

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA**



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

---

Impacto de la histerectomía vaginal y abdominal sobre la función sexual en mujeres atendidas en el hospital de apoyo bagua Gustavo Lanatta Luján, 2022

---

**Área de Investigación:**

Ginecología

**Autor:**

Soto Becerra, Ruth Medaly

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Javier Ernesto Vasquez Alvarado

**Secretario:** Luis Enrique Castañeda Cuba

**Vocal:** Hector Uladismiro Rodriguez Barboza

**Asesor:**

Alarcón Gutiérrez, Christian Giuseppe

**Código Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-8443-3238>

**Trujillo – Perú**

**2023**

**Fecha de Sustentación: 28/09/2023**

IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL Y ABDOMINAL SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO BAGUA GUSTAVO LANATTA LUJÁN, 2022

---

INFORME DE ORIGINALIDAD

---



---

FUENTES PRIMARIAS

---

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	3%
2	<a href="https://repositorio.upao.edu.pe">repositorio.upao.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://dspace.ucuenca.edu.ec">dspace.ucuenca.edu.ec</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://www.scielo.cl">www.scielo.cl</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1%

---

8

Fuente de Internet

1 %

9

Fuente de Internet

1 %

Excluir citas

Activo Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias

< 1%



Dr. Christian Alarcón Gutiérrez  
MEDICO CIRUJANO CMP 53164  
GINECOLOGO-OBSTETRA RNE. 27 3

## **Declaración de originalidad**

Yo **Christian Alarcón Gutiérrez**, docente del Programa de Estudio de **Medicina Humana** o de Postgrado, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **“Impacto de la histerectomía vaginal y abdominal sobre la función sexual en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Bagua Gustavo Lanatta Luján, 2022”**, autora **Ruth Medaly Soto Becerra**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **12%**. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el Turnitin el **13 de octubre de 2023**
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

**Lugar y fecha: Trujillo 13 de octubre de 2023**

**Christian Alarcón Gutiérrez**

Apellidos y nombres del asesor

DNI: **44214199**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8443-3238>

FIRMA:



Dr. Christian Alarcón Gutiérrez  
MEDICO CIRUJANO CMP 53164  
GINECOLOGO-OBSTETRA RNE 27 3

**Ruth Medaly Soto Becerra**

Apellidos y nombres de la autora

DNI: **46977936**

FIRMA:



# DEDICATORIA

Lo dedico a mi hija Aprhill Olano Soto, mi hermano Saúl Soto Becerra, a mis padres Segundo Soto Cieza y Clementina Becerra Terrones, por ser el pilar fundamental en mi formación académica y personal, por su apoyo incondicional que se ha perdurado a través del tiempo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por darme salud, sabiduría, fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida. A mi familia por brindarme su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida universitaria, a mis amigas por contribuir en mi crecimiento profesional y personal. A mi alma mater y docentes, fuentes de saber e inspiración de superación profesional, cuyo valor es indispensable para la culminación de esta maravillosa carrera. Sé que me esperan nuevos retos los cuales afrontaré con la misma fortaleza, humildad e ímpetu siempre de la mano de DIOS.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la función sexual posthisterectomía vaginal y abdominal.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico de cohortes prospectivos, en el Servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján" durante el año 2022, teniendo como total de evaluadas a 90 pacientes entre 18 y 50 años, sexualmente activas y con pareja sexual actual, que no presenten disfunción sexual antes de la cirugía, las cuales fueron distribuidas en dos cohortes de 45 pacientes cada una (cohorte de histerectomía abdominal y vaginal).

**Resultados:** La edad promedio en la cohorte de histerectomía vaginal y abdominal fueron  $43,38 \pm 7,08$  y  $45,29 \pm 4,43$  ( $p = 0,129$ ) respectivamente; el uso de psicofármacos, la presencia de menopausia, la presencia de atrofia y la etiología de la histerectomía, no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. La proporción de disfunción sexual femenina en la cohorte de histerectomía vaginal y abdominal fueron 31,11% vs 44,44% ( $p = 0,192$ ), con un riesgo relativo de 0,74 e IC 95% [0,47 - 1,18].

**Conclusiones:** La función sexual posthisterectomía vaginal no es diferente de la función sexual posthisterectomía abdominal.

**Palabras Clave:** Función sexual; Disfunción sexual femenina; Histerectomía vaginal; Histerectomía abdominal.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate sexual function after vaginal and abdominal hysterectomy.

**Materials and Methods:** An observational, analytical prospective cohort study was conducted in the Gynecology Service of the Bagua Support Hospital "Gustavo Lanatta Luján" during the year 2022, with a total of 90 patients between 18 and 50 years old, sexually active and with current sexual partner, who did not present sexual dysfunction before surgery, which were distributed in two cohorts of 45 patients each (abdominal and vaginal hysterectomy cohort).

