

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

RAFAEL DONAYRE ROJAS



**CALIDAD DE VIDA Y RESPUESTA SEXUAL EN MUJERES POST
HISTERECTOMIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ``FELIPE S.**

ARRIOLA IGLESIAS`` , EN EL AÑO 2016-2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR : DÍAZ CÓRDOVA, DANIEL ALEJANDRO

ASESOR : DR VÁSQUEZ VÁSQUEZ, JAVIER

IQUITOS - PERÚ

2019

TABLA DE CONTENIDO

Índice de contenido

Dedicatoria.....	8	
Agradecimiento.....	9	
RESUMEN	10	
CAPÍTULO I		
1.1 PROBLEMAS Y JUSTIFICACION	13	
1.2 OBJETIVO GENERAL.....	15	
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15	
CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....		16
ANTECEDENTES.....	17	
2.1 RECUENTO ANATÓMICO.....	19	
2.1.1 GENITALES INTERNOS.....	20	
2.1.2 GENITALES EXTERNOS.....	22	
2.1.3 OTRAS ESTRUCTURAS IMPORTANTES.....	23	
2.2 INERVACIÓN DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS.....	23	
2.2.1 INERVACIÓN SOMÁTICA.....	24	
2.2.2 INERVACIÓN VISCERAL.....	25	
2.3 LA HISTERECTOMÍA.....	28	
2.3.1 HISTORIA DE LA HISTERECTOMÍA.....	29	
2.3.2 INCIDENCIA.....	29	
2.3.3 TIPOS DE HISTERECTOMÍA.....	30	
2.3.4 INDICACIONES PARA LA HISTERECTOMÍA.....	31	
2.3.5 ELECCIÓN DEL TIPO DE HISTERECTOMÍA.....	31	
2.4 LA RESPUESTA SEXUAL.....	32	
2.4.1 ZONAS QUE INTERVIENEN EN LA RESPUESTA SEXUAL.....	34	
2.4.2 EVENTOS EN CADA FASE		

DE LA RESPUESTA SEXUAL.....	36
2.4.3 FISIOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL.....	39
2.5 LA DISFUNCIÓN SEXUAL.....	41
2.5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	41
2.5.1.1 TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL.....	41
2.5.1.2 TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL.....	41
2.5.1.3 TRASTORNOS DEL ORGASMO.....	42
2.5.1.4 TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR.....	42
2.5.2 SUBTIPOS DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL.....	42
2.6 HISTERECTOMÍA Y DISFUNCIÓN SEXUAL.....	43
2.7 CALIDAD DE VIDA.....	45
CAPÍTULO III. MÉTODOS.....	46
3.1 HIPÓTESIS.....	47
3.2 METODOLOGÍA.....	48
3.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48
3.2.2 MUESTRA.....	51
3.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	52
3.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	52
3.2.5 TIPO DE ESTUDIO.....	53
3.2.6 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	54
ASPECTOS ETICOS	57
CAPÍTULO IV.....	59
RESULTADOS.....	60
DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES.....	90
RECOMENDACIONES.....	92

BIBLIOGRAFÍA ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad.....	60
Tabla 2. Instrucción.....	61
Tabla 3. Tipo de Histerectomía.....	62
Tabla 4. Vía de Abordaje.....	63
Tabla 5. Calidad de Vida Sexual pre histerectomía	64
Tabla 6. Calidad de vida sexual post histerectomía	65
Tabla 7. Análisis de las puntuaciones obtenidas en el test FSFI.....	66
Tabla 8. Calidad de vida sexual pre quirúrgica en los controles.....	67
Tabla 9. Calidad de vida sexual post quirúrgica en los controles.....	68
Tabla 10. Chi2 edad vs calidad de vida sexual post histerectomía	69
Tabla 11. Tabla de cruce variables edad vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	69
Tabla 12. Chi2 instrucción vs calidad de vida sexual post histerectomía	70
Tabla 13. Tabla de cruce variables instrucción vs calidad de vida sexual post histerectomía	71
Tabla 14. Chi2 tipo de histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía	72
Tabla 15. Tabla de cruce variables tipo de histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía	73
Tabla 16. Chi2 vía de abordaje vs calidad de vida sexual post histerectomía	74

Tabla 17. Tabla de cruce variables vía de abordaje vs calidad de vida sexual post histerectomía	75
Tabla 18. Chi2 calidad de vida sexual pre histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía	77
Tabla 19. Tabla de cruce variables calidad de vida sexual pre histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.....	77
Tabla 20. Salud general.....	79
Tabla 21. Función física	80
Tabla 22. Rol físico	81
Tabla 23. Dolor corporal	82
Tabla 24. Salud mental.....	83
Tabla 25. Energía y vitalidad.....	84
Tabla 26. Función social	85
Tabla 27 Rol emocional	86
Tabla 28. Calidad de vida	87

LISTA DE FIGURAS

GRÁFICO N1. Edad.....	60
GRÁFICO N2. Instrucción.	61
GRÁFICO N3. Tipo de Histerectomía.....	62
GRÁFICO N4. Tipo de Abordaje.....	63
GRÁFICO N5. Calidad de vida sexual pre histerectomía	64
GRÁFICO N6. Calidad de vida sexual post histerectomía.....	65
GRÁFICO N7. Puntuación media obtenida en cada categoría en el test FSFI.....	67
GRÁFICO N8. Calidad de vida sexual post cirugía (controles)	68
GRÁFICO N9. Disfunción sexual en casos vs controles	68
GRÁFICO N10. Disfunción sexual por edades	70
GRÁFICO N11. Disfunción sexual según Instrucción.....	72
GRÁFICO N12. Disfunción sexual según tipo de histerectomía.....	74
GRÁFICO N213. Disfunción sexual según abordaje quirúrgico.....	75
GRÁFICO N 14. Disfunción sexual según calidad de vida sexual pre histerectomía....	78

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder concluir mi carrera profesional. En especial a mi madre **Victoria Cordova Cohelo** por ser la que siempre estuvo conmigo en todo momento, brindándome su amor y cariño, siempre aconsejándome y diciéndome que debo seguir luchando por mis sueños y mis metas.

Dedico también a mi asesor por la guía y la orientación prestada para así poder lograr culminar la tesis.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida con la bella oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que más amo.

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional y por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar en mí y en mis expectativas, en especial gracias a mi madre por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona y es gracias a ella que llegue a culminar con mi carrera profesional.

Gracias a mi universidad por permitir convertirme en ser una profesional en lo que tanto me apasiona y por permitirme tener tan buena experiencia dentro de ella, gracias a cada maestro que hizo parte de este proceso integral de formación, y como recuerdo esta tesis, que perdurara dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones que están por llegar.

Agradezco a mi asesor y todos los que me apoyaron para poder llegar a concluir con mi tesis, gracias por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Miembros del Jurado y Asesores



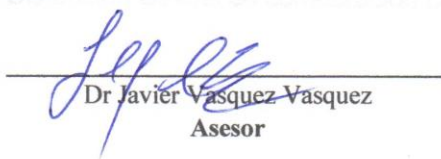
Dr. Beder Camacho Flores
Presidente



MSc. Tania Iay Rios
Miembro



Mr. Renzo Ygor Paima
Miembro



Dr. Javier Vasquez Vasquez
Asesor



UNAP

Facultad de Medicina Humana
"Rafael Donayre Rojas"
Secretaría Académica

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, a los **veinte** días del mes de **febrero** del **dos mil diecinueve**, siendo las **12:00 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 363-2018-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Dr. Beder Camacho Flores	Presidente
MSc. Tania Lay Ríos	Miembro
MC. Renzo Ygor Paima Ríos	Miembro
Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez	Asesor


Se constituyeron en las instalaciones del Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulado: **"Calidad de vida y respuesta sexual en mujeres post hysterectomizadas del hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias", en el año 2016 - 2017"**, del bachiller en Medicina Humana **Daniel Alejandro Díaz Córdova**, para optar el **título profesional de Médico Cirujano**, que otorga la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la UNAP.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma *Satisfactoria*.....

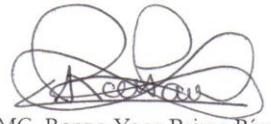
El jurado llegó a la siguiente conclusión:

La tesis ha sido *aprobada por mayoría*.....

Siendo las *13:00 hrs.*..... se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole al sustentante por su *exposición*.....


Dr. Beder Camacho Flores
Presidente


MSc. Tania Lay Ríos
Miembro


MC. Renzo Ygor Paima Ríos
Miembro

Av. Colonial S/N- Puchana-Moronillo- Telefax: (065) 25-1780
Email: medicina@unapitquitos.edu.pe
Iquitos - Perú

RESUMEN

Introducción: Este procedimiento es la 2da cirugía gineco-obstétrica más realizada a nivel mundial. Pretendemos analizar la relación entre disfunción sexual e histerectomía. **Métodos:** Se aplicó un estudio de casos y controles, transversal, analítico en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto para evaluar la función sexual y su calidad de vida de pacientes que fueron sometidas a Histerectomía por patología benigna en el año 2016 y 2017. La evaluación de la función sexual se evaluó con el Índice de Función Sexual Femenina, instrumento que es usado a nivel mundial y por los Consensos y Asociaciones de Ginecología es el más recomendado. Se aplicó el test a 66 casos y se comparó frente a los resultados de la misma encuesta en 88 controles de la misma manera se aplicó la encuesta de SF 12v2. **Resultados:** En este estudio no hubo diferencia significativa en la función sexual de las mujeres sin o con Histerectomía ($p = >0,905$). Mucho menos existió diferencia entre las mujeres con o sin disfunción sexual en relación con la instrucción, edad, tipo de Histerectomía, abordaje. **Conclusiones:** las que inciden con mayor frecuencia son las variables en las mujeres que padecen disfunción sexual luego de haber sido histerectomizadas las que enmarcan lo personal tampoco se vio afectada la calidad de vida. Las pacientes post-histerectomizadas sin embargo tuvieron una mayor prevalencia de Disfunción Sexual en comparación con los controles.

SUMMARY

Introduction: This procedure is the 2nd most obstetric-gynecological surgery performed worldwide. We intend to analyze the relationship between sexual dysfunction and hysterectomy. Methods: A cross-sectional, analytical case-control study was applied in patients of the gynecology service of the Regional Hospital of Loreto to evaluate the sexual function and quality of life of patients who underwent Hysterectomy for benign pathology in 2016 and 2017. The evaluation of sexual function was evaluated with the Feminine Sexual Function Index, an instrument that is used worldwide and by the Consensus and Association of Gynecology is the most recommended. The test was applied to 66 cases and compared to the results of the same survey in 88 controls in the same way the survey of SF 12v2 was applied. Results: In this study there was no significant difference in the sexual function of women without or with Hysterectomy ($p \Rightarrow 0.905$). Much less difference between women with or without sexual dysfunction in relation to education, age, type of Hysterectomy, approach. Conclusions: those that most frequently affect are the variables in women who suffer sexual dysfunction after having been hysterectomized, those that frame the personal nor the quality of life was affected. Post-hysterectomized patients however had a higher prevalence of Sexual Dysfunction compared to controls

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1) Descripción de la situación problemática

El impacto que causa el procedimiento de histerectomía sobre el mejoramiento de vida y función sexual en las mujeres genera hasta la actualidad gran preocupación y ansiedad de las mismas. En diferentes estudios realizados con anterioridad, se considera una deficiencia en su asistencia médica la falta de información acerca de las posibles consecuencias sobre su mejoramiento de vida y función sexual que trae consigo éste procedimiento, se agrega un gran impacto psicológico y afectándola físicamente. En muchos estudios, el porcentaje de empeoramiento respecto a la calidad de vida y respuesta sexual secundario a una histerectomía aún no se ha especificado. Hay que tener en cuenta que existen otros factores que pudiesen intervenir en estas cifras como son la imagen corporal, la relación de pareja, las relaciones familiares y sociales, el estatus socioeconómico, la educación, los tratamientos, expectativas culturales entre otros. Dado lo anterior, es difícil predecir como las pacientes van a responder a la cirugía. A pesar de la gran importancia de este asunto, la literatura es contradictoria, no se realiza un proceso correcto y confiable de la recolección de datos, porque utilizan cuestionarios de calidad de vida y respuesta sexual no validados o porque simplemente no utilizan cuestionarios. Con el fin de realizar un estudio con cuestionarios validados en nuestro país, con nuestras pacientes y teniendo en cuenta lo comentado en los párrafos anteriores, para intentar aportar a esta situación, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la calidad de vida y respuesta sexual en pacientes histerectomizadas del servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo comprendido 2016-2017?

