupos de acuerdo a la escala de EVA.
6. Identificar el tiempo de aparición de dispareunia posterior a la cirugía
7. Identificar el tiempo de resolución de dispareunia posterior a la cirugía

6. MATERIALES Y METODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:

Por la participación del investigador: el estudio fue Observacional

Por la direccionalidad: el estudio fue Transversal

Por la temporalidad: el estudio fue Prospectivo

Por el propósito del estudio: fue Descriptivo

6.2 UBICACIÓN ESPACIO - TEMPORAL

El estudio se llevó a cabo en el Hospital ISSSTEP durante el periodo de febrero 2019 a febrero del 2020.

6.3 ESTRATEGIA DEL TRABAJO

Se recabaron dos grupos, un grupo de No casos con las variables de las pacientes sin dispareunia de entre 35 -45 años de edad y vigilancia de la patología ginecológica benigna.

Y el grupo de casos con variable de pacientes sin dispareunia de entre 35- 45 años de edad con patología ginecológica benigna y programadas para histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía atendidas en el ISSSTEP en el periodo de febrero 2019 a febrero del 2020.

Para el registro de datos se elaboró una guía estructurada de acuerdo a las variables y los objetivos del presente estudio de la siguiente manera nombre, afiliación, edad, patología ginecológica benigna, y mediante un interrogatorio

observar la diferencia en ambos grupos sobre el índice de función sexual, la prevalencia de dispareunia en pacientes con vigilancia y posterior de una histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía.

6.4 MUESTREO

6.4.1 DEFINICION DE LA UNIDAD DE POBLACION

La unidad de población del presente estudio se conformó con 2 grupos:

El grupo de casos con pacientes de entre 35 a 45 años de edad sin dispareunia y con patología ginecológica benigna a tratar de manera quirúrgica mediante histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía.

Y el grupo de No casos con pacientes de entre 35 a 45 años de edad sin dispareunia al inicio de la vigilancia de su patología ginecológica benigna.

6.4.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión

6.4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

6.4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las pacientes con una patología ginecológica benigna a resolver con tratamiento quirúrgico de histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía.

Pacientes ginecológicas de 35 a 45 años de edad

Pacientes sin dispareunia

Paciente sexualmente activa (al menos 1 coito 3 meses antes de la cirugía)

Pacientes que respondan todas las preguntas del interrogatorio

6.4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes ginecológicas menores de 35 años y mayores de 45 años

Diagnóstico de endometriosis

Diagnóstico de cáncer de cualquier órgano que repercuta la función sexual

Pacientes con dispareunia y enfermedades psiquiátricas, sistémicas o neurológica

Paciente con prolapso de órganos pélvicos

Pacientes con cirugía genital previa, de antiincontinencia o de soporte

6.4.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

Paciente NO sexualmente activa

Pacientes sin deseo de participar ni responder el interrogatorio

6.4.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

El muestreo fue No probabilístico, la muestra se determinó con todas las pacientes que reunieron los criterios de selección y se integraron en forma consecutiva una tras otra sin ceguedad.

6.4.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue conveniente al investigador

6.5 DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

La definición de las variables del presente estudio se encuentra en el apartado anexos

6.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la recolección de datos en una hoja diseñada expresamente para recabar dicha información que se encuentra en el apartado de anexos, mediante un interrogatorio completado al inicio de manera presencial y 6 meses posteriores vía telefónica, en ambos grupos.

6.7 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

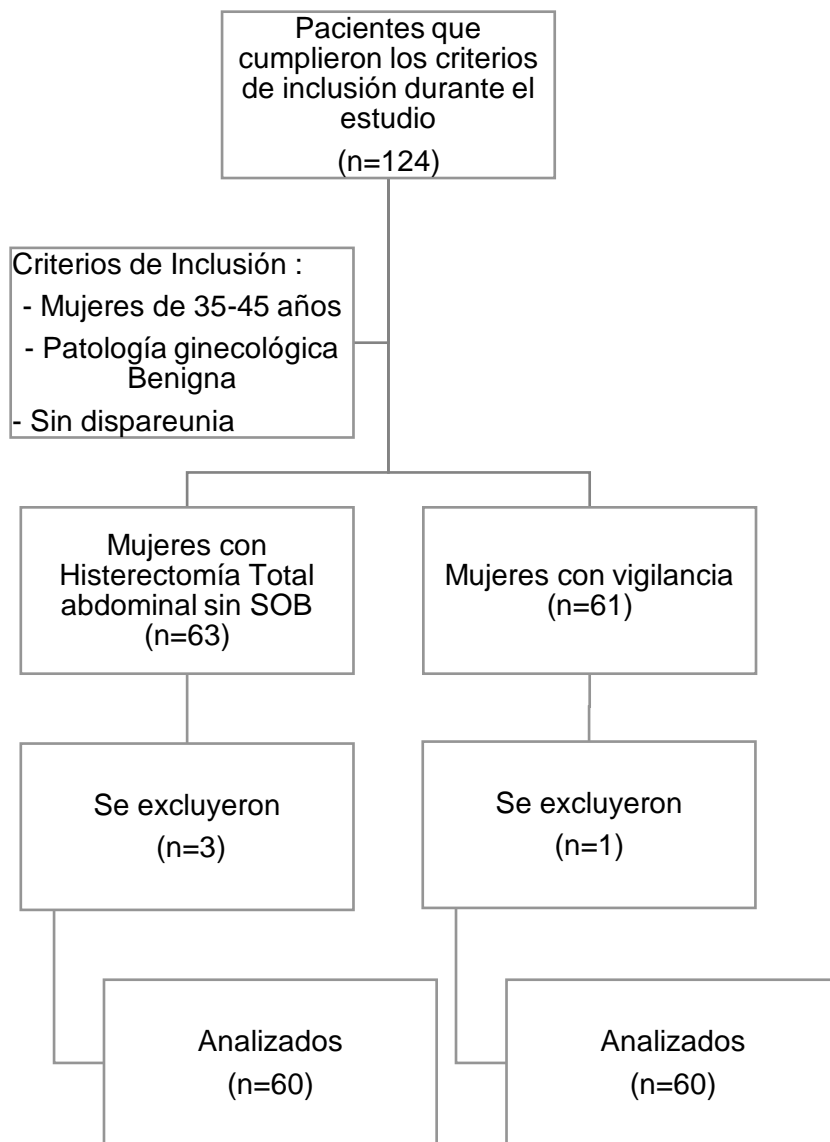
Se formó la población en estudio con base en los criterios de selección, se ubicaron a las pacientes en la consulta de ginecología y se obtuvo la información requerida, la cual se analizó e interpreto para la redacción del documento final.