**Results:** The mean age in the vaginal and abdominal hysterectomy cohort were  $43.38 \pm 7.08$  and  $45.29 \pm 4.43$  ( $p = 0.129$ ) respectively; the use of psychotropic drugs, the presence of menopause, the presence of atrophy and the etiology of hysterectomy, had no statistically significant differences. The proportion of female sexual dysfunction in the vaginal and abdominal hysterectomy cohort were 31.11% vs 44.44% ( $p = 0.192$ ), with a relative risk of 0.74 and 95% CI [0.47 - 1.18].

**Conclusions:** Vaginal post hysterectomy sexual function is not different from abdominal post hysterectomy sexual function.

**Keywords:** Sexual function; Female sexual dysfunction; Vaginal hysterectomy; Abdominal hysterectomy.

# INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	6
III. HIPÓTESIS.....	7
IV. OBJETIVOS.....	8
V. MATERIAL Y METODOS.....	8
5.1    Diseño de investigación .....	8
5.2    Población y muestra .....	9
5.3    Operacionalización de variables.....	12
5.4    Procedimientos y técnicas .....	14
5.5    Análisis de información.....	15
5.6    Consideraciones éticas.....	16
VI. RESULTADOS .....	18
VII. DISCUSIÓN.....	23
VIII. CONCLUSIONES .....	28
IX. RECOMENDACIONES.....	29
X. REFERENCIAS.....	30
XI. ANEXOS.....	33

## I. INTRODUCCIÓN

La histerectomía se define como la extirpación del cuerpo uterino que puede involucrar también la extirpación del cuello uterino (histerectomía total) (1), comúnmente la vía empleada fue la laparotomía, aunque actualmente se han logrado otros abordajes, como la vía vaginal y el empleo de técnicas mínimamente invasivas como la laparoscopia, cirugía robótica o una combinación de las dos últimas (2).

Dentro de las cirugías abdominales, con mayor prevalencia e incidencia a nivel mundial realizadas en la población femenina, la histerectomía se ubica como el segundo lugar luego de la cesárea (3); así mismo, es una de las más comunes entre mujeres de 50 y 60 años. Sólo en Estados Unidos se estima alrededor de 600 000 procedimientos anuales; de estos, la vía abdominal representa el 63%, la vaginal el 29% y la laparoscópica un 8% (4).

Entre las principales etiologías o motivos de histerectomía, el 70% se realizan por patologías benignas como leiomiomas, dismenorrea grave (21%), prolapso uterino (16%), endometriosis (15%), adenomiosis (3%) y el 30% restante corresponde a alguna afección maligna del tracto genital o de los anexos, donde la ooforectomía bilateral abarca la mitad de los casos (5).

Como se ha hecho mención, principalmente se utilizan tres técnicas de abordaje quirúrgico: abdominal, vaginal y laparoscópico, son las dos últimas las que se vienen instaurando mayormente en la práctica debido a que la cirugía abdominal tiene mayores índices de complicaciones y mortalidad (6). La elección del procedimiento depende en su mayoría de los factores intrínsecos del paciente como la edad, comorbilidades, antecedentes de cirugías abdominales y volumen del útero (7,8). En especial, la cirugía laparoscópica se utiliza cada vez más, aunque inhibida por la curva de aprendizaje asociada con su dificultad técnica (9).

La histerectomía abdominal (HA) es la técnica más antigua de todas, es indicada principalmente ante situaciones oncológicas y dónde el tamaño del útero es comparable con las dimensiones de una gestación de 18 semanas o cuándo la paciente refiere antecedentes de cirugías previas, con riesgo de adherencias extensas (10). Así mismo, en la HA se eligen en pacientes nulíparas y en dónde la morfología vaginal sea el impedimento para la manipulación del instrumental durante el procedimiento (11).

Con respecto a la histerectomía vaginal (HV), los estudios previos aseguran que las dimensiones de la vagina son adecuadas para poder manipular el útero, y que este es móvil y no se encuentra adherido a estructuras adyacentes o se acompaña de alguna patología extrauterina (12). Se ha obtenido histerectomías exitosas con úteros de diámetros entre 8 y 10 cm o cuyo peso oscila entre los 200 y 300 gramos (13). La HV permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas,

permitiendo un fácil acceso a los ligamentos de sostén y a las arterias uterinas (14). En general se indica en mujeres con patología benigna que involucre un útero pequeño, endometriosis y prolapsos, e involucra una mayor destreza y técnica del cirujano, como ejemplo se puede mencionar a la técnica de morcelación que permite la extracción vaginal de úteros de úteros de más 1500cc o sin prolapso (15).

En perspectiva, la HV posee menor estancia hospitalaria (1 a 2 días), menor tiempo de recuperación (alrededor de 10 día) en comparación con la HA, también presenta menor tasa de complicaciones, las que se reportan alrededor del 7%, menor recurrencia de infecciones inespecíficas y de sitio operatorio y menor sangrado (16).