1.1) Justificación

1.2.1) Importancia

Finalmente, teniendo en cuenta la controversia y las cifras que asocian a la mal desempeño de vida y disfunción sexual posterior al procedimiento de histerectomía, es de gran importancia la realización de nuevos estudios de investigación que intenten resolver dichas dudas, obteniendo así mejores resultados basados en una mejora del asesoramiento de posteriores pacientes que serán sometidas a una histerectomía. Por otro lado, son pocos los estudios a nivel nacional y siendo más selectivos a nivel regional los que tratan este asunto. El presente trabajo de investigación nos determinará una cifra exacta de ésta asociación basada en cuestionario validados y nos permitirá comparar el antes y después de nuestras variables. Adicionalmente, nuestro estudio a de tener un valor teórico en el contexto de la investigación trasnacional, porque quedará documentado para próximos estudios que quieran profundizar sobre éste tema, favoreciendo un mejor conocimiento y ser fuente de referencia para futuras investigaciones

1.2.2) Viabilidad

Nuestro presente trabajo de investigación conto con todos los recursos necesarios, humanos y financieros para su realización. Nuestra población de estudio fue muy factible, el uso de un sistema estricto de selección y el tiempo en el que se llevó a cabo nos dieron resultados confiables.

1.2) Limitaciones

Relacionadas con la selección de historias clínicas y aplicación de los cuestionarios.

1.2) Objetivos

1.4.1) Objetivo General

- ✓ Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y respuesta sexual con pacientes post histectomizadas del servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo comprendido 2016-2017

1.4.2) Objetivos Específicos

- ✓ Determinar las características sociodemográficas de nuestra población de estudio.
- ✓ Determinar la prevalencia de la disfunción sexual en el grupo de casos (mujeres sometidas a histerectomía).
- ✓ Identificar las modificaciones en la respuesta sexual respecto al procedimiento de histerectomía (antes y después del procedimiento), mediante nuestro cuestionario aplicado.
- ✓ Analizar el impacto en la calidad de vida de nuestras pacientes respecto al procedimiento de histerectomía (antes y después), mediante nuestro cuestionario aplicado.
- ✓ Reconocer que otros condicionantes influyen en que haya cambios en la calidad de vida tras la histerectomía.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1) Antecedentes Mundiales y Nacionales

Xang X et al (China 2018), realizaron un estudio retrospectivo entre 2007 y 2012 con el objetivo de determinar la morbilidad de disfunción sexual en mujeres sometidas a histerectomía radical previamente. El estudio estuvo conformado por 136 mujeres, las cuales fueron evaluadas con el IFSF (Índice de Frecuencia Sexual Femenina). Se obtuvo como resultados que las tasas de disfunción sexual pre operatoria y post operatoria al 1 y 2 años fueron de 50,5%, 86,9% y 92,3 % respectivamente. Y dentro de ellos en el análisis de regresión multivariable reveló que la edad, el ovario en conservación, la longitud conservada de la vagina posterior y el estadio pre operatorio eran factores de riesgo asociados con la disfunción sexual (28).

Shorupska K et al (Polonia 2016), realizaron un estudio retrospectivo con datos del 2011-2014 con la finalidad de evaluar la calidad de vida y función sexual en 402 mujeres sometidas a procedimientos de histerectomía por causas benignas. El instrumento que se utilizó fue el IFSF (Índice de Frecuencia Sexual Femenina). Las puntuaciones post operatorias SF-12v2 e IFSF fueron significativamente mucho más altas ($p < 0,05$) en el grupo de histerectomía supracervical laparoscópica en comparación con otros grupos. Se finaliza que la calidad de vida y función sexual después de la histerectomía supracervical laparoscópica son mejores que en otros grupos sometidos (4).

Mario Martínez R. et al (Mexico 2014), Se realizó un estudio, retrospectivo, analítico y longitudinal en los pacientes del servicio de ginecología del Instituto Nacional de Perinatología. Se evaluó la función sexual se realizó de forma preoperatoria y ocho meses después del evento, Para valorar la función sexual de las pacientes se utilizó dos instrumentos: el índice de función sexual femenina y la historia clínica codificada femenina. No se llegó a encontrar diferencia significativa en la función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía ($z = -1,603$; $p > 0,109$). Se concluye que la función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía no se ve afectada

por la histerectomía laparoscópica total ó la histerectomía subtotal laparoscópica.(33)

Correa JR et al (Colombia 2015), se realizo un estudio de cohortes prospectivo, con el objetivo de identificar cambios en el mejoramiento de vida y función sexual de mujeres sin prolapso vaginal con condiciones benignas. Se incluyeron un total de 56 mujeres, de las cuales fueron evaluadas por IFSF a los 3 y 5 meses pos quirúrgico y separadas en dos grupos, grupo de histerectomía vía vaginal y vía abdominal. Los puntajes obtenidos fueron 49,5 y 43,8 respectivamente. Concluyéndose que si se encontraron diferencias significativas entre las variables de estudio, a pesar de que el puntaje alcanzado no es clínicamente significativo $p < 0,05$ (2).

José Ochoa Manrique et al (Perú 2013), Se realizó un estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron mujeres sin prolapso vaginal pero con condiciones benignas, sin adherencias, con útero menor de 900 cc, que fueran susceptibles de ser intervenidas tanto por vía abdominal como vaginal en una clínica privada de Lima, Perú. Evaluación del mejoramiento de vida con la escala SF-12 antes, a los 3 y 5 meses postquirúrgico y de la sexualidad con la escala Índice de Función Sexual Femenina, antes y a los 4 meses postoperatorio. se incluyeron 34 mujeres en el grupo de histerectomía vaginal y 23 en el grupo de histerectomía abdominal, con características parecidas antes de la cirugía. Los 2 grupos mejoraron en calidad de vida y en satisfacción sexual posterior al procedimiento. Aunque si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el mejoramiento de vida, el puntaje alcanzado no fue clínicamente significativo.(33)

2.2) Bases teóricas

RECUENTO BREVE DE LA ANATOMÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

GENITALES INTERNOS

Útero

El **útero**, es el órgano de la gestación y por lo tanto el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino de la mayoría de los mamíferos, incluyendo los humanos. Es un órgano hueco, muscular, infraperitoneal, en forma de pera, situado en la pelvis menor de la mujer que, cuando adopta la posición en anteversión, se apoya sobre la vejiga urinaria por delante, estando el recto por detrás.. (34)

Trompas de Falopio

Son dos tubos delgados que parten del útero hasta el ovario de cada uno de los lados de la vagina. Llevan los ovocitos que se producen durante el ciclo menstrual hasta la cavidad uterina, y sirven también de camino para los espermatozoides que puedan fecundar al ovocito.

Ovarios

Son las glándulas sexuales femeninas. La mujer porta dos **ovarios**, que se ubican en la parte baja del abdomen, son de forma y del tamaño de una almendra y están situados a ambos lados del útero. (34)

Vagina

Es un conducto membranoso del aparato reproductor de las mujeres, que se extiende desde la vulva hasta el útero. (35)

GENITALES EXTERNOS: Monte De Venus

Es un sector de tejido graso blando que se ubica sobre la pelvis, que se cubre de vello a partir de la pubertad. Sirve para proteger a los genitales internos y también amortiguar el contacto entre el hombre y la mujer, durante el coito. Irrigación: Arteria pudenda externa.

Labios Mayores

Son dos pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se van por abajo y hacia atrás desde el monte del pubis.(35)

Labios Menores

Son los que se encargan de proteger la entrada de la vagina y de la uretra. Su cuidado es fundamental para disfrutar de una buena salud tanto sexual como reproductiva y eso incluye una correcta higiene íntima y unas revisiones ginecológicas regulares.

Clítoris

Es un órgano del aparato genital femenino. Su función conocida es la de proporcionar placer sexual a la mujer. Su punta o *glándula* se presenta en la parte superior de la vulva, pero se extiende por el interior de los labios mayores, del perineo y rodea el tercio inferior de la vagina. (35)

INERVACIÓN DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

Es dada por el sistema nervioso somático y el sistema nervioso visceral. Es decir por las dos divisiones del Sistema Nervioso Periférico

LA HISTERECTOMÍA

Etimológicamente, histerectomía se va a formar de dos raíces griegas: histeros (útero) y ectomía (extirpación).

Histerectomía, Esta definida por el Instituto Nacional del Cáncer como la extirpación del útero ya sea solo o con otros órganos y tejidos, mediante un procedimiento quirúrgico (1), es una de las cirugías más realizadas en la ginecología y que aproximadamente en el 90% de los casos son realizadas por causas benignas (2), como última alternativa frente a un episodio donde está comprometida totalmente la vida de la paciente; de ésta nace el término de Histerectomía obstétrica (3).

La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más común realizada en el mundo, sus cifras son altas (4). En Estados Unidos se realizan más de 700 mil procedimientos por año (7). En China la tasa de incidencia es de 350 mil procedimientos hechos anualmente (5), mientras que en Francia alrededor de 605mil (8) y en Polonia por encima de los 45 mil procedimientos por cada año (4). Sin embargo, recientes reportes, dan a conocer que en las últimas fechas las cifras de histerectomía han descendido considerablemente en Nueva Zelanda, Australia, México, USA y Canadá, yendo entre 1,5-6,5 procedimientos por cada mil mujeres (4). Con respecto a la prevalencia, sus tasas son menores en países de bajos recursos como los de África, mientras que en países de Latinoamérica y potencias económicas supera el 20% (6,15). Se han asociado con la demografía de las mujeres características como raza, educación, nivel socioeconómico y seguro social, capacitación y ubicación geográfica (6). Con todo lo anterior, hoy en día la histerectomía sigue siendo uno de los pilares terapéuticos frente a estados donde está comprometida la vida de la paciente.

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

- Histerectomía Subtotal: Se remueve solo el útero.
- Histerectomía Total: Se remueve útero y cérvix dejando de esta manera trompas y ovarios.

- Histerectomía Radical: se remueve por completo de útero, ovarios ,cérvix, trompas, parametrios, porción superior de la vagina y ganglios linfáticos.