6.8 ANALISIS DE DATOS

Algunos resultados obtenidos se analizaron con el software IBM SPSS Statistics 21. Para las variables cuantitativas que presentan distribución simétrica se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central como media, mediana, moda, así como los indicadores de dispersión como rango y desviación estándar. Para las variables Cualitativas se calculó frecuencias relativas, porcentajes y graficas de barras entre el grupo de casos y no casos. Además, se calculó razón de momios. Si las variables cualitativas presentaron una curva asimétrica se utilizó la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney. Para variables No reales se usó la Prueba de Chi cuadrada, al igual para comparar las diferencias de proporciones entre los grupos.

7. RESULTADOS

Durante el período comprendido de febrero 2019 a febrero 2020, se incluyeron un total de 124 pacientes con patología ginecológica benigna que cumplieron con los criterios de inclusión, 64 pacientes en el grupo A (Histerectomía Total Abdominal), 61 en el Grupo B (en vigilancia). Se excluyeron 4 pacientes para que coincidieran los grupos, quedando un total de 120 pacientes, 60 pacientes en el grupo A y 60 pacientes en el grupo B.



Se formó la población en estudio con base en los criterios de selección, se ubicaron a las pacientes en la consulta de ginecología y se obtuvo la información requerida, la cual se analizó e interpretó para la redacción del documento final.

El total de pacientes que se eliminó fue 3 (4.7%) en el Grupo A, en comparación con el grupo B (1.6%), quedando en ambos grupos un total de 120 pacientes, 60 pacientes en el grupo A y 60 pacientes en el grupo B. A continuación, se presenta las características de las pacientes incluidas en el estudio. (Tabla 1)

Tabla 1. Características de las Pacientes incluidas en el Estudio	
n=120	
Grupo (A/B)	60/60
Edad (años)	40.7+/3.2
Sin Dispareunia (A/B)	60/60

No hubo diferencia significativa en cuanto a la cantidad de pacientes en ambos grupos, al igual en la característica de No presentar dispareunia al inicio del estudio como criterio de inclusión.