Adicionalmente, la histerectomía laparoscópica está cada vez siendo más practicada como parte de las nuevas cirugías mínimamente invasivas, incluso se han realizado investigaciones que informan mejores resultados que la HV. No obstante, es nuestro medio no se realiza con frecuencia ya que requiere de instrumental quirúrgico más costoso y mayor nivel de habilidades (17).

Pese a las diferentes técnicas empleadas, la histerectomía en general puede presentar complicaciones como lesiones del tracto genitourinario, infecciones del sitio quirúrgico o estructuras adyacentes, daños de estructuras nerviosas, incontinencia urinaria y dehiscencia del manguito vaginal, entre otras(18). A largo plazo, puede producirse una disfunción sexual (reducción persistente o recurrente del deseo sexual, excitación,

orgasmo, junto con la presencia de dolor) que, aunque no pone en peligro la vida, puede limitar significativamente la calidad de vida de la paciente (19).

Uno de los aspectos centrales en el bienestar biopsicosocial de la mujer es su sexualidad (18). La etiología de la disfunción sexual es muy compleja, ya que involucra factores psicológicos, genéticos y anatómicos (20). El útero es parte de la identidad sexual de la mujer, y cualquier patología que lo afecte puede conllevar problemas psicosexuales, como disminución de la libido y cambios en la sensibilidad genital (21). La histerectomía puede provocar cambios en la vascularización e inervación, junto con una disminución de la lubricación y un acortamiento vaginal, dando lugar a dispareunia (22).

A nivel global, estudios de seguimiento han indicado que existe entre 11% y 37% de mujeres histerectomizadas que manifiestan empeoramiento en su función sexual (FS) debido a la cirugía y actualmente no se ha logrado una conclusión exacta de cómo repercute la histerectomía FS, pues diferentes autores han indicado que la histerectomía no altera la función sexual, otros manifiestan que la mejora en relación a la FS basal y otro grupo ha mostrado deterioro significativo de la misma (23).

Para poder medir el grado de disfunción que se presenta se utiliza diversos cuestionarios, entre ellos el “índice de función sexual femenina” (IFSÍ), el cual consta de 19 preguntas que en conjunto evalúan la función sexual en las últimas 4 semanas, consta de 6 dominios: deseo sexual, excitación,

lubricación, orgasmo, satisfacción y dispareunia; cada ítem tiene 5 o 6 opciones de respuesta tipo Likert (24). Un puntaje bajo indica una peor sexualidad, y si el resultado es menor a 27 puntos, se indica que la mujer posee disfunción sexual. En cuanto a su validación, ya se ha utilizado en diferentes países de Latinoamérica (25,26), así como en Perú (27,28).

Okcu N, et al (2021), con el objetivo de investigar si existe diferencia significativa en la función sexual femenina de pacientes sometidas a histerectomía vaginal y abdominal, para ello reclutaron a 65 pacientes de Turquía con edad promedio de 60 años quienes fueron seguidas al año de haber sido operadas por histerectomía (vaginal o abdominal), utilizando el índice de función sexual, determinaron que la función sexual femenina no se ve afectada por el tipo de técnica de histerectomía vaginal o abdominal ( $p>0.05$ ), concluyendo que la función sexual femenina al año de la cirugía no sufre mayores cambios al ser realizada por vía vaginal o por abdomen (29).

Correa J, et al (2017), realizaron un estudio de cohortes prospectiva con el fin de identificar las diferencias en calidad de vida y función sexual en mujeres sometidas a histerectomía vaginal o abdominal, para lo cual incluyeron a 24 mujeres en el grupo de histerectomía vaginal y 22 en el grupo de abordaje abdominal, todas ellas de Colombia, programadas para cirugía por patología benigna uterina, y se les aplicó el cuestionario de índice de Función Sexual Femenina a los 2 y 4 meses del postoperatorio. Entre sus resultados se observa que la edad promedio fue de 41 a 44 años,

el puntaje de función sexual no difirió significativamente entre ambos tipos de intervención (23.4 y 24.7 para abdominal y vaginal, respectivamente), concluyendo así que el efecto sobre la función sexual femenina no difiere significativamente entre la histerectomía abdominal o vaginal (30).

Checa M (Ecuador, 2017), se propuso establecer la relación entre la afectación de la función sexual femenina y el antecedente de histerectomía vía vaginal o abdominal, para ello llevó a cabo un estudio analítico retrospectivo que involucró a 167 mujeres sometidas a histerectomía por patología uterina benigna, 49 de ellas intervenidas por vía vaginal y 119 por vía abdominal, con edad promedio de 46 años, evaluando la función sexual con el índice de función sexual femenina, en donde reportan que dicha función no se ve más alterada cuando la paciente se expone a histerectomía vaginal o abdominal ( $p>0.05$ ) (31).