Según el abordaje:

- Histerectomía Abdominal
- Histerectomía Vaginal
- Histerectomía Laparoscópica

LA RESPUESTA SEXUAL

La Respuesta Sexual, esta dado en la función sexual, ésta es definida por la OMS como la realización plena, dificultad o imposibilidad de la persona de participar en las relaciones sexuales independientemente de cómo lo desea uno mismo(20,23). Entonces, la función sexual como dimensión de la calidad de vida en sí misma es uno de los temas o puntos difíciles de evaluar (26). Para poder entender mejor esto, la ACOG y la OMS recomiendan como herramienta de evaluación al Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) (24), cuyo valor menor a 26,5 pts se considera disfunción sexual (16,21,22,). Existen factores que afectan a la función sexual, que son: enfermedades y/o trastornos crónicos adyacentes, tratamientos médicos agregados, menopausia, edad, alteración del suelo pélvico (16). Actualmente existe mucha controversia en cómo el procedimiento de histerectomía influye en la respuesta sexual de la mujer. Un estudio aplicado en Europa realizado en el año 2010 da a conocer que entre un 43-56% de mujeres informan disminución de la respuesta sexual secundario a una histerectomía, éstas cifras no son aceptadas en los Estados Unidos (7,25).

Actualmente para poder entender mejor la respuesta sexual, tenemos que saber sobre los postulados de Kaplan, quien da a conocer las fases de la respuesta sexual, y cómo cada una de ellas son influenciadas por la histerectomía (19).

Este último fenómeno, unido a la formación de la plataforma orgásmica, confiere a la vagina una forma de botella invertida, lo que facilita la retención del semen que se depositará en ella. (45)

LA DISFUNCIÓN SEXUAL

Se llama disfunción sexual a la dificultad durante cualquiera de las etapas del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual. Las causas de las disfunciones sexuales pueden ser físicas, psicológicas o ambas.

La OMS (1992) la definió como la imposibilidad o dificultad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea. (47)

La Calidad de vida (CdV)

Es definida por la Organización Mundial de la Salud como la percepción que la persona tiene sobre su propia vida dentro del sistema de valores y el contexto cultural en el que se encuentran con respecto a sus expectativas, propósitos, preocupaciones y expectativas (17). En la actualidad, no hay una forma directa de medir la calidad de vida, sin embargo, la OMS acepta y recomienda el uso del Cuestionario de Salud (SF-12v2) como una herramienta útil para determinar esta relación a un procedimiento quirúrgico (16,18). Éste cuestionario cuenta de 12 preguntas, que produce un perfil de 8 dominios sobre el bienestar y la salud, así como dos medidas resumen sobre salud física y mental llamadas Physical Component Summary and Mental Component Summary, siendo un valor de mayor o igual a 45 pts lo que representa una buena calidad de vida (16,18). La calidad de vida es un tema amplio y hablar de respuesta sexual como inclusión dentro de la anterior, es aún más complejo, (19,27).

CAPITULO III

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1) Formulación de la hipótesis

Ho: No existe relación entre la calidad de vida y respuesta sexual con la post histerectomía en mujeres del servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2 016-2 017.

H1: Existe relación entre la calidad de vida y respuesta sexual con la post histerectomía en mujeres del servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2 016-2 017.

3.2) Variables y su operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y Escala	Indicador e Índice
Variable Independiente				
HISTERECTOMIA	Extirpación del útero ya sea solo o con otros órganos y tejidos a través de un procedimiento quirúrgico	Histerectomía total Histerectomía subtotal No (pacientes de control)	Abordaje	Cualitativa Nominal dicotómica SI/NO
			Abdominal Vaginal Laparoscópica Otra cirugía (pacientes control)	
VARIABLES DEPENDIENTES				
CALIDAD DE VIDA	Percepción que la persona tiene sobre su propia vida dentro del sistema de valores y el contexto cultural en el que se encuentran con respecto a sus propósitos, expectativas y preocupaciones.	Operacionalizada por cuestionario de Calidad de vida SF-12v2	Cualitativa Nominal dicotómica	Encuesta SI/NO

<p>RESPUESTA SEXUAL</p>	<p>Basada en la función sexual. Es definida por la OMS como la realización plena, dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales independientemente de cómo lo desea</p>	<p>Operacionalizada por el IFSF con punto de corte 26,5pts</p>	<p>Cualitativa Nominal dicotómica</p>	<p>Encuesta SI/NO</p>
------------------------------------	---	--	---	--------------------------------

VARIABLE DE CARACTERIZACION

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Intervalos en años.	35-40 años 41-45 años 46-50 años 51-55 años	Numérica de razón. Variable de caracterización.
Instrucción	Niveles de estudio.	Primaria Secundaria Superior	Categórica ordinal. Variable de caracterización.
Deseo	Deseo sexual que experimenta la paciente.	Con disfunción sexual Sin disfunción sexual	Numérica.
Excitación	Excitación que experimenta la paciente.	-----	Numérica.
Lubricación	Lubricación de la paciente en el acto sexual.	-----	Numérica.
Orgasmo	Orgasmos durante el acto sexual.	-----	Numérica.
Satisfacción	Satisfacción de la paciente con su vida sexual.	-----	Numérica.
Dolor	Dolor durante la actividad sexual.	-----	Numérica.

4) METODOLOGÍA

4.1) Diseño metodológico

- Según la intervención del investigador es un estudio Observacional.
- Según el alcance que tienen de demostrar una relación causal es Analítico.
- Según el número de mediciones en el tiempo es Transversal.
- Según la planificación de la toma de datos es retrospectivo.

4.2) Diseño muestral

- ✓ **Población Diana:** Pacientes mujeres atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto que fueron en total 98 pacientes.
- ✓ **Población de estudio:** Pacientes mujeres atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2 016-2 017 que cumplen con los criterios de selección el cual fueron 66 pacientes.

4.3) Criterios de Selección

a) Criterios de Inclusión

- ✓ Mujeres entre 30 - 60 años.
- ✓ Indicación de histerectomía por patología benigna (no se considerará displasia intraepitelial cervical de alto grado).
- ✓ Mujeres sexualmente activas.
- ✓ Mujeres que entiendan y hablen el español correctamente.
- ✓ Pacientes post operadas de histerectomía total y parcial.

b) Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres por fuera del rango de edad especificada.
- ✓ Pacientes con enfermedad maligna concomitante.
- ✓ Mujeres no sexualmente activas.
- ✓ Mujeres que presenten enfermedades psiquiátricas.
- ✓ Mujeres con alteración del suelo pélvico.
- ✓ Pacientes post operadas de histerectomía radical

Por un método aleatorio simple se escogió los controles mujeres bajo los mismos criterios pero que conserven su útero y hayan sido sometidas a otro tipo de cirugía no ginecológica el cual fueron 88 pacientes.

4.4) Muestra y muestreo

UNIDAD DE ANÁLISIS

Hojas de recolección de datos (ANEXO 1)

Test de Función Sexual Femenina y Cuestionario de Salud.

UNIDAD DE MUESTREO

Pacientes mujeres que fueron atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2 016-2 017 que cumplen con los criterios de selección el cual fueron 66 pacientes.

4.5) TAMAÑO MUESTRAL

Por tratarse de un estudio analítico, de casos y controles vamos a necesitar a toda la población accesible (pacientes mujeres que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2 016-2 017) y usar de base de datos para hallar el tamaño muestral mediante el uso de la fórmula de muestreo aleatorio simple (ANEXO 2). Todos éstos pacientes cumplen con los criterios de selección especificados con anterioridad.

Tipo de muestreo: Aleatorio simple

4.6) Procedimientos de recolección de datos

1. Se solicitó la autorización de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana para ejecutar el proyecto, así como también al director del Hospital Regional de Loreto para tener acceso al sistema de archivo del servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto. (ANEXO 3)

2. Se ingresó al Sistema Informático de Registro de Historias Clínicas en donde se tomó en cuenta los números de las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el servicio de ginecología durante el periodo enero 2016 hasta diciembre 2017.
3. De ellos se halló el tamaño muestral mediante el uso de la siguiente fórmula (ANEXO 2), lo que constituye nuestra base de datos, éstos serán agregados en la hoja de recolección de datos (ANEXO 01), la cual toma en cuenta independiente de los datos de filiación, las preguntas respectivas para cada cuestionario

4.7) Procesamiento y análisis de datos

Finalizada la recolección de datos, se ordenó en una base de datos Excel 2013, luego con el programa SPSS versión 23, se procedió a:

1. **Estadística descriptiva:** Se construyeron tablas de frecuencia de doble entrada con sus valores absolutos y relativos.

Estadística analítica: Por ser un estudio de corte transversal y tratarse de variables no paramétricas nominales dicotómicas, utilizamos la prueba estadística chi cuadrado de Pearson, para buscar si existe asociación entre cada variable dependiente (calidad de vida y respuesta sexual) respecto a nuestra variable independiente (procedimiento de histerectomía). Por otro lado, nuestros cuestionarios validados nos permitieron a través de la misma prueba estadística buscar si existió algún cambio entre un pre y un post histerectomía. Valor altamente significativo $p < 0,05$.

Estadígrafo

Calidad de Vida	Histerectomía	
	Si	No
Si ≥ 45 pts	a	b
No < 45 pts	c	d

Respuesta sexual	Histerectomía	
	Si	No
Si $\geq 26,5$ pts	a	b
No $< 26,5$ pts	c	d

OR: $(a \times d) / (b \times c)$

MÉTODO DE CALIFICACIÓN ENCUESTA FSFI

Es un método con propiedades psicométricas óptimas y sencillas de usar para el investigador, se la elaboro con la cualidad de seleccionar entre poblaciones de mujeres con disfunción sexual y sin alteraciones sexuales.

La encuesta consta de 19 preguntas en total con las que se puede analizar las 6 dominios o categorías fundamentales de la función sexual femenina.

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

Como se puede observar existen preguntas específicas por cada categoría, como ejemplo, la pregunta 1 y 2 de la encuesta está seleccionada al estudio del deseo. Los rangos en la tabla van a determinar con el puntaje máximo y mínimo que se puede obtener en cada categoría con su respectiva pregunta. Para obtener el score final debemos obtener el puntaje de la pregunta y sumarlo al puntaje de las otras preguntas que corresponden al dominio mismo, el resultado de eso se lo multiplica

por un factor, el mismo que está resaltado en la tabla para cada categoría y como último punto sumamos el puntaje de todas las categorías y obtenemos el score final. Cada categoría tiene un puntaje máximo de 6, es decir que la nota máxima del test es de 36.

La bibliografía indica que un score $\leq 26,55$ es sinónimo de DS. (23)

4.8) Aspectos éticos

Se solicitó aprobación previa para la ejecución del proyecto de investigación por parte de la autoridad competente de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, y se solicitó la autorización al Gerente de la Red Salud Loreto para los permisos de ingreso al área de archivo del Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto.

Para la revisión de las historias clínicas y aplicación de las encuestas, se tuvo en cuenta los lineamientos de la declaración de Helsinki (29), que fue promulgada por la Asociación Médica Mundial para ser usada como un cuerpo de principios éticos que debe guiar a la comunidad médica dedicada a la investigación en seres humanos. Así, podemos señalar los siguientes principios usados en ésta investigación como:

“El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio”(29).

“El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente en un protocolo de investigación”(29).

“Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación”(29).

“Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización de los documentos”(29).

“La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación”(29).

En la realización de ésta investigación, también se tomó en cuenta La Ley General de Salud del Ministerio de Salud basado en el artículo 25(30), que expone: “La información concerniente al acto médico, debe ser de carácter reservado con diversas excepciones entre las cuales se encuentra la utilización de ésta para fines académicos o investigación científica, siempre que la información obtenida de la historia clínica se consigne en forma anónima”(30).