(Gráfico 2) Edad en Ambos Grupos

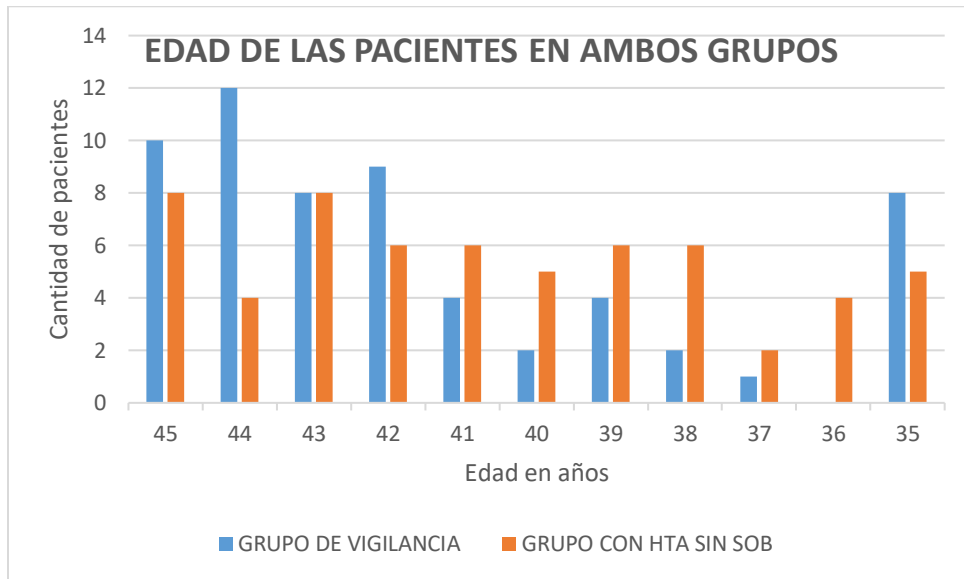
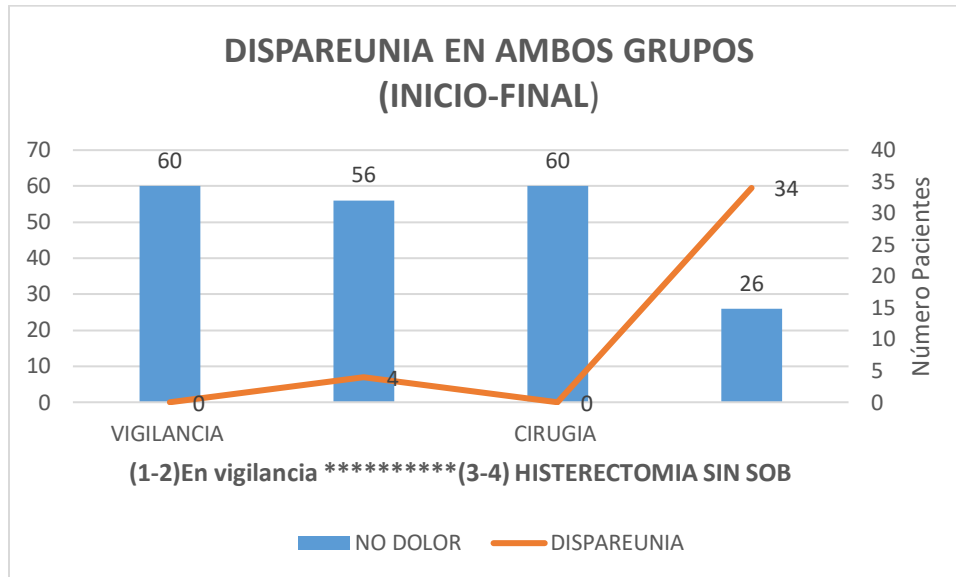


Tabla 2 Medidas de Tendencia central Edad por Grupo

GRUPO			MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
	Sin Cirugía	Edad	41.55	3.27
Con Cirugía	Edad	40.55	3.15	

Con respecto a la edad se identifica un comportamiento uniforme en la muestra tanto en los indicadores de tendencia central esenciales como la media, así como en los indicadores de dispersión (desviación estándar).

(Gráfica 3) Dispareunia en Ambos Grupos



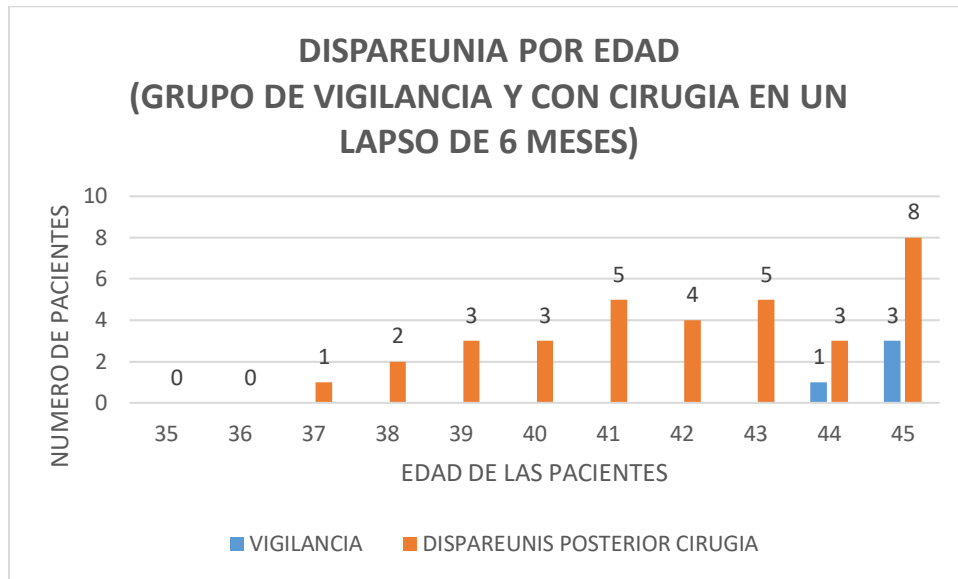
Se observa una razón de momios de 18.3 para la prevalencia de dispareunia en mujeres con histerectomía Total abdominal sin SOB. Se confirma que sí existe una asociación entre dispareunia y la histerectomía, con un factor de riesgo del 18.3.

Dispareunia Correlación en ambos Grupos (Chi cuadrada):

	Grupo A(n=60)		Grupo B(n=60)		Valor GI	p-valor
	Si	No	Si	No		
Dispareunia	34(57%)	26(43%)	4(10.5%)	56(68.3%)	34.6	1 0.00

Como el p- valor de significancia ($p=0.000$), es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula. Conclusión Al 95% de confianza, se concluye que existe relación entre la variable de dispareunia e Histerectomía total abdominal sin SOB.