Como se puede observar, existe discrepancia entre si la FS femenina se afecta sustancialmente luego de la histerectomía, por cualquier de las técnicas más comunes como la vía vaginal o abdominal, por lo tanto, es de importancia continuar la investigación, ya que si la HV no afecta la FS o la afecta tan igual que la HA, entonces podría el abordaje vaginal convertirse en el principal procedimiento (respetando las contraindicaciones y excepciones), así las mujeres intervenidas tendrán todas las ventajas de este modo de abordaje, dejando a la HA para ciertos casos en los cuales la vía vaginal se encuentre restringida y no solo como “preferencia” del médico tratante, por tal motivo, y al no existir un estudio local que compare

la FS femenina luego de ambas técnicas, es que se propone la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo impacta la histerectomía vaginal y abdominal en la FS de mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", 2022?, pretendiendo servir como punto de partida de nuevas investigaciones y mostrar resultados que ayuden a promover mayor aplicación del abordaje vaginal.

## **II. Enunciado del Problema:**

¿Cómo impacta la histerectomía vaginal y abdominal en la función sexual de mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", 2022?

## **III. Hipótesis**

### **3.1 Hipótesis nula (Ho)**

La función sexual posthisterectomía vaginal no es diferente de la función sexual posthisterectomía abdominal en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján" durante el 2022.

### **3.2 Hipótesis alterna (Ha)**

La función sexual posthisterectomía vaginal si es diferente de la función sexual posthisterectomía abdominal en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján" durante el 2022.

## **IV. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Evaluar la función sexual posthisterectomía vaginal y abdominal en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", 2022.

### **4.2 Objetivos específicos**

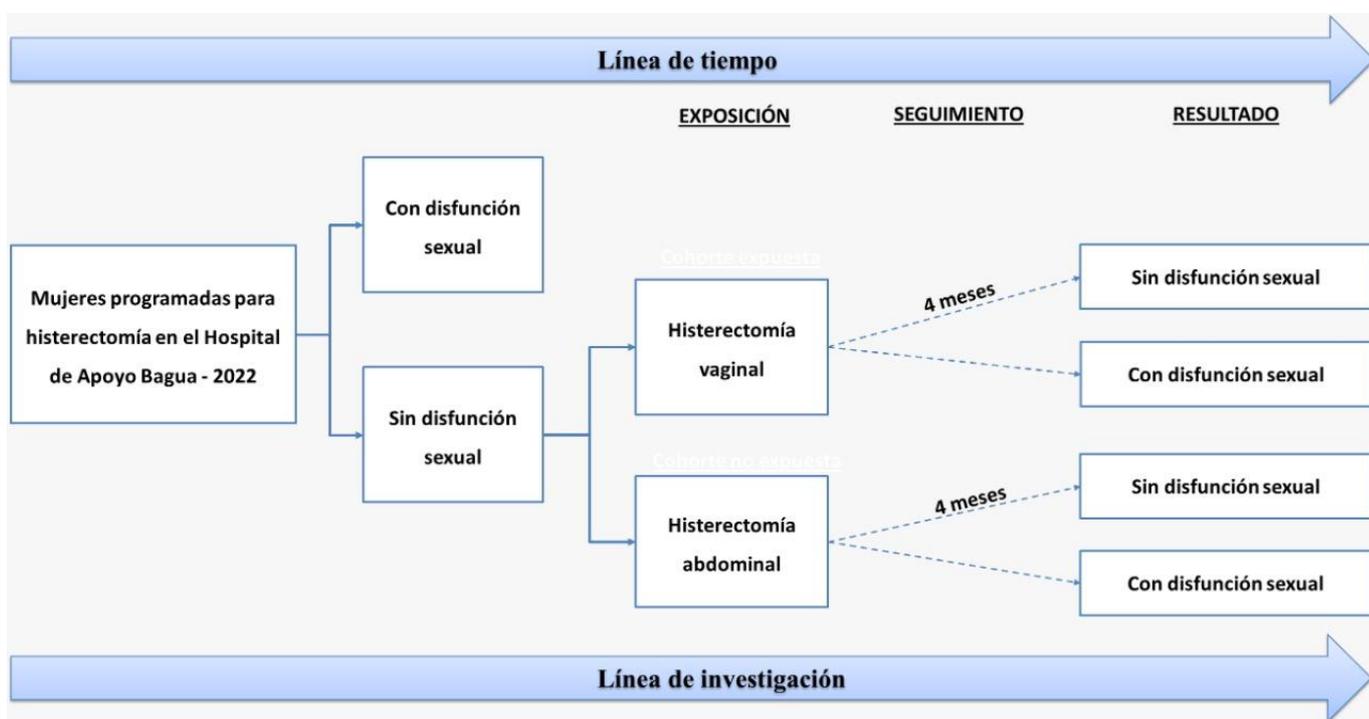
- Identificar la función sexual femenina después de la histerectomía vaginal.
- Conocer la función sexual femenina después de la histerectomía abdominal.
- Comparar la incidencia de disfunción sexual femenina post histerectomía vaginal y abdominal.