En este trabajo de investigación no se consideró necesario el uso de un consentimiento informado, si bien es cierto usamos información personal y propia de los pacientes, ésta se manejará de la forma más responsable y discreta posible, siempre cuidando el anonimato de los participantes y sin la necesidad de que ellos participen, estando libres de la exposición a cualquier intervención o procedimiento.

CAPITULO IV

RESULTADOS:

Primero se realizara un análisis descriptivo de los datos recogidos

Tabla 1. Tabla de Distribución de frecuencias de la variable Edad en los casos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	35-40	15	22,7
	41-45	18	27,3
	46-50	24	36,4
	51-55	9	13,6
	Total	66	100,0

Fuente : elaboración propia

La menor cantidad de mujeres (13,6%) que se incluyen en la muestra corresponden a las edades entre 51 a 55 años, se observa que la mayoría de mujeres(36,4%) se encuentran entre las edades de 46 y 50 años, las que se encuentran entre 41 a 45 años (27.3%).

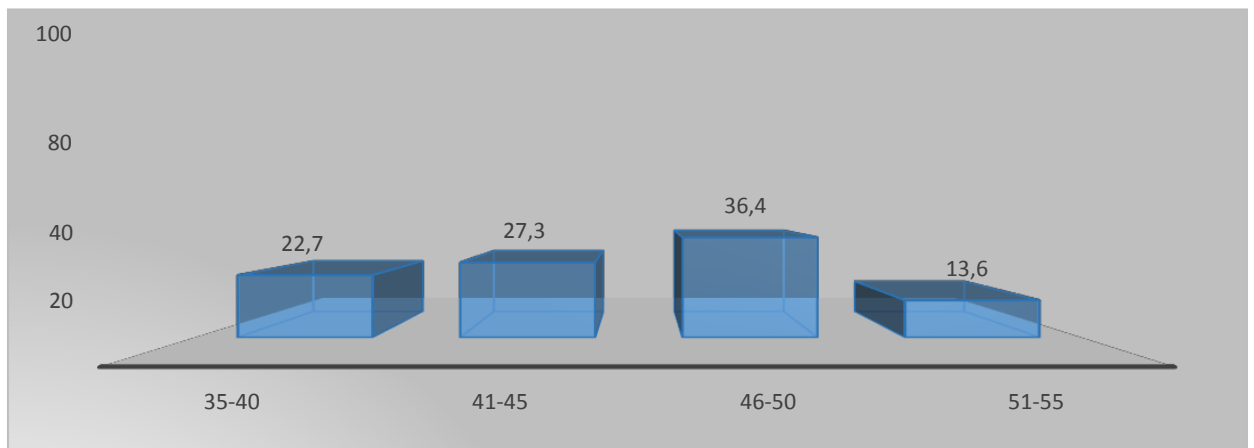


GRÁFICO N1. Prevalencia por grupos de Edad.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la variable Instrucción en los casos

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PRIMARIA	12	18,2
	SECUNDARIA	18	27,3
	SUPERIOR	36	54,5
	Total	66	100,0

Fuente : elaboración propia.

Se observa que en la población predominan las mujeres que tienen instrucción superior representando un 54,5% del total de pacientes, el resto de los pacientes cuenta con instrucción secundaria y primaria , representando un 27,3% y un 18,2% respectivamente.

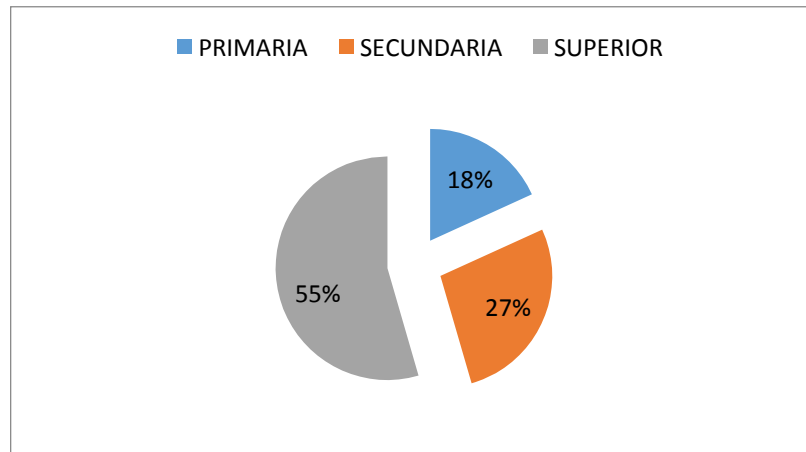


GRAFICO N2. Nivel de Instrucción

Fuente : elaboración propia.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la variable Tipo de Histerectomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PARCIAL	24	36,4
	TOTAL	42	63,6
	Total	66	100,0

Fuente : elaboración propia.

Se encontró que el mayor número de histerectomías fueron totales con un 63,6%.

El 36,4% corresponde a las histerectomía parciales.

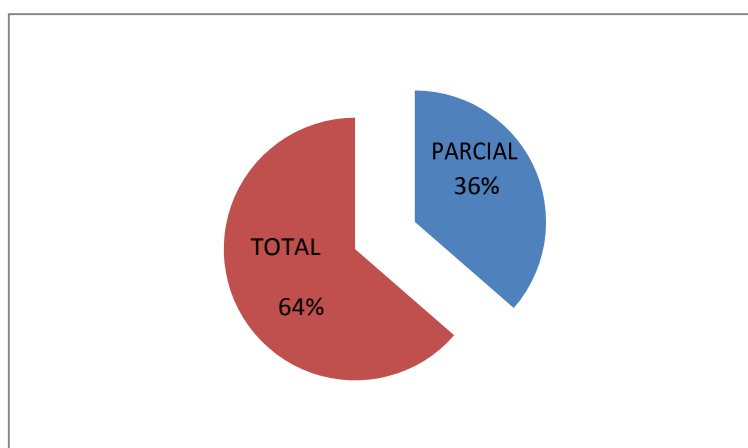


GRÁFICO N3. Prevalencia Tipo de Histerectomía.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la variable Vía de Abordaje.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	ABDOMINAL	60	90,9
	VAGINAL	6	9,1
	Total	66	100,0

Fuente : elaboración propia.

En cuanto al modo de abordaje en la histerectomía predomina el abdominal, según la tabla las pacientes, mientras que de las 66 en estudio solo 6 (9,1%) han sido mediante la vía vaginal, con el abordaje abdominal representan el 90,9%. No hubo casos por vía laparoscópica.

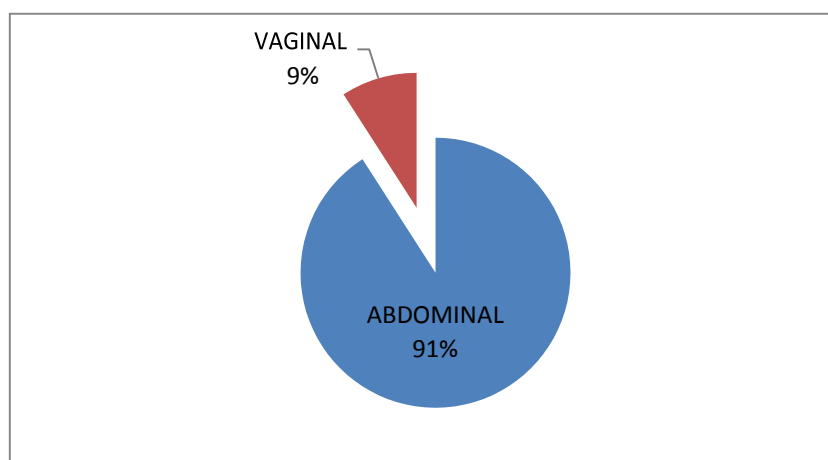


GRÁFICO N4. Prevalencia Tipo de Abordaje.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de la variable Calidad de Vida Sexual pre histerectomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENA	54	81,8
	MALA	12	18,2
	Total	66	100,0

Fuente : elaboración propia.

Frente a un 18,2% que la reporto como mala, en este se observa que el 81,8% de las pacientes alegan haber tenido una buena calidad de vida sexual antes de la histerectomía

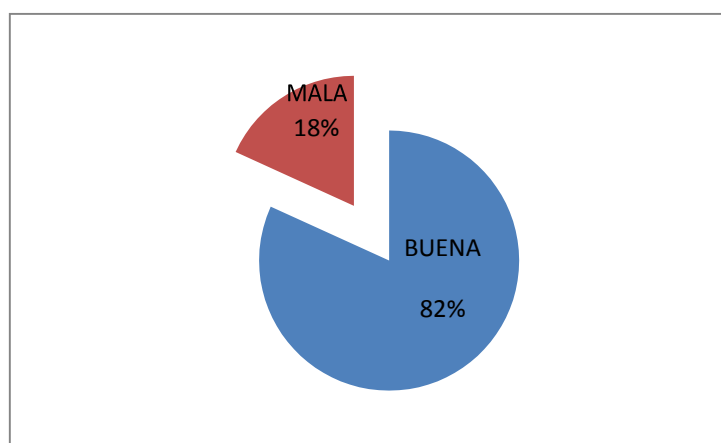


GRÁFICO N5. Prevalencia Calidad de vida sexual pre histerectomía.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 6. Distribución de frecuencias de la calidad de vida sexual después de la histerectomía.

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	CON DISFUNCIÓN SEXUAL	51	77,3
	SIN DISFUNCIÓN SEXUAL	15	22,7
	Total	66	100,0

Fuente : elaboración propia.

Se puede observar que el porcentaje de DS en las mujeres post histerectomizadas es del 77,3%, es decir la mayoría de las pacientes presenta DS.

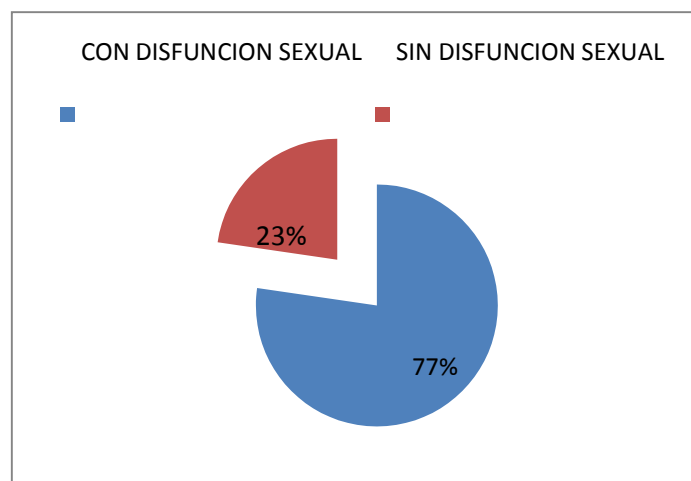


GRÁFICO N6. Prevalencia calidad de vida sexual post histerectomía.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 7. Análisis de las puntuaciones obtenidas en cada categoría del test FSFI en los casos.