(Gráfico 4) Dispareunia y edad:



La dispareunia es más frecuente en pacientes de 45 años con HTA

Y menos frecuente a la edad de 37 años.

Distribución de las patologías Benignas por Grupo:

	Grupo A	Grupo B
Miomatosis Uterina	54	42
Hiperplasia Endometrial	3	3
Lesión Intraepitelial de Bajo Grado	1	15
Lesión intraepitelial de Alto Grado	2	0
Total	60	60

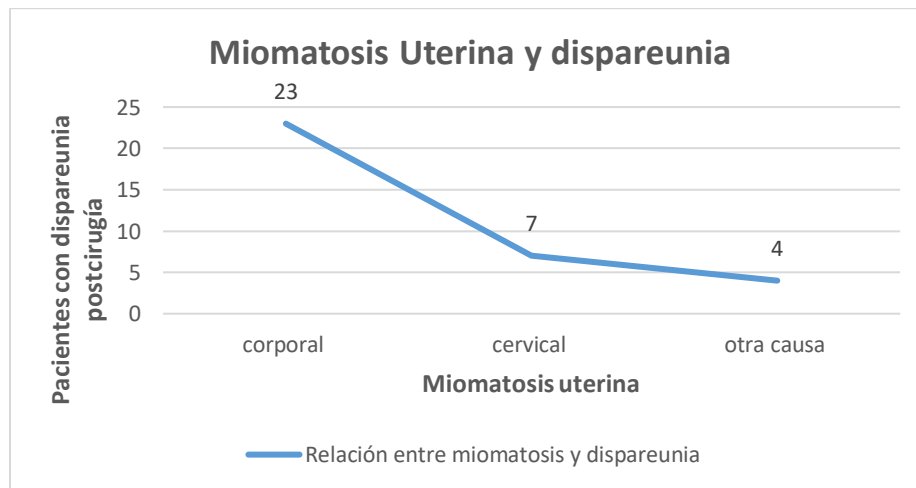
La patología ginecológica más frecuente en ambos grupos fue la miomatosis uterina en un 80% de los casos.

Distribución por Grupo de Miomatosis Uterina y dispareunia:

Tabla 5. Miomatosis y Dispareunia				
Dispareunia	Grupo A (n=60)		Grupo B (n=60)	
	Si	No	Si	No
Corporal	23	24	4	56
Cervical	7	0	0	0
otra patología	4	2	0	0
Total	34	26	4	56

Para la asociación entre miomatosis uterina y dispareunia en ambos grupos se utilizó razón de momios, con un OR de 0.2 (Como es menor a 1 no existe asociación entre ambos).

(Gráfico 5) Prevalencia de dispareunia en mujeres hysterectomizadas:

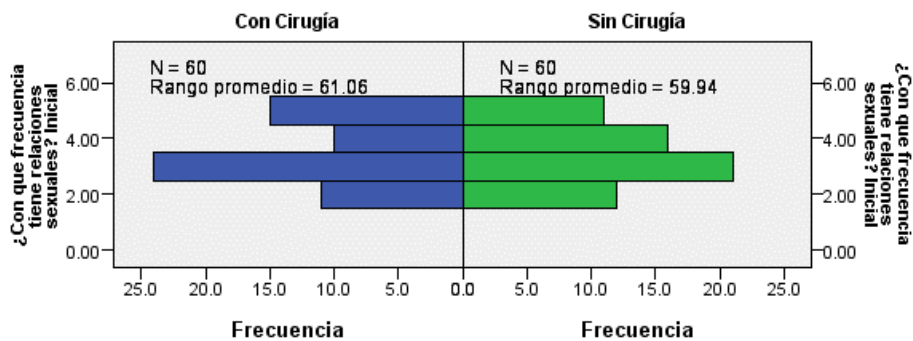


La prevalencia de dispareunia en mujeres hysterectomizadas por miomatosis cervical tiene un OR de 16. Es decir, tiene 16 veces la probabilidad de presentar dispareunia posthisterectomía. Sin embargo, la miomatosis corporal tiene un OR de 0.13 de presentar dispareunia (es decir no existe asociación).

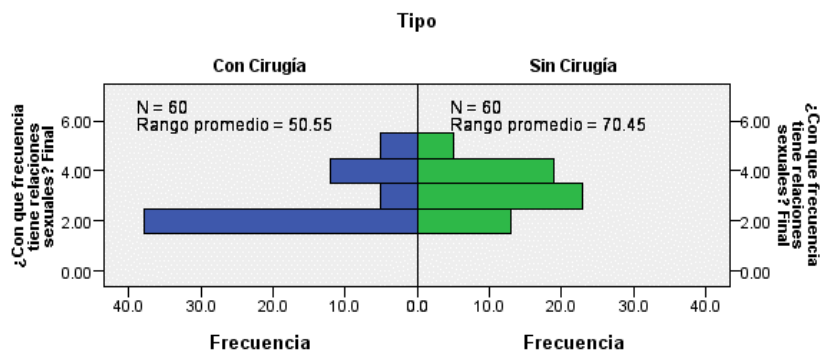
Frecuencia de Actividad Sexual en ambos grupos:

	Pacientes en Vigilancia				Pacientes HTA sin SOB			
	Inicio		6 meses después		Sin Cirugía		Con HTA	
	1 vez al mes	12	20%	13	22%	11	18%	38
2-3 veces al mes	21	35%	23	38%	24	40%	5	8%
Semanal	16	27%	19	32%	10	17%	12	20%
Diario	11	18%	5	8%	15	25%	5	8%
TOTAL	60	100%	60	100%	60	100%	60	100%

(Gráfica 6-A) Inicio No existe Diferencia en la frecuencia sexual (homogéneo)



(Gráfica 6-B) Al final si existe diferencia en la frecuencia de actividad sexual



La Prueba de U de Mann-Whitney para la frecuencia de la actividad sexual tiene una ($p=0.001$) es decir rechaza la hipótesis nula. Se determinó que la frecuencia de actividad sexual disminuyó posterior a la histerectomía Total Abdominal.

Satisfacción Sexual en Ambos Grupos:

	Grupo A(n=60)		Grupo B(n=60)		Valor	gl	p-valor
Ninguno	0	26	0	0	33.4	2	0.00
Leve	27	19	27	30			
Completo	33	15	33	30			

Como el p- valor de significancia ($p=0.000$) es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula. Se concluyó que posterior a la histerectomía total abdominal sin SOB disminuyó la satisfacción sexual a nula en la mayoría de los casos.

Orgasmo Sexual en Ambos Grupos:

	Grupo A(n=60)		Grupo B(n=60)		Valor	gl	p-valor
Nunca	5	34	8	9	33.6	2	0.00
A veces	36	18	31	29			
Siempre	19	8	21	22			

Como el p- valor de significancia ($p=0.000$), se rechaza la hipótesis nula. Se determinó que la disminución del orgasmo es dependiente a la histerectomía total abdominal sin SOB.

Lubricación Vaginal en Ambos Grupos:

Tabla 9. Variable Lubricación Vaginal						
	Grupo A(n=60)		Grupo B(n=60)		Valor gl	p-valor
Mínima	0	20	0	0	47.8 2	0.00
Moderada	18	33	12	19		
Abundante	42	7	48	41		

La prueba de Chi cuadrada con un valor de significancia de 0.00 que es menor de 0.05 se determina que la disminución de Lubricación vaginal a mínima es dependiente de la cirugía.

Nivel de Excitación Sexual en Ambos Grupos:

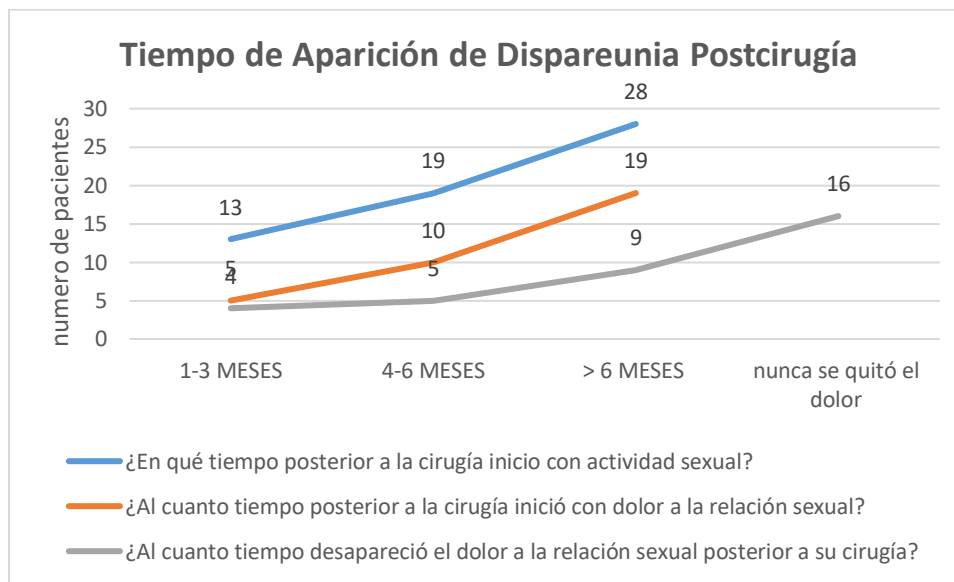
Tabla 10. Variable Excitación Sexual						
	Grupo A(n=60)		Grupo B(n=60)		Valor gl	p-valor
Bajo	0	20	0	0	29.8 2	0.00
Moderado	19	28	20	27		
Alto	41	12	40	33		

Resultado: Los parámetros NO son independientes. Es decir, existe dependencia entre el Bajo nivel de excitación posterior a la Histerectomía Total Abdominal.