## V. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1 Diseño de estudio:

Se diseñó un estudio de cohortes prospectivas.

#### Diseño específico



### 5.2 Población, muestra y muestreo:

**Población:** Mujeres programadas para histerectomía en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján" durante el 2022.

**Muestra:** Se calculó el tamaño muestral mediante EPIDAT 4.2, en el módulo de estudios de cohorte, ingresando la información de un estudio

previo en donde el riesgo de disfunción sexual en histerectomía vaginal fue del 28.14 y de 42.85 en histerectomía abdominal (26), considerando además una razón de expuestos/no expuestos de 1, confianza del 95% y potencia del 80%, se obtuvo un total de 358 pacientes, según:

**Tamaños de muestra. Estudios de cohorte:**

**Datos:**

Riesgo en expuestos:	28,140%
Riesgo en no expuestos:	42,850%
Riesgo relativo a detectar:	0,657
Razón no expuestos/expuestos:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

**Resultados:**

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Expuestos	No expuestos	Total
80,0	179	179	358

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

Así mismo dado que la población de referencia del hospital es finita y asciende a 120 pacientes, se tuvo que realizar la “corrección para poblaciones finitas” (32), según:

$$n_p = \frac{n}{[1+(n/N)]}$$

Donde, n es igual a 358 y N es igual a 120.

Luego de reemplazar se obtuvo una muestral final de 90 pacientes (45 expuestos a histerectomía vaginal y 45 a histerectomía abdominal).

### 5.2.1 Criterios de selección

#### Criterios de inclusión

- **Grupo histerectomía vaginal:** Mujeres de edades entre 18 y 50 años, sexualmente activas y con pareja sexual actual, que no presenten disfunción sexual antes de la cirugía y en quienes se realizó histerectomía vaginal por patología uterina benigna (incluyendo leiomiomatosis uterina, hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico) con evolución mínima de 4 meses luego de cirugía.
- **Grupo histerectomía abdominal:** Mujeres de edades entre 18 y 50 años, sexualmente activas y con pareja sexual actual, que no presenten disfunción sexual antes de la cirugía en quienes se realizó histerectomía abdominal por patología uterina benigna (incluyendo leiomiomatosis uterina, hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico) con evolución mínima de 4 meses luego de cirugía.

#### 5.2.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes en quienes se realizó histerectomía por prolapso uterino con evidencia ecográfica de útero mayor a 1000cc y con anomalías en canal vaginal que contraindicaron la opción de HV.

- Mujeres sin pareja sexual antes de la cirugía o que hayan cambiado de pareja o hysterectomizadas en otros centros hospitalarios.
- Pacientes que no aceptaron participar o con discapacidad cognitiva que les impidiera responder los cuestionarios.
- Pacientes con disfunción sexual.
- Paciente con signos asociados a hipoestrogenismo, salvo que las pacientes estén utilizando estrógenos.

### 5.2.3 Definición operacional de variables:

Variable	Definición operacional	Tipo y Escala	Indicador
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>			
<b>Tipo de Histerectomía</b>	Tipo de abordaje de extracción del útero (con o sin anexos) según reporte operatorio, clasificado como vaginal o abdominal.	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaginal</li> <li>• Abdominal</li> </ul>
<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>			
<b>Función sexual femenina</b>	Evaluación del impacto de la función sexual mediante la aplicación del cuestionario "Índice de Función Sexual Femenina" después de mínimo 4 meses de la hysterectomía (24): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con disfunción sexual: &lt;27 puntos</li> <li>• Sin disfunción sexual: ≥27 puntos</li> </ul>	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con disfunción sexual</li> <li>• Sin disfunción sexual</li> </ul>
<b>• VARIABLES INTERVINIENTES</b>			
<b>Edad</b>	Años de vida del paciente hasta su cirugía, verificado por documento de identidad y en reporte operatorio.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18-29 años</li> <li>• 30-39 años</li> <li>• 40-50 años</li> </ul>
<b>Consumo de psicofármacos</b>	Haber consumido algún antipsicótico, ansiolítico, antidepresivo o estabilizador del ánimo en el último mes antes de la cirugía y/o dentro de los 6 meses posteriores, con o sin indicación médica.	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si consumió</li> <li>• No consumió</li> </ul>

<b>Estado menopáusico</b>	Presentar amenorrea por más de 12 meses (previo a la histerectomía), reportado en historia clínica como última menstruación(33).	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Etiología de histerectomía	Diagnóstico de ingreso hospitalario prequirúrgico o causa identificada en historia clínica, que motivó la histerectomía.	Cualitativa Nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miomatosis</li> <li>• Hemorragia uterina</li> <li>• Dolor pélvico crónico</li> </ul>
Atrofia vaginal	Diagnóstico médico-ginecológico de atrofia vaginal o necesidad regular de uso de estrógenos vaginales (lubricantes).	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>