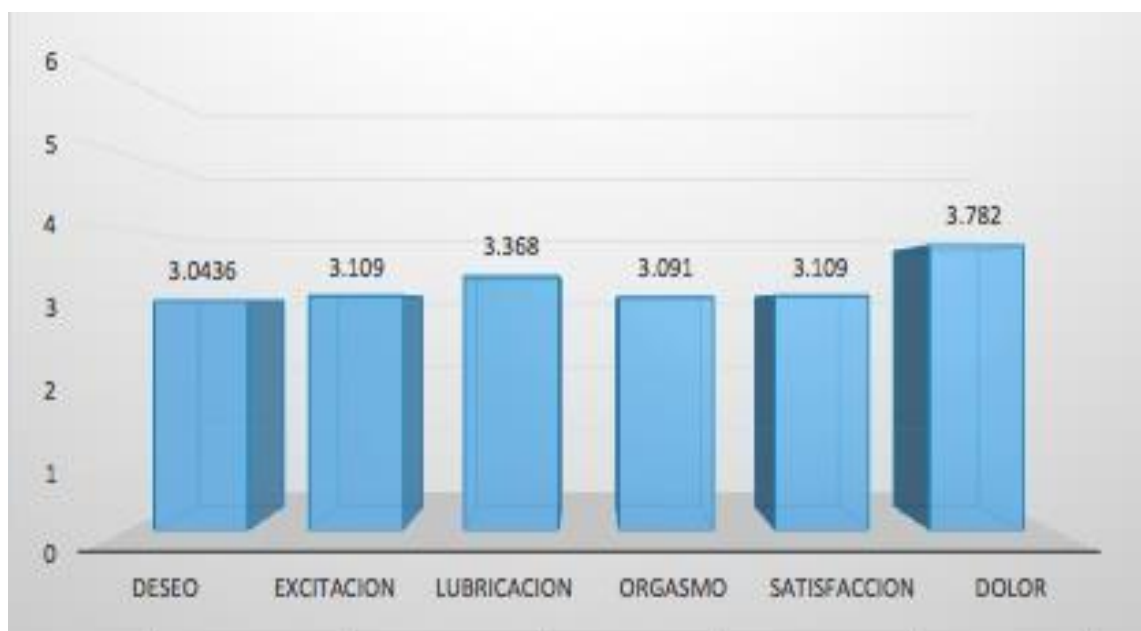


GRÁFICO N 7. Puntuación media obtenida en cada categoría en el test FSFI.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de la variable vida sexual pre quirúrgica en los controles.

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	BUENA	88	100,0
Total		88	100,0

Fuente : elaboración propia.

Encontramos que todas las pacientes de los controles (100%) refirieron haber tenido una buena vida sexual antes de ser intervenidas quirúrgicamente.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de la variable disfunción sexual post cirugía en los controles.

		Frecuencia	Porcentaje
Valido	CON DISFUNCION SEXUAL	28	31,8
	SIN DISFUNCION SEXUAL	60	68,2
	Total	88	100,0

Fuente : elaboración propia.

Se observa que después de haber sido sometidas a cirugía abdominal no ginecológica el 68,2% de las pacientes presenta no DS versus al 31,8% que si tienen DS.

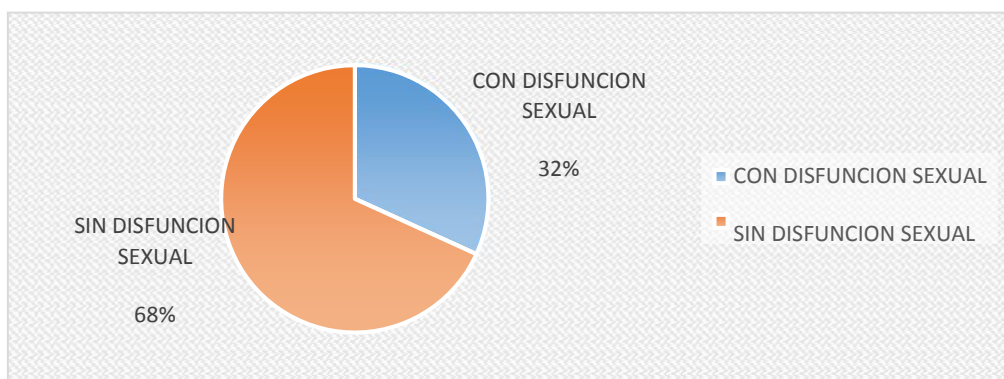


GRÁFICO N 8. Calidad de vida sexual post cirugía (controles).

Fuente : elaboración propia.

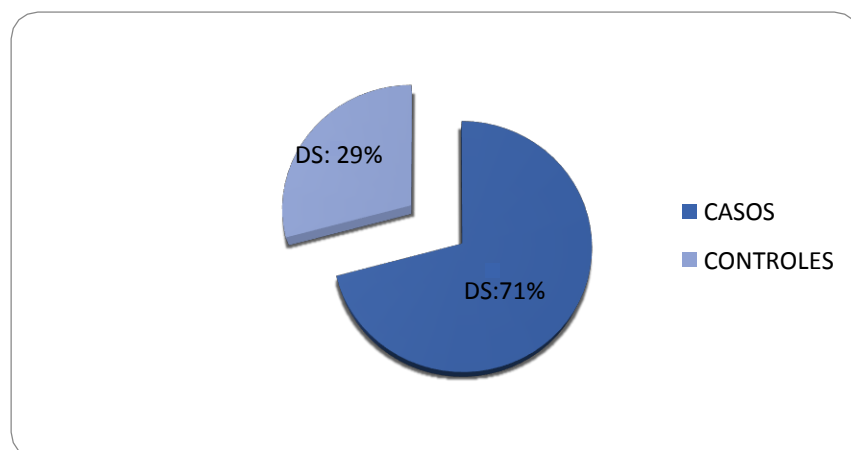


GRÁFICO N 9. Disfunción sexual en casos vs. controles.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 10. Chi2 variables edad vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,440 ^a	3	0,142
Razón de verosimilitud	5,417	3	0,144
N de casos válidos	66		

Fuente : elaboración propia.

Se muestra un nivel de significación de 0,142. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 11. Tabla de cruce de la variable edad vs calidad de vida sexual post histerectomía.

Fuente : elaboración propia.

Se evidencia que el 100% de las mujeres post histerectomizadas entre 51 a 55 años presenta DS, seguidas por el rango de 46 a 50 años donde el 87,5% presento DS y del rango de 35 a 40 años el 40%, en el rango de 41 a 45 años el 83,3% presento DS.

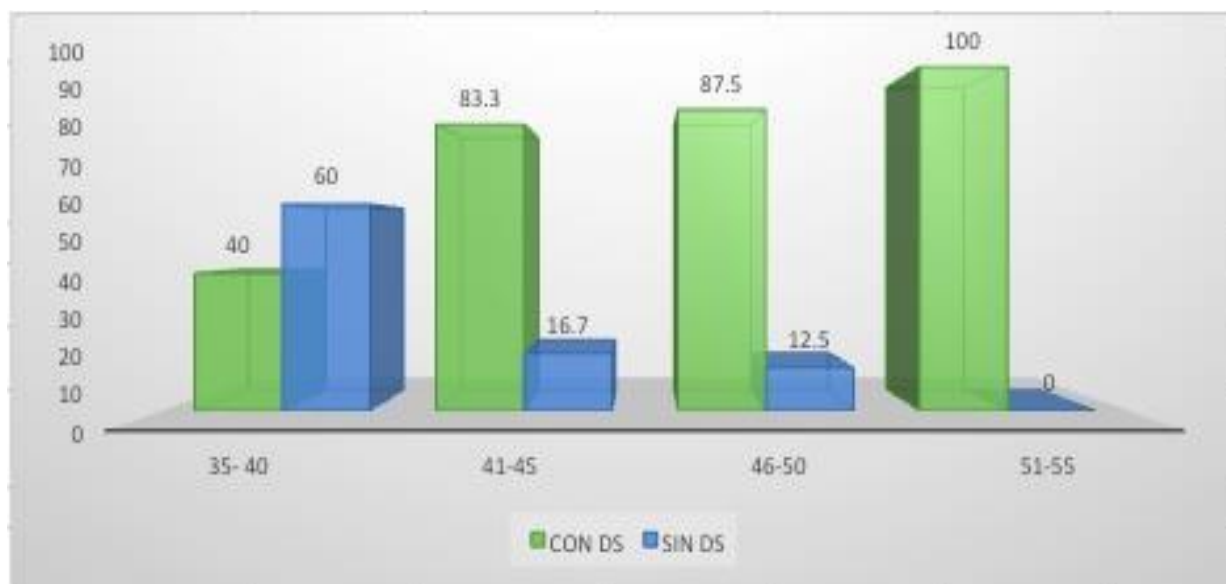


GRÁFICO N10. Prevalencia disfunción sexual por edades.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 12. Chi2 variables instrucción vs calidad de vida sexual post histerectomía

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,071 ^a	2	0,355
Razón de verosimilitud	2,899	2	0,235
N de casos válidos	66		

Fuente : elaboración propia.

Se muestra un nivel de significación de 0,355. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 13. Tabla de cruce de variables instrucción vs calidad de vida sexual post histerectomía

Fuente : elaboración propia.

El 100% de las mujeres con instrucción primaria presento DS, el 66,7% en las de instrucción superior y frente al 83,3% de las mujeres con instrucción secundaria



GRÁFICO N11. Prevalencia disfunción sexual según Instrucción

Fuente : elaboración propia.

Tabla 14. Chi2 variables tipo de histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,037 ^a	0,848
Corrección de continuidad	0,000	1,000
Razón de verosimilitud	0,037	0,848
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	66	

Fuente : elaboración propia.

Se muestra un nivel de significación de 0,848. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 15. Tabla de cruce variables tipo de histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.

Fuente : elaboración propia.

Se evidencia que aunque las mujeres con histerectomía subtotal también presentaron un porcentaje importante de DS (75%), el mayor porcentaje de DS se dio en las mujeres con histerectomía total (78,6%).

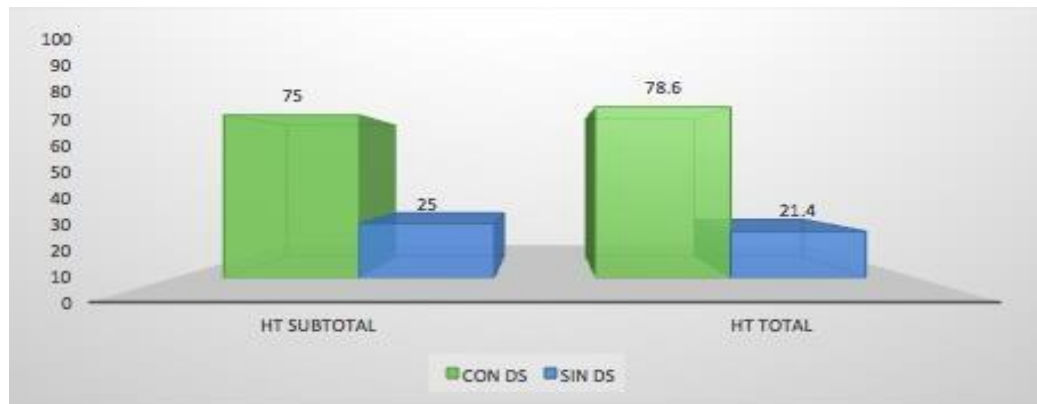


GRÁFICO N 12. Prevalencia disfunción sexual según tipo de histerectomía.

Fuente : elaboración propia.

Tabla 16. Chi2 variables vía de abordaje vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,647 ^a	0,421
Corrección de continuidad ^b	0,000	1,000
Razón de verosimilitud	1,089	0,297
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	66	

Fuente : elaboración propia.