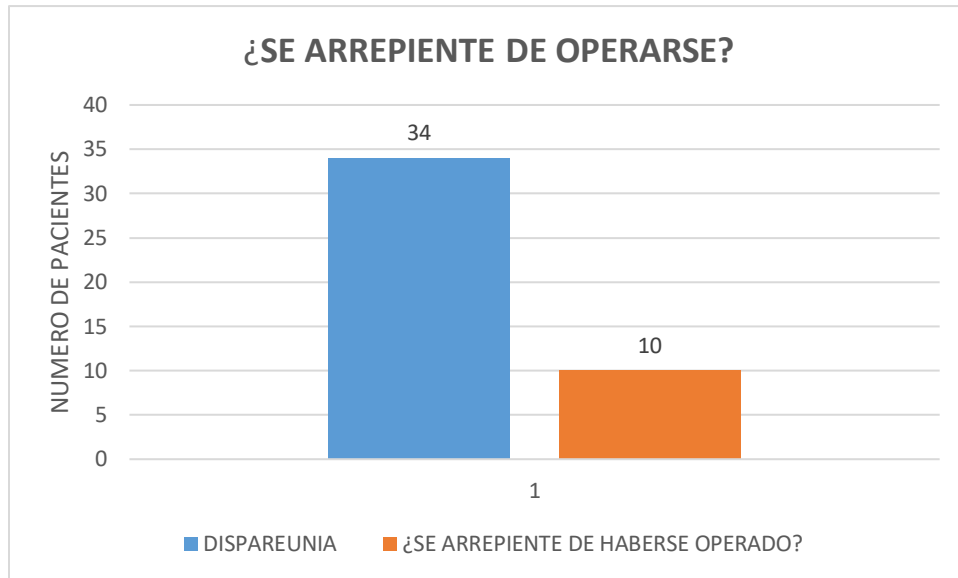
Deseo y Satisfacción Sexual en Ambos Grupos:

Tabla 11. Variable Deseo Y Satisfacción Sexual							
	Grupo A(n=60)		Grupo B(n=60)		Valor	gl	p-valor
Deseo	0	20	0	0	32.2	3	0.00
Nada	20	25	0	1			
Poco	22	16	16	17			
Medianamente	14	14	30	27			
Mucho	4	5	14	15			
Satisfacción	0	25	0	1	31.3	3	0.00

Resultado: La cirugía afecta el deseo y satisfacción sexual



(Gráfica 7) El 52% de las pacientes con histerectomía total abdominal sin SOB tendrá resolución de la dispareunia en un tiempo mayor de 6 meses. Sin embargo, el 48% de las pacientes continuará con dispareunia.



(Gráfica 8) A pesar de la dispareunia posterior a la cirugía, Sólo el 29.4% se arrepiente de haberse operado.

8. DISCUSION

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alternativa general donde se establece que existe una relación de dependencia entre la dispareunia y la histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía en las pacientes de 35 a 45 años del ISSSTEP.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Doğanay, M., Kokanali, O. S. (2019), quien señala que la histerectomía causa dispareunia y disfunción sexual en general. Ello es acorde con lo que en este estudio se halla.

Mientras Bendezu Prado, K. E. (2020) agrega que este riesgo posthisterectomía es en mujeres desde los 30 años. Además, Doğanay, M., Kokanali, O. S. (2019) menciona que el añadir salpingooforectomía bilateral premenopáusica ocasiona mayor complicación de la dispareunia, disminución de la libido y orgasmo que la histerectomía sola. Y Portela, E. S., & González, M. S. (2015) refiere que la histerectomía vaginal ocasiona mayores problemas sexuales a comparación que la histerectomía abdominal.

Por el contrario, en lo que no concuerda este estudio con Fernández, L. I., & González, M. S. (2020) quien refiere que tras la histerectomía se produce una mejora en la función sexual.

9. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la Histerectomía Total Abdominal sin salpingooforectomía es factor de riesgo para dispareunia en mujeres de 35 a 45 años
2. Se identificó que la patología ginecológica más frecuente en ambos grupos fue la Miomatosis Uterina en un 80% de los casos.
3. Se identificó que la causa más frecuente de histerectomía total abdominal fue por miomatosis uterina, con un OR de 7.3 para miomatosis cervical. Es decir, la histerectomía por miomatosis uterina cervical tiene 7.3 veces más probabilidad de presentar dispareunia en la posthisterectomía.
4. La razón de momios para la prevalencia de dispareunia en mujeres que se realizaron histerectomía total abdominal sin SOB fue de un 18.3 factor de riesgo.
5. Se identificó que la histerectomía Total Abdominal está altamente relacionada con dispareunia de Tipo profundo.
6. Se determinó la estimación del dolor durante la relación sexual mediante la escala de EVA como dispareunia leve en ambos grupos.
7. Sí existe una disminución de satisfacción sexual, orgasmo, lubricación vaginal, excitación y deseo sexual posterior a la Histerectomía Total Abdominal sin salpingooforectomía.
8. Se identificó que el tiempo de aparición de la dispareunia posterior a la cirugía fue de predominio inmediato (1-3 meses)
9. Se determinó que el tiempo de resolución de la dispareunia posterior a la cirugía fue menor a 6 meses y posterior a éste tiempo se continuó con dispareunia en un 48% de los casos.