#### 5.2.4 Procedimientos y técnicas:

Con la aceptación y aprobación del proyecto por parte del hospital mencionado, se dio inicio a la búsqueda de las historias clínicas de las pacientes histerectomizadas. Se incluyeron a todas las pacientes posthisterectomía al cuarto mes de realizada la intervención, verificando su inclusión según los criterios de selección mencionados previamente. Se aplicó el cuestionario del índice de función sexual femenina (IFSF) a todas las pacientes incluidas, y aquellas que deseaban participar en el estudio de forma voluntaria. Esto se logró tanto en consulta externa de ginecología (control postoperatorio) como a través de llamadas telefónicas, como se indicaba en la historia clínica.

Como paso previo, se solicitó la autorización informada para la participación en el estudio, y luego se procedió a aplicar el cuestionario de función sexual enfocándolo en "las últimas 4 semanas antes de la cirugía". Esto se hizo para determinar la función sexual basal, incluyendo únicamente a aquellas pacientes que no presentaban disfunción sexual. Además, se aplicó el

cuestionario de función sexual enfocado en "las últimas 4 semanas" del momento en que se realizaba la encuesta, con el fin de obtener datos sobre la función sexual post histerectomía.

Posteriormente, se revisó la historia clínica de cada paciente seleccionada para extraer la información necesaria y completar la hoja de recolección de datos elaborada para este trabajo (ANEXO N.º 01). Esta hoja de recolección de datos estaba codificada para garantizar la confidencialidad de los datos. Toda la información se extrapoló a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016 para crear una base de datos, la cual fue analizada estadísticamente utilizando SPSS 26.

#### **5.2.5 Plan de análisis de datos**

**Estadística Descriptiva:** Se calcularon las frecuencias porcentuales para las variables categóricas y estas se presentan en tablas de doble entrada. Así mismo se presentan los promedios del puntaje obtenido con su respectiva desviación estándar.

**Estadística analítica:** Para determinar la diferencia de promedios de puntaje de IFSF se utilizó el test de t de student, aceptando una diferencia significativa si  $p < 0.05$ . El análisis cualitativo de la disfunción sexual se realizó mediante la aplicación de Chi-cuadrado, evidenciando significancia del resultado si  $p < 0.05$ . se calculó además el riesgo relativo e intervalo de confianza al 95%.

### **5.2.6 Aspectos éticos:**

A cada paciente se le solicitó de forma expresa su participación voluntaria mediante la aceptación del consentimiento informado (Anexo 02), así mismo, se obtuvo el permiso para el ingreso a archivo de historias clínicas para iniciar la recolección de datos, los cuales fueron usados tomando en cuenta la declaración de Helsinki (34) y la ley general de salud peruana(35) la cual informa acerca de la veracidad de los datos obtenidos y que solo deben ser utilizados para fines de investigación.

## **VI. RESULTADOS:**

Se realizó un estudio observacional, analítico de cohortes prospectivos, en el Servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján" durante el año 2022, teniendo como total de evaluados a 90 pacientes entre 18 y 50 años, sexualmente activas y con pareja sexual actual, que no presenten disfunción sexual antes de la cirugía, las cuales fueron distribuidas en dos cohortes de 45 pacientes cada una (histerectomía abdominal y vaginal).

La tabla 1 muestra los resultados entre histerectomía vaginal e histerectomía abdominal; la edad promedio en ambos grupos fue  $43,38 \pm 7,08$  y  $45,29 \pm 4,43$  ( $p = 0,129$ ); el uso de psicofármacos, la presencia de

menopausia, la presencia de atrofia y la etiología de la histerectomía, no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

La Tabla 2 muestra los scores de cada dominio de la función sexual en ambos grupos sometidos a Histerectomía Vaginal e Histerectomía Abdominal, se evaluaron seis dominios de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Por cada dominio, se proporcionan valores medios con sus respectivas desviaciones estándar. Se observa que los promedio en el dominio deseo ( $3,93 \pm 0,94$  VS  $4,12 \pm 0,84$ ) son estadísticamente diferentes entre ambos grupos siendo mayores en el de histerectomía abdominal y la lubricación ( $4,37 \pm 0,85$  VS  $4,22 \pm 0,86$ ) son estadísticamente diferentes en ambos grupos siendo mayores en el de histerectomía vaginal, en los demás no se encontró diferencias significativas.

La tabla 3 se aprecia que la proporción de disfunción sexual en las pacientes sometidas a histerectomía vaginal (31,11%) fue menor que las sometidas a histerectomía abdominal (44,44%) sin diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,192$ ), con un riesgo relativo de 0,74 e IC 95% [0,47 - 1,18].

**Tabla 1**

Distribución de mujeres programadas para histerectomía según características clínicas y según el tipo de Histerectomía.

Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján

2022

Características clínicas	Tipos de Histerectomía		*Valor p
	Histerectomía Vaginal (45)	Histerectomía Abdominal (45)	
<b>Edad (años)</b>	43,38 ± 7,08	45,29 ± 4,43	0,129
<b>Psicofármacos</b>			0,561
Si	8 (17,78%)	6 (13,33%)	
No	37 (82,22%)	39 (86,67%)	
<b>Menopausia</b>			0,827
Si	29 (64,44%)	28 (62,22%)	
No	16 (35,56%)	17 (37,78%)	
<b>Atrofia</b>			1
Si	9 (20%)	9 (20%)	
No	36 (80%)	36 (80%)	
<b>Etiología de la histerectomía</b>			0,099
Miomatosis	16 (35,56%)	10 (22,22%)	
Hemorragia	20 (44,44%)	17 (37,78%)	
Dolor pélvico	9 (20%)	18 (40%)	

\*t student; chi cuadrado

Fuente: Archivo del Servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján

**Tabla 2**

Dominios de la función sexual femenina según el tipo de histerectomía vaginal y histerectomía abdominal.

Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján

2022

Dominios de la Función sexual	Tipos de Histerectomía		*Valor p
	Histerectomía Vaginal (45)	Histerectomía Abdominal (45)	
<b>Deseo</b>	3,93 ± 0,94	4,12 ± 0,84	0,309
<b>Excitación</b>	4,46 ± 0,05	4,38 ± 0,83	0,673
<b>Lubricación</b>	4,37 ± 0,85	4,22 ± 0,86	0,419
<b>Orgasmo</b>	4,40 ± 0,70	4,44 ± 0,64	0,802
<b>Satisfacción</b>	4,56 ± 0,81	4,59 ± 0,74	0,870
<b>Dolor</b>	4,27 ± 0,80	4,36 ± 0,63	0,551

\*t de student

Fuente: Archivo del Servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján

**Tabla 3**

Disfunción sexual femenina y según el tipo de Histerectomía vaginal y abdominal.

Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján  
2022

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	Tipos de Histerectomía				*Valor p
	Histerectomía Vaginal (45)		Histerectomía Abdominal (45)		
	N°	%	N°	%	
Si	14	(31,11%)	20	(44,44%)	0,192
No	31	(68,89%)	25	(55,56%)	
<b>TOTAL</b>	45	100%	45	100%	

\*Chi cuadrado. **RR = 0,74 IC 95% [0,47 – 1,18]**

Fuente: Archivo del Servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján

## VII. DISCUSIÓN

Cada año, un considerable número de mujeres se someten a histerectomías, y aproximadamente el 70% de estas intervenciones se realizan por razones benignas, como leiomiomas, adenomiosis, dismenorrea grave y prolapso uterino (36). En Estados Unidos, la histerectomía es una de las cirugías más comunes, con más de 400.000 procedimientos hospitalarios realizados en el año 2010 (37). El enfoque quirúrgico utilizado para la histerectomía es el factor más significativo en términos de morbilidad postoperatoria y hasta el momento, los abordajes utilizados para las histerectomías incluyen la vía vaginal, abdominal, laparoscópica y laparoscópica asistida por robot (38).

Por otro lado, las disfunciones sexuales pueden manifestarse tanto en hombres como en mujeres y pueden generar problemas en todas las etapas de la respuesta sexual, incluyendo el deseo sexual, la excitación y el orgasmo (39). Estos procesos están mediados por complejas interacciones de los sistemas nerviosos somático y autónomo a nivel central y periférico, las cuales aún no se comprenden completamente. En el caso de las mujeres, alteraciones en la respuesta endocrina, neural o vascular debido al envejecimiento, enfermedades médicas, trastornos neurológicos, cirugías o medicamentos pueden dar lugar a disfunciones sexuales que afectan significativamente la calidad de vida de las pacientes (40).

Existe una controversia en cuanto a si existen diferencias entre las mujeres que se someten a diferentes tipos de histerectomía. Independientemente de la técnica utilizada, la cirugía resulta en una variación en la longitud total de la vagina, y esto podría tener un impacto en la función sexual femenina (41). Sin embargo, los efectos precisos de este procedimiento quirúrgico tan común en la longitud vaginal y la función sexual aún no están claros.