Se muestra un nivel de significación de 0,421. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 17. Tabla de cruce variables vía de abordaje vs calidad de vida sexual post histerectomía.

La prevalencia de DS en las mujeres con histerectomía vía vaginal es del 100%, mientras que en las mujeres con histerectomía abdominal es del 75%. No hubo casos de histerectomía laparoscópica.



GRÁFICO N 13. Prevalencia disfunción sexual según abordaje quirúrgico.

Tabla 18. Chi2 variables calidad de vida sexual pre histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.

	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,014 ^a	0,905
Corrección de continuidad ^b	0,000	1,000
Razón de verosimilitud	0,014	0,905
Prueba exacta de Fisher		
N de casos válidos	66	

Fuente : elaboración propia.

Se muestra un nivel de significación de 0,905. Por tal razón llegamos a la conclusión de que no hay relación entre las variables.

Tabla 19. Tabla de cruce variables calidad de vida sexual pre histerectomía vs calidad de vida sexual post histerectomía.

Se evidencia que el 77,8% de las mujeres que tuvieron vida sexual pre quirúrgica buena ahora presentan DS. En las mujeres cuya vida sexual pre quirúrgica era mala después de la histerectomía el 25% no padece DS y 75% refiere DS.

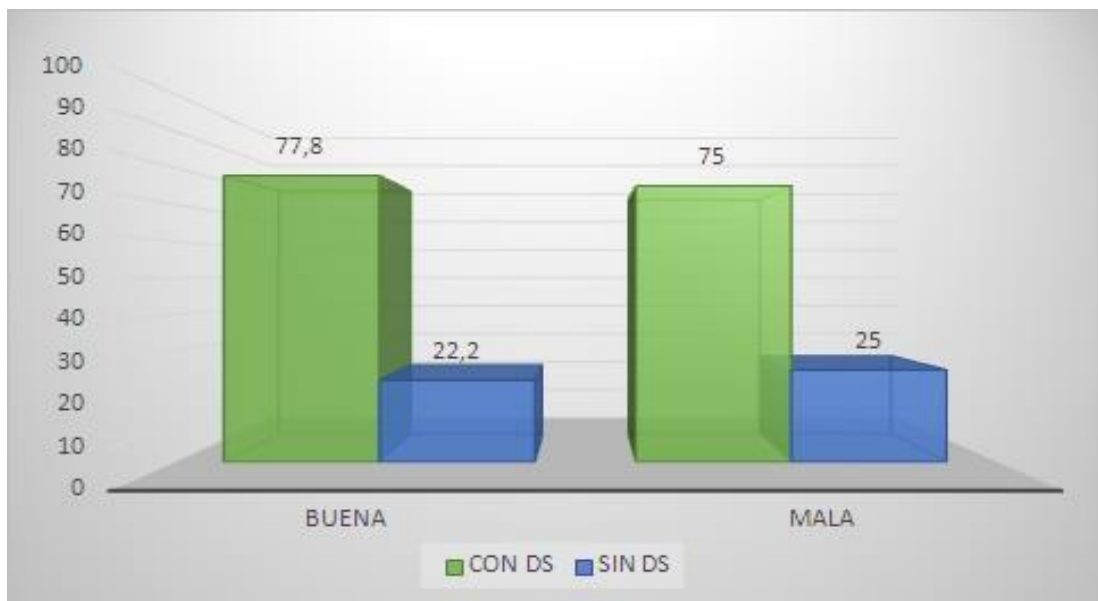


GRÁFICO N 14. Prevalencia disfunción sexual según calidad de vida sexual pre histerectomía.

Fuente : elaboración propia.

Cuestionario de Salud SF-12v2

Dimensión física:

Salud general

Tabla 20

Distribución de las 66 pacientes histerectomizadas para el análisis de su calidad de vida, en el HRL 2016 y 2017, de acuerdo a la salud actual. Iquitos – Perú, 2019

Salud actual	Frecuencia	%
Excelente	26	39
Muy buena	23	35
Buena	12	18
Regular	5	8
Mala	0	0
Total	66	100

Fuente : elaboración propia.

La investigación determinó que un 39% de las pacientes se encuentran en excelente salud, y que ninguna se siente mala salud actual.

Función Física.

Tabla 21

Distribución de las 66 pacientes hysterectomizadas para el análisis de su calidad de vida, en el HRL 2016 y 2017, de acuerdo a la función física.

Iquitos – Perú, 2019

Función física	Si me limita mucho		Si me limita un poco		No me limita nada		Totales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Esfuerzos moderados	2	3	19	29	45	68	66	100
Subir varios pisos por escaleras	6	9	14	21	46	70	66	100

Fuente : elaboración propia.

Podemos apreciar que actualmente las pacientes al realizar esfuerzos moderados el 3 % si se limita mucho y 66% no se limita nada.

Rol Físico

Tabla 22

Distribución de las 66 pacientes hysterectomizadas para el análisis de su calidad de vida, en el HRL 2016 y 2017, de acuerdo al rol físico.

Iquitos – Perú, 2019

Rol Físico	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%
Reducción de tiempo de trabajo y actividades diarias.	25	38	41	62	66	100
Hace menos de lo que hubiera querido.	19	29	47	71	66	100
Dejó de hacer tareas en su trabajo o actividades diarias.	18	27	48	73	66	100
Dificultad para realizar su trabajo y actividades diarias.	15	23	51	77	66	100

Fuente : elaboración propia.

Se determinó que las mujeres en su mayoría no se vieron afectadas en su rol físico, porque no tuvieron dificultad para realizar sus labores diarias y de trabajo el 77%, no hicieron menos de lo que se requerida un 71%, no dejaron de hacer tareas en su trabajo o actividades diarias un 73% y no redujeron su tiempo de trabajo un 62%.

DOLOR CORPORAL

Tabla 23

Distribución de las 66 pacientes histerectomizadas para el análisis de su calidad de vida, en el HRL 2016 y 2017, de acuerdo al dolor corporal presentado en las últimas 4 semanas. Iquitos – Perú, 2019

Dolor corporal	Frecuencia	%
Mucho	4	6
Moderado	9	14
Regular	10	15
Poco	15	23
Nada	28	42
Total	66	100

Fuente : elaboración propia.

El dolor corporal presentado en las pacientes en las últimas 4 semanas fue solo el 6% mucho y nada un 42% de la pacientes .

Dimension mental :

Salud Mental

Tabla 24

Distribución de las 66 pacientes hysterectomizadas para el análisis de su calidad de vida, en el HRL 2016 y 2017, de acuerdo a la salud mental.

Iquitos – Perú, 2019

Salud mental	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estuvo muy nerviosa	1	2	10	15	26	39	20	30	9	14	66	100
Se sintió calmada y tranquila	11	17	31	47	15	23	6	9	3	4	66	100
Se sintió desanimada y triste	5	8	13	20	29	44	16	24	3	4	66	100

Fuente : elaboración propia.

En cuanto a la salud mental de las pacientes hysterectomizadas, el 2% siempre un 39% algunas veces estuvo nerviosa. Se sintieron calmada y tranquila el 4 % nunca y casi siempre el 47%. El 44% se ah sintió desanimada y el 4% nunca.

Energía y Vitalidad

Tabla 25

Distribución de las 66 pacientes hysterectomizadas para el análisis de su calidad de vida, en el HRL 2016 y 2017, de acuerdo a la energía y vitalidad en las últimas 4 semanas Iquitos – Perú, 2019

Energía y vitalidad	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Solo una vez		Nunca		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tuvo mucha energía	9	14	31	47	20	30	4	6	2	3	66	100

Fuente : elaboración propia.

De acuerdo a la vitalidad y energía de las pacientes en las últimas 4 semanas tuvieron mucha energía casi siempre el 47% y el 3% nunca.

Función social

Tabla 26

Distribución de las 66 pacientes histerectomizadas para el análisis de su calidad de vida, en el HRL 2016 y 2017, de acuerdo a la limitación del rol

social– familiar, presentando en las últimas 4 semanas.

Iquitos – Perú, 2019

Limitación del rol social	Frecuencia	%
Siempre	1	1
Casi siempre	2	3
Algunas veces	11	17
Casi nunca	31	47
Nunca	21	32
Total	66	100

Fuente : elaboración propia.

Las dificultades presentadas durante las últimas 4 semanas con respecto a su salud física o los problemas emocionales que han dificultado sus actividades sociales habituales con los amigos, la familia, los vecinos u otras personas han sido siempre solo un 1% y casi nunca en un 47% de pacientes

Rol Emocional

Tabla 27

Distribución de las 66 pacientes histerectomizadas para el análisis de su calidad de vida, en el HRL 2016 y 2017, de acuerdo al rol emocional.

Iquitos – Perú, 2019

Rol Emocional	Si		No		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Reducción de tiempo de trabajo y actividades diarias por problemas emocionales.	17	26	49	74	66	100
Realiza menos trabajo de lo que hubiera querido.	19	29	47	71	66	100
Dejó de hacer tareas en su trabajo o actividades diarias.	11	17	55	83	66	100

Fuente : elaboración propia.

mientras que el otro 74% no se vio afectado emocionalmente, el 26% de las pacientes histerectomizadas, se vieron afectadas en su rol emocional reduciendo su tiempo de trabajo y actividades diarias. El 29% realiza menos actividades y trabajo de los que hubiera querido, mientras que el 71% no tiene inconvenientes en realizarlo, el 83% continúa con sus tareas de trabajo y actividades diaria y el 17% dejó de hacer tareas diarias y de trabajo.

Tabla 28

Distribución de las 66 pacientes histerectomizadas, en el el HRL 2016 y 2017, de acuerdo a la valoración de la calidad de vida según el cuestionario de Salud SF-12v2.

Iquitos – Perú, 2019

Calidad de vida	Puntuación	Frecuencia	%
Excelente	>91 puntos	4	6
Muy buena	76-90 puntos	34	51
Buena	61-75 puntos	19	29
Regular	45-60 puntos	7	11
Mala	31-45 puntos	2	3
Pésima	<30 puntos	0	0
Total		66	100

Fuente : elaboración propia.

Hemos obtenido como resultado la calidad de vida de estas mujeres luego de la cirugía, el 29% una buena calidad de vida, que el 51% de ellas tienen una muy buena calidad de vida, un 6% una excelente calidad de vida, el 11% regular y un 3% una mala calidad de vida.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio no llegamos a encontrar una relación significativa entre la Disfunción sexual y la Histerectomía . Sin embargo las mujeres post-histerectomizadas tuvieron una mayor prevalencia de DS (77,3%) en comparación con los controles (31,8%).

Los resultados de estudios realizados con anterioridad sobre la calidad de vida femenina luego de la histerectomía son contradictorios ya que por un lado se describen cambios positivos y por otros negativos.