10. REFERENCIAS

1. Portela, E. S., & González, M. S. (2015). Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia*, 42(1), 25-32.
2. Doğanay, M., Kokanalı, D., Kokanalı, M. K., Cavkaytar, S., O. S. (2019). Comparison of female sexual function in women who underwent abdominal or vaginal hysterectomy with or without bilateral salpingo-oophorectomy. 48(1), 29-32.
3. Bendezu Prado, K. E. (2020). Histerectomía como factor de riesgo para disfunción sexual en mujeres del Hospital Belén de Trujillo-Perú
4. L. I., & González, M. S. (2020). Vida sexual tras histerectomía por motivos benignos. Una revisión sistemática. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 47(2), 78-88.
5. Schvartzman, R., Schvartzman, L., Francisco Ferreira, C., Vettorazzi, J., Bertotto, A., & Celeste Osório Wender, M. (2019). Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1–31.
6. Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª edición. EE.UU.: American Psychiatric Press. 2013.
7. Parra C. y cols. Función sexual tras 9 meses de una histerectomía: Comparación de resultados del cuestionario de salud sexual FSM versus percepción subjetiva de la mujer. Editorial área de innovación y desarrollo; 2017, 80.
8. Mitchell KR, Geary R, Graham CA, et al. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG* 2017; 124:1689-97. 10.1111/1471-0528.14518 28120373

9. Lee, N. M. W., Jakes, A. D., Lloyd, J., & Frodsham, L. C. G. (2018). Dyspareunia. *BMJ*, k2341. doi:10.1136/bmj. k2341
10. Orr N, Wahl K, Joannou A, et al. Deep Dyspareunia: Review of Pathophysiology and Proposed Future Research Priorities. *Sex Med Rev.* 2020;8(1):3-17. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.12.007
11. Yong, Sadownik y Brotto (2015). Yong P.J., Sadownik L., Brotto L.A. Concurrent deep-superficial dyspareunia: prevalence, associations, and outcomes in a multidisciplinary vulvodynia program. *J Sex Med.* 2015; 12:219–227
12. Diccionario académico de la medicina [internet]. Bogotá: Academia nacional de medicina de Colombia. 2013 – [citado 18 de junio del 2018].
13. Hoffman L. y cols. *Williams Ginecología*. 3ra edición. Blengio Pinto J. y cols, traducción. México: Mc Graw Hill; 2017. 1268p.
14. Opinion del Comité ACOG N° 388, reafirmado 2018 Boletín de prácticas de ACOG N° 21. The American College of Obstetricians and gynecologist.
15. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual well-being: a prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003;327(7418):774–8, doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01443610410001685574>.
16. 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.
17. Novo D. Histerectomía Total vs sub total. *Toko Gin – Practica.* 2002; 61 (4): 221 – 232.

18. Patient education [internet]. EEUU: The American College of Obstetricians and gynecologist. 2015 – [citado 18 de junio del 2018].
19. 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.
20. Mann WA, Stovall TG Cirugía ginecológica. Churchill Livingstone. 1996
21. 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).
22. Martínez 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.
23. Solá D. y cols. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006; 71 (5): 364 – 372.
24. Gé P. y cols Histerectomía Total y Subtotal Ginecología y Obstetricia Fertilidad 2015; 43: 533 – 540.
25. Pouwels N. y cols. Cérvix 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.

11. ANEXOS

BIOÉTICA:

El estudio se realizará bajo un consentimiento informado en el cual se incluirá los datos de la paciente, así como el cuestionario de dispareunia. Toda la información obtenida será confidencial y es nuestra responsabilidad resguardar dichos datos, solo serán utilizados para el propósito de este estudio.

FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con afiliación _____, y con diagnóstico de: _____, que actualmente me encuentro solicitando asistencia médica en el HOSPITAL ISSSTEP, por el diagnóstico previamente mencionado, estoy de acuerdo en participar en el estudio:

“DISPAREUNIA EN PACIENTES DE 35-45 AÑOS CON HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SIN SALPINGOOFORRECTOMIA EN EL HOSPITAL ISSSTEP EN EL PERIODO DE FEBRERO 2019- FEBRERO 2020”

En donde como parte de mi tratamiento ya cuento con indicación quirúrgica para histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía y así poder realizar el cuestionario para descartar dispareunia pre y posquirúrgica.

Por lo que autorizo firmando:

En ISSSTEP, Puebla el _____ de _____ del _____.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

VARIABLE	TIPO	ESCALA MEDIDA	INDICADOR	INDICE
Edad	Cuantitativo	Discreta	35- 45 años	Años cumplidos
Histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía	Cualitativo	Nominal	Historia Clínica con registro de HTA sin SOB	1. Si 2. No
Patología ginecológica Benigna	Cualitativo	Nominal	Historia Clínica	1. Miomatosis uterina. 2. Hiperplasia endometrio 3. LEIBG 4. LEIAG
Frecuencia de relaciones sexuales	Cualitativa	ordinal	Cuestionario	1. Nunca 2. 1 vez al mes 3. 2-3 veces al mes 4. Semanal 5. diario
Dolor a la relación sexual	Cualitativa	nominal	Cuestionario	1. Si 2. No
Tipo de dispareunia	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	1.Superficial 2.Profunda