El hospital de Santiago de Chile estudio a 205 mujeres con similitudes en las características que tuvo nuestra muestra. Los resultados fueron: El 76,5% de las mujeres dijeron haber tenido cambios en su vida sexual de este grupo, 76% señaló cambios positivos, mientras que 24% identifico cambios negativos. (18)

En argentina, un estudio sobre la percepción de las parejas de mujeres histerectomizadas se llevo a encontrar que en un grupo había había inconformidad y en otro en cambio satisfacción. Éstos mantenían creencias equivocadas como que sus pareja quedaron huecas. Se concluyó que las opiniones de las parejas era de hecho una de las dimensiones que más daño causaba en la relación y que la sexualidad dependía en gran medida de cómo era su comunicación y sexualidad de pareja. (21)

La Universidad de Chicago realizo un estudió en la cual la influencia de la educación prequirúrgica a la usuaria que tuvieron satisfacción post histerectomía. Los resultados detallaron que las mujeres que habían recibido educación previa tendían a comunicar una mejor satisfacción con los resultados de sus histerectomías. La información que fue brindada sobre los efectos secundarios de tipo sexual era altamente deseable para muchas usuarias éstas podían mitigar muchos de los efectos secundarios sexuales negativos debido a una mejor preparación psicológica ante la posibilidad de éstos. (22)

Al evaluar cada uno de los dominios que forman parte del test llegamos a observar que la puntuación de todas las categorías se encontraban en su rango medio. La categoría que se vio más afectado en la puntuación de FSFI en los casos fue el Deseo, que de un rango normal de 1,2 a 6 con una media de 3,04. Mientras que la categoría con mejor puntaje fue el Dolor coital, quiere decir que en las usuarias de nuestro estudio el dolor no significaba el mayor de los problemas.

El rango de edad con mayor prevalencia de disfunción sexual fue el comprendido entre 51 – 55 años. Aunque no se llegó a demostrar que exista una asociación significativa entre estas variables, se evidencia que mientras mayor es el rango etario mayor proporción de DS existe. (33).

El análisis del Cuestionario de Salud SF-12v2 con su puntuación determino que la calidad de vida de estas pacientes luego de la cirugía es, buena en el 29%, muy buena en el 51%, regular en el 11%, un 3% una mala calidad de vida y un 6% una excelente calidad de vida. Por el contrario en el estudio de Miranda C. (2015), en el cual se aplico el Cuestionario de Salud SF 12v2 en un universo de 65 pacientes histerectomizadas se concluyó que la calidad de vida de las pacientes las mismas fue pésima 4%, mala 30%, buena 18%, regular en un 42%, cabe recalcar que dicho estudio se realizó al azar a pacientes que acudían por consultorio externo, y además concluye que las pacientes que recibieron información médica poco precisa pre y post histerectomía, presentaron peores puntajes de calidad de vida(15).

CONCLUSIONES

La calidad de vida sexual de la mujer forma parte del equilibrio entre varios aspectos tanto ambientales, psicológicos, físicos, sociales, culturales, religiosos lo que hace de su estudio algo muy complejo de explicar.

La prevalencia de disfunción sexual fue claramente mayor en el grupo de casos. En menor proporción el tipo de Histerectomía que se realiza incide en la disfunción sexual que sufren las pacientes de la muestra en estudio.

La calidad de vida de las personas histerectomizadas en el año 2016 y 2017 en el HRL de la ciudad de Iquitos fue muy buena.

Las pacientes en su mayoría en el rol físico, no se vieron afectadas, porque no tuvieron dificultad para realizar sus labores diarias y de trabajo, no realizaron menos de lo que se querían, y no disminuyeron su tiempo de trabajo.

La mayor parte de mujeres que fueron evaluadas mostró un resultado satisfactorio en el rol emocional luego de la histerectomía, esto significa que realizan sus actividades diarias normalmente, en el trabajo y en el hogar.

Los resultados indicaron en el rol social que en la mayor parte de mujeres las molestias presentadas con respecto a su salud física o los problemas emocionales han dificultado poco sus relaciones sociales habituales con los amigos, la familia, los vecinos u otras personas.

En la minoría de las pacientes percibieron su salud general como porcentaje como mala y en la mayoría como buena.

Las mujeres en este estudio casi siempre se sintieron llenas de vitalidad y energía y solo algunas veces se sintieron agotadas y cansadas.

.

Las usuarias sometidas a la histerectomía, en la actualidad presentan nada o poco dolor corporal, limitando nada o poco su trabajo habitual, consideran en la mayoría se encuentran mucho mejor ahora que antes de la cirugía.

RECOMENDACIONES

Se necesita la realización de más estudios hechos en el Perú sobre el impacto de la histerectomía en la calidad de vida sexual femenina para tener una mejor visión del problema.

Aunque no se determinó una asociación entre la DS con la vía de abordaje de la histerectomía, recomendamos la elección del abordaje laparoscópico o, en su defecto, el vaginal cuando las condiciones así lo permitan.

Al personal médico del Hospital Regional de Loreto, se recomienda informar antes y después del procedimiento. Unir conocimientos con otros profesionales de salud, como psicólogos para ayudar a las usuarias quienes sientan disminuido su autoestima a causa de la histerectomía, para que logren entender que un órgano no las determina ni como las personas importantes que son, ni como mujeres.

Al departamento de psicología se le recomienda tener en cuenta a los familiares de los pacientes que estén por someterse antes o que se hayan sometido a histerectomía, que reciban una consulta psicológica para estar en condiciones de apoyar a la paciente.

Se recomienda que los familiares de las pacientes sometidas a este procedimiento quirúrgico poder informarse sobre la misma con el personal de salud o bien psicológico del hospital para estar en condiciones de mostrarse comprensivos y saber cuál es la manera ideal de tratar a la paciente.

CAPITULO V

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Cancer Institute. Cancer registry. From the National Institutes 2018.
Disponible en:
<http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/histerectomia>
2. Correa J et al. Impacto de la histerectomía abdominal total y vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2017;68:12-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2977>
3. Casas-Peña R, Péres-Valera I, Chicangana G. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el hospital universitario San José. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2017;64:121-125
4. Roźnice et al. Are there any differences in quality of life and sexual functions after various types of hysterectomy – does prophylactic salpingectomy matter?. *Ginekol Pol.* 2016, 87, 26-31.
5. Han et al. Incidence and risk factors of chronic pain following hysterectomy among Southern Jiangsu Chinese Women. *BMC Anesthesiology* (2017) 17:103 DOI: 10.1186/s12871-017-0394-3
6. Desai S, Campbell O, Sinha T, Mahal A, Cousens S. Incidence and determinants of hysterectomy in a low-income setting in Gujarat, India *Health Policy and Planning*, 2017, Vol. 32, No. 1
7. Komisaruk et al. Hysterectomy improves sexual response? Addressing a crucial omission in the literatura. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011 ; 18(3): 288–295. doi:10.1016/j.jmig.2017.01.012.
8. Jean Alfred Mbongo et al. Evaluation of quality of life and subjective experience of the disease before and after vaginal hysterectomy among women admitted to the University Hospital in Brazzaville *The Pan African Medical Journal.* 2016; 25:79 doi:10.11604/pamj.2016.25.79.10085
9. Nodarse A. et al. Epidemiological behavior of obstetric hysterectomy. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2018; 39(2)128-134
10. The American college of Obstetricians and Gynecologists. *Histerectomía Procedimientos especiales* 2018.
11. Kürek Eken et al. The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Turk J Obstet Gynecol* 2016;13:196-202

12. Seminario J. Histerectomía laparoscópica. Rev Per Ginecol Obstet. 2009;55:93-99.
13. Márquez J. et al. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. MEDISAN 2017;18(2):173
14. Escot V. Indicaciones y complicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cobán. España. 2016.
15. Larisa Miranda Yanzapanta CE. Impacto de la Histerectomía en la Calidad de Vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo Febrero - Agosto 2015 [Internet]. 2015. Disponible
16. Parra CA. Estudio de los cambios de la función sexual tras la histerectomía. España. 2015.
17. Alvaro Monterrosa-Castro, Angélica Monterrosa-Blanco, Teresa Beltrán-Barrios. Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women. Sleep Sci. 2018;11(2):99-105. DOI: 10.5935/1984-0063.20180019.
18. Mark E. Maruish, PhD. User's manual for the SF-12v2 Health Survey (3ra Ed), Maruish M.E; 2016.
19. Francymar Faría, Marianella Ferrarotto, Mireya González Blanco. Función sexual en pacientes histerectomizadas. Rev Obstet Ginecol Venez 2015;75(1):30-40
20. Respuesta sexual. Directrices para evaluación de la función sexual 2018. Organización mundial de la salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sexualfunction/es/>
21. Louie LA. et al. Comparison of Sexual Dysfunction Using the Female. Case Reports in Obstetrics and Gynecology. Volume 2017, Article ID 368136, 6 pages Sexual Function Index following Surgical Treatments for Uterine Fibroids
22. Albuja DM. Celleri A. Calidad de vida sexual en mujeres post histerectomizadas. Ecuador. 2016.

- 23.** Bernhard LA. Sexuality and Sexual health care for women. Clin Obstet Gynecol. 2015; 45(4):1089-98.
- 24.** Sánchez F et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: result of a cross-sectional study. Eur Urol. 2014;45(5):642-8.
- 25.** Rhodes JC et al. Hysterectomy and sexual functioning. JAMA. 2016;282:1934-41. PubMed: 10590459.
- 26.** Jara D. Salgado C. Sexualidad en mujeres histerectomizadas. 2016, Horiz Enferm, 21, 1, 57-66
- 27.** García NA. Calidad de vida de las mujeres 20-40 años. Perú. 2016.
- 28.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29282516>
- 29.** DECLARACION DE HELSINKY DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en humanos (59° Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2018).
- 30.** Ley General de Salud. Ley N°26842. Ministerio de Salud. MINSA Perú.
- 31.** Sampieri H, Fernández C, Baptista P, et al. Metodología de la Investigación. 4ta edición. McGraw-Hill Interamericana. Mexico DF, 2006;7: 155-7.
- 32.** Impact on quality of life and sexual satisfaction of total abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy without prolapse. Cohort study, , 2015
- 33.** VARGAS MENDOZA JE Y LOPEZ SERRANO A.(2015), EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA TOTAL Y SUPRACERVICAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA. OBSTET GINECOL 2015; 75(4): 247 – 252
- 34.** Dra. Ana M Castillo Cañadas. (2011). ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y DE LA MAMA. 2015, de Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Sitio web: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
- Colegie Oficial Infermeras - Barcelona. (2008). SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO - ANATOMIA. 2015, de GRAY

- 35.** Montserrat Calvo Artes. (2000). TRAMPAS Y CLAVES SEXUALES. Barcelona - España: Icaria Editorial.
- 36.** Depto. de Anatomía, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. (2010). SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO. 2015, de Universidad Católica de Chile Sitio web:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/anatomia/cursoenlinea/down/sna.pdf>
- 37.** Oliver Jones, (2011), THE SACRAL PLEXUS. Recuperado de:
http://teachmeanatomy.info/lower-limb/nerves/sacral-plexus/#Clinical_Relevance_8211Lumbosacral_Plexopathy
- 38.** Medical Lecture Notes, (2014), PELVIC AND PERINEUM ANATOMY. Recuperado de: <http://webmedicalppt.blogspot.com/2014/12/pelvic-and-perineum-anatomy.html>
- 39.** Elsevier. Drake et al: Grays anatomy for Students (2010). SYMPATHETICS DESCENDING FROM ABOVE. Recuperado de:
<http://preguntamedicina.es.tl/Pelvis-y-Aparato-Reproductor.htm>
- 40.** Dr. Ortiz I. Unidad de Urología Hospital Quirón San Camilo (2010) – ANATOMIA BASICA DEL APARATO URINARIO. Recuperado de:
<http://www.unidadurologia.es/portallu/portall?content=1:31>
- 41.** Patricia Carolina Arias Arias; Diego Antonia Tenzaca. (2014). PREVALENCIA Y CAUSAS DE HISTERECTOMIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL AÑO 2012. Agosto 2015, de Unidad de Ciencias Médicas - Universidad de Cuenca Sitio web:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21031/1/TESIS.pdf>
- 42.** Carmen María Suárez, Alirio Mijares Briñez, Josefa María Briceño, Franco Calderaro Di Ruggiero, Francisco Medina, Félix Anzola, Loretta Di Giampietro, Marco Rezik. (2006). INTRODUCCIÓN DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. Agosto 2015, de Revista Venezolana de Oncología