Escala de dolor en la relación sexual	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario	0. Sin dolor 1. Dolor leve 2. Dolor moderado 3. Dolor Severo
Satisfacción sexual	Cualitativa	ordinal	cuestionario	1. Ninguna 2. Leve 3. completo
Orgasmo en la relación sexual	Cualitativa	nominal	cuestionario	1. si 2. no
Lubricación vaginal	Cualitativa	ordinal	cuestionario	1. Nunca 2. A veces 3. siempre
Excitación sexual	Cualitativa	ordinal	cuestionario	1. Nada 2. Poco 3. Medianamente 4. mucho
Deseo sexual	Cualitativa	ordinal	cuestionario	1. Nada 2. Poco 3. Medianamente 4. mucho
Satisfacción sexual	Cualitativa	ordinal	cuestionario	1. Nada 2. Poco 3. Medianamente

				4. mucho
Tiempo de inicio de visa sexual posterior a la histerectomía	Cualitativa	ordinal	cuestionario	1. Antes del mes 2. 1-3 meses 3. 4-6 meses 4. >6 meses
Tiempo que inicio con dispareunia posterior al inicio de actividad sexual	Cualitativa	ordinal	cuestionario	1. Manera inmediata 2. De 1-3 meses 3. >6 meses 4. Nunca sentí dolor
Tiempo en que tardo en desaparecer la dispareunia	Cualitativa	ordinal	Cuestionario	1. 3 meses 2. 6 meses 3. No mejoró 4. Nunca sentí dolor
Sentirse menos mujer posterior a la cirugía	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	1. Si 2. No
Arrepentimiento de haberse operado	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	3. Si 4. No
Mejoría de vida sexual posterior a la cirugía	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	1. Si 2. No 3. Igual

INTERROGATORIO DE DISPAREUNIA EN PACIENTES DE 35-45 AÑOS CON INDICACION QUIRURGICA PARA HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

NUMERO

AFILIACION

EDAD

NOMBRE:

PATOLOGIA BENIGNA: (causa de la histerectomía total abdominal)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Miomatosis uterina | 3. LEIBG (lesión intraepitelial bajo grado) |
| 2. Hiperplasia endometrial | 4. LEIAG (lesión intraepitelial de alto grado) |

	PREVIO A LA CIRUGIA	POSTERIOR A LA CIRUGIA
¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?	1) nunca 2) 1 vez al mes 3) 2-3 veces al mes 4) semanal 5) diario	1) nunca 2) 1 vez al mes 3) 2-3 veces al mes 4) semanal 5) diario
¿Siente dolor al tener una relación sexual?	1)SI 2)NO	1)SI 2)NO
Tipo de dispareunia	1)SUPERFICIAL 2)PROFUNDO 3)NA	1)SUPERFICIAL 2)PROFUNDO 3)NA
¿Cómo describe el dolor que siente durante la relación sexual?	0)SIN DOLOR 1-2) DOLOR LEVE 3-4) DOLOR MODERADO 5-6) DOLOR SEVERO 7-8) DOLOR MUY SEVERO 9-10)DOLOR INSOPORTABLE	0)SIN DOLOR 1-2) DOLOR LEVE 3-4) DOLOR MODERADO 5-6) DOLOR SEVERO 7-8) DOLOR MUY SEVERO 9-10)DOLOR INSOPORTABLE
¿Siente satisfacción sexual al terminar el coito?	1)NINGUNA 2)LEVE 3)COMPLETO	1) NINGUNA 2)LEVE 3)COMPLETO
¿Llega al orgasmo?	1)NUNCA 2)A VECES 3)SIEMPRE	1)NUNCA 2)A VECES 3)SIEMPRE

¿ Tiene buena lubricación vaginal?	1)NUNCA 2)A VECES 3)SIEMPRE	1)NUNCA 2)A VECES 3)SIEMPRE
¿Se excita en las relaciones sexuales?	1)NUNCA 2)A VECES 3)SIEMPRE	1)NUNCA 2)A VECES 3)SIEMPRE
¿Tiene deseo sexual?	1)NADA 2)POCO 3)MEDIANAMENTE 4) MUCHO	1)NADA 2)POCO 3)MEDIANAMENTE 4) MUCHO
¿Está satisfecha con su vida sexual?	1)NADA 2)POCO 3)MEDIANAMENTE 4) MUCHO	1)NADA 2)POCO 3)MEDIANAMENTE 4) MUCHO
En qué tiempo posterior a la cirugía inició con actividad sexual?		1)ANTES DEL MES 2) 1- 3 MESES 3) 4-6 MESES 4) > 6 MESES 5) NO HA INICIADO VIDA SEXUAL
¿Al cuánto tiempo posterior a la cirugía inició con dolor a la relación sexual?		1)MANERA INMEDIATA 2) DE 1-3 MESES 3) 6 MESES O MAS 4) NUNCA SENTÍ DOLOR
¿En qué tiempo desapareció el dolor a la relación sexual?		1) 3 meses 2) 6 meses 3) no mejoró 4) NO APLICA
¿la cirugía le hace sentirse menos mujer?		1)SI 2)NO
¿Se arrepiente de haberse operado?		1)SI 2)NO
¿Siente que posterior a la cirugía mejoró su vida sexual?		1)SI 2)NO 3)IGUAL