- 43.** Rocío Margot, Ortega Torres.. (2015). HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. Junio 2015, de Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada Sitio web: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf
- 44.** Vicente Solà D, Paolo Ricci A, Jack Pardo S, Enrique Guiloff F. (2015). HISTERECTOMÍA: UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO. Agosto 2015, de Revista chilena de Obstetricia y Ginecología Sitio web: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n5/art12.pdf>
- 45.** Manuel Mas; Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.. (2017). FISIOLÓGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA: ACTUALIZACIÓN. Julio 2015, de Revista Internacional de Andrología Sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina->
- 46.** Allison Ryann, Jennifer Alice Armstrong, Laura Katherine Findeiss, Scott Craig Goodwin. (2012). COMPARISON OF SEXUAL DYSFUNCTION USING THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX FOLLOWING SURGICAL TREATMENTS FOR UTERINE FIBROIDS. 11 may 2015, de Hindawi Obstetrician and Gynecology Publishing Sitio web: <http://www.hindawi.com/journals/criog/2012/368136/>
- 47.** Alfonso Altona. (2015). DISFUNCIONES SEXUALES. Agosto 2015, de Institucion de Salud Publica- Madrid Sitio web: http://www.madridsalud.es/saludsexual/pdf/disfunciones_sexuales_resumen_curso.pdf
- 48.** Blanca Gutiérrez Teira. (2016). LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA. Agosto 2015, de CS El Soto. Móstoles. Madrid. Sitio web: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158
Maria Teresa Urrutia, Alejandra Araya G, Luis Villarroel del P, Daisy Vinales A. (2004). CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS . 11 may 2015, de rev chil obstet ginecol

- 49.** Sitio:web:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262004000400007&script=sci_arttext
- 50.** Masters WH, Johnson VE (1966). HUMAN SEXUAL RESPONSE. Boston: Little, Brown. 2014
- 51.** Manuel Mas ·Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. España: SEXUAL RESPONSE IN THE HUMAN FEMALE. A PHYSIOLOGICAL
- 52.** UPDATE. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>
- 53.** UPDATE. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>
- 54.** UPDATE. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>

ANEXOS

Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la mayor honestidad y claridad posibles. Sus respuestas serán totalmente confidenciales.

➤ EDAD:

➤ INSTRUCCION:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Ahora continuaremos con el cuestionario sobre su vida sexual DURANTE EL ÚLTIMO MES. Por favor MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre (5)
- Muchas veces (más de la mitad del tiempo) (4)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad del tiempo) (2)
- Casi nunca o nunca (1)

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto (5)
- Alto (4)
- Moderado (3)
- Bajo (2)
- Muy bajo o ninguno (1)

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)
Casi siempre o siempre (5)
Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
Casi nunca o nunca (1)

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (“estar caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)
Muy alto (5)
Alto (4)
Moderado (3)
Bajo (2)
Muy bajo o ninguno (1)

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)
Segurísima (5)
Muy segura (4)
Moderadamente segura (3)
Poco segura (2)
Muy poco o nada segura (1)

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)
Casi siempre o siempre (5)
Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
Casi nunca o nunca (1)

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)
Casi siempre o siempre (5)
Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
Casi nunca o nunca (1)

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)

Extremadamente difícil o imposible (1)
Muy difícil (2)
Difícil (3)
Ligeramente difícil (4)
Nada difícil (5)

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)
Casi siempre o siempre (5)
Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
Casi nunca o nunca (1)

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)
Extremadamente difícil o imposible (1)
Muy difícil (2)
Difícil (3)
Ligeramente difícil (4)
Nada difícil (5)

11. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)?

No he tenido actividad sexual (0)
Casi siempre o siempre (5)
Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4)
Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2)
Casi nunca o nunca (1)

12. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)?

No he tenido actividad sexual (0)
Extremadamente difícil o imposible (1)
Muy difícil (2)
Difícil (3)
Ligeramente difícil (4)
Nada difícil (5)

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?

No he tenido actividad sexual (0)

- Muy satisfecha (5)
- Moderadamente satisfecha (4)
- Igual de satisfecha como de insatisfecha (3)
- Moderadamente insatisfecha (2)
- Muy insatisfecha (1)

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?

- No he tenido actividad sexual (0)
- Muy satisfecha (5)
- Moderadamente satisfecha (4)
- Igual de satisfecha como de insatisfecha (3)
- Moderadamente insatisfecha (2)
- Muy insatisfecha (1)

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha (5)
- Moderadamente satisfecha (4)
- Igual de satisfecha como de insatisfecha (3)
- Moderadamente insatisfecha (2)
- Muy insatisfecha (1)

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿Hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha (5)
- Moderadamente satisfecha (4)
- Igual de satisfecha como de insatisfecha (3)
- Moderadamente insatisfecha (2)
- Muy insatisfecha (1)

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- No he tenido relaciones (0)
- Casi siempre o siempre (1)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (2)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (4)
- Casi nunca o nunca (5)

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- No he intentado tener relaciones (0)

Casi siempre o siempre (1)

Muchas veces (más de la mitad de las veces) (2)

Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) (3)

Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (4)

Casi nunca o nunca (5)

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

No he intentado tener relaciones (0)

Muy alto (1)

Alto (2)

Moderado (3)

Bajo (4)

Muy bajo o ninguno (5)

Gracias por su colaboración!!!

CUESTIONARIO DE SALUD

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. *¡Gracias por contestar a estas preguntas!*

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una (X) la alternativa que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:
 - a) Excelente (1)
 - b) Muy buena (2)
 - c) Buena (3)
 - d) Regular (4)
 - e) Mala (5)

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal, Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?
 - Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar las de 1 hora
 - a) Sí, me limita mucho (1)
 - b) Sí, me limita un poco (2)
 - c) No, no me limita nada (3)
 - Subir varios pisos por la escalera
 - a) Sí, me limita mucho (1)
 - b) Sí, me limita un poco (2)
 - c) No, no me limita nada (3)

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?
 - ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
 - a) Siempre (1)
 - b) Casi siempre (2)
 - c) Algunas veces (3)
 - d) Casi nunca (4)
 - e) Nunca (5)

 - ¿Estuvo limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?
 - a) Siempre (1)

- b) Casi siempre (2)
 - c) Algunas veces (3)
 - d) Casi nunca (4)
 - e) Nunca (5)
4. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)
- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
 - a) Siempre (1)
 - b) Casi siempre (2)
 - c) Algunas veces (3)
 - d) Casi nunca (4)
 - e) Nunca (5)
 - ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre?
 - a) Siempre (1)
 - b) Casi siempre (2)
 - c) Algunas veces (3)
 - d) Casi nunca (4)
 - e) Nunca (5)
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- a) Nada (1)
 - b) Un poco (2)
 - c) Regular (3)
 - d) Moderado (4)
 - e) Mucho (5)
6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ...
- Se sintió calmado y tranquilo?
 - a) Siempre (1)
 - b) Casi siempre (2)
 - c) Algunas veces (3)
 - d) Casi nunca (4)
 - e) Nunca (5)
 - Tuvo mucha energía?
 - a) Siempre (1)
 - b) Casi siempre (2)

- c) Algunas veces (3)
- d) Casi nunca (4)
- e) Nunca (5)

Se sintió desanimado y deprimido?

- a) Siempre (1)
- b) Casi siempre (2)
- c) Algunas veces (3)
- d) Casi nunca (4)
- e) Nunca (5)

7. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)

- a) Siempre (1)
- b) Casi siempre (2)
- c) Algunas veces (3)
- d) Casi nunca (4)
- e) Nunca (5)

ANEXO 2

FORMULA

$$n = \frac{Z^2 p q}{E^2}$$

Y

$$n_4 = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Dónde:

- ✓ **n** = Muestra preliminar.
- ✓ **nF** = Muestra reajustada.
- ✓ **Z $\alpha/2$** = 1.96 para una confianza del 95%.
- ✓ **p** = proporción de elementos que posee la característica de interés.
- ✓ **q** = 1-p.
- ✓ **E** = 0.05 que es el error de tolerancia.
- ✓ **N**= Población estimada.

ANEXO 3

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

Dr. HORACIO RAMOS SANTILLAN

Director Ejecutivo del Hospital Regional de Loreto " Felipe Arriola Iglesia"
Presente.-

Yo, **DÍAZ CÓRDOVA, DANIEL ALEJANDRO** con **DNI : 47222069** Ante Ud.
Respetuosamente me presento y expongo:

Que siendo , ex interno del Hospital Regional de Loreto " Felipe Arriola
Iglesia", de la carrera profesional de Medicina Humana de la UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, solicito a Ud. permiso para realizar
en el Hospital Regional de Loreto, un trabajo de investigación titulado :
**"CALIDAD DE VIDA Y RESPUESTA SEXUAL EN MUJERES POST
HISTERECTOMIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE
S. ARRIOLA IGLESIAS", EN EL AÑO 2016–2017 "**, para optar el título de
pregrado de Médico Cirujano.

Este proyecto se realizará bajo la asesoría del **DR VÁSQUEZ VÁSQUEZ,
JAVIER** docente de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana de la
Facultad de Medicina Humana.

Desde ya agradezco su disposición, solicitando su autorización para poder
llevar a cabo el proyecto.

Me despedido respetuosamente

DANIEL A. DÍAZ CÓRDOVA

Iquitos_____ 2019

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA PARTICIPAR EN

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ENTREVISTA/ENCUESTA

Instituciones:	Facultad de Medicina – UNAP
Investigador:	DÍAZ CÓRDOVA DANIEL ALEJANDRO
Título:	“CALIDAD DE VIDA Y RESPUESTA SEXUAL EN MUJERES POST HISTERECTOMIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO “FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS”, EN EL AÑO 2016–2017 ”

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: **“CALIDAD DE VIDA Y RESPUESTA SEXUAL EN MUJERES POST HISTERECTOMIZADAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO “FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS”, EN EL AÑO 2016–2017 ”** Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Estamos realizando este estudio para obtener información que favorezca el mejoramiento de **CALIDAD DE VIDA Y RESPUESTA SEXUAL EN MUJERES POST HISTERECTOMIZADAS.**

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio le haremos algunas preguntas por aproximadamente 20 min, las cuales serán grabadas para un mejor registro de las respuestas.

¿Acepta la grabación?: SI NO

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Se prevé que los resultados de este estudio ayuden en el diseño de intervenciones para la prevención y control de malaria, que beneficiarán tanto a su comunidad como a usted.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a una mejor prevención y control de la malaria en su comunidad.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Las grabaciones realizadas durante la entrevista se destruirán una vez sistematizada la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a **DANIEL A. DÍAZ CÓRDOVA** al tel 917819457.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Presidente del Comité Institucional de Ética de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, Dr. CESAR JHONNY RAMAL ASAYAG al teléfono 965870530 .

Consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

_____	_____
Participante Nombre:	Fecha
DNI:	

_____	_____
Testigo Nombre:	Fecha
DNI:	

_____	_____
Investigador Nombre: DANIEL A. DÍAZ CÓRDOVA	Fecha
DNI: 47222069	