En relación a la diferencia de disfunción sexual femenina y los tipos de histerectomía vaginal y abdominal, esta investigación encontró que la disfunción sexual femenina entre los grupos de histerectomía fue proporcionalmente similar, es decir no hubo diferencias significativas; en relación sobre este hallazgo, un estudio realizado en Turquía por Ercan Ö et al (42), en el que comparó la función sexual femenina a través de la escala PISQ-12 en grupos de diferentes técnicas quirúrgicas de histerectomía, no encontró diferencias entre ellas  $p = 0,047$ ; otro estudio realizado en el mismo país por Okcu N et al (43), investigaron si existe una diferencia significativa entre las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, histerectomía laparoscópica e histerectomía abdominal en términos de función sexual y calidad de vida, no encontraron diferencias significativas entre los tres grupos HV, HL e HA en cuanto a las puntuaciones de PISQ-12 (Escala de calidad de vida y el índice de la escala de función sexual); otro estudio comparado las tres técnicas de histerectomía (HV, HL e HV), realizado en Sri Lanka por Ekanayake C et al (44), encontraron que la función sexual entre las pacientes de los diferentes

grupos medida a través de los cuestionarios ICIQ-VS e ICIQ-FLUTS, no encontraron diferencias.

Los hallazgos de estos autores en relación a los nuestros son coincidentes, y como ya se había referido, probablemente la histerectomía puede causar cambios en la anatomía y estructura de los órganos reproductivos, lo cual puede influir en la respuesta sexual y el disfrute sexual de la mujer, así mismo, se puede afectar el equilibrio hormonal y la lubricación vaginal, lo cual puede tener consecuencias en la excitación y la comodidad durante las relaciones sexuales, aunque, estos resultados también pueden deberse al uso de diferentes parámetros y definiciones de función sexual (45).

Este estudio presenta algunas limitaciones, en primer lugar, el tamaño de la muestra pequeña de participantes, podría limitar la generalización de los hallazgos y su aplicabilidad a un contexto más amplio; la falta de un grupo de control adecuado podría dificultar la comparación precisa entre los grupos de histerectomía y no histerectomía. También, la falta de evaluación estandarizada, si no se utilizan instrumentos o cuestionarios estandarizados y validados para evaluar la función sexual femenina, puede haber limitaciones en la medición precisa y confiable de los resultados. Esto puede afectar la comparabilidad de los resultados con otros estudios y la interpretación de los hallazgos.

Sería conveniente que en futuros estudios se pueda abordar a través de investigaciones longitudinales que sigan a mujeres sometidas a histerectomía vaginal y abdominal a lo largo del tiempo, evaluando de manera sistemática y repetida su función sexual; por otro lado, sería relevante investigar y determinar qué factores preoperatorios pueden predecir el impacto en la función sexual después de una histerectomía; también se podría realizar investigaciones de intervenciones terapéuticas específicas dirigidas a mejorar la función sexual en mujeres que han sido sometidas a histerectomía.

## VIII. CONCLUSIONES

1. La disfunción sexual femenina en el grupo de cohorte vaginal fue 31,11%.
2. La disfunción sexual femenina en el grupo de cohorte abdominal fue 44,44%.
3. No se encontró una medida de asociación significativa en este estudio, mostrando que la proporción de disfunción sexual femenina en ambos grupos fue similar.

## **IX. RECOMENDACIONES**

Basándonos en los resultados de este estudio, se pueden hacer algunas recomendaciones para la práctica clínica y la investigación futura. En primer lugar, es fundamental que los profesionales de la salud discutan de manera abierta y franca con las mujeres que serán sometidas a histerectomía sobre los posibles impactos en su función sexual. Esto puede incluir información sobre los cambios anatómicos y fisiológicos esperados, así como la posibilidad de alteraciones en la respuesta sexual.

Además, se recomienda llevar a cabo evaluaciones preoperatorias exhaustivas de la función sexual de las mujeres, utilizando cuestionarios validados y considerando factores como la edad, la salud mental y el estado hormonal. Esto permitirá una línea de base clara y ayudará a detectar posibles cambios postoperatorios.

Dar a conocer al personal médico que la disfunción sexual en ambos grupos de pacientes sometidos a histerectomía vaginal y abdominal fue similar, entonces el abordaje quirúrgico vaginal puede convertirse en el principal procedimiento respetando las contraindicaciones y excepciones y así las mujeres intervenidas tendrán todas las ventajas de este tipo de abordaje, dejando a la histerectomía abdominal para ciertos casos en los cuales la vía vaginal se encuentre restringida y no solo como preferencia del médico tratante.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Magnuszewska J, Lew Z. Seksualność K. Sexuality of Women after Gynecologic Surgery. *Przeegląd Seksuologiczny*. 2020. 24:29-34
2. Neis KJ, Zubke W. Indications and Route of Hysterectomy for Benign Diseases. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2016;76(4):350-364.
3. Loukas R, Shane T. Anatomical Complications of Hysterectomy: A review. *Clin Anat*. 2017; 30 (7): 946-952.
4. Kale A, Terzi H. Single-port access total laparoscopic hysterectomy with Korean-made OCTO Port: Turkish surgeons' initial experience. *J Obstet Gynaecol*. 2016; 36(1):114-8.
5. Kozłowski Mateusz, Gargulińska Paula. Sexuality of Women after Gynecological Surgeries. *Healthcare (Basel)*. 2020; 8(4): 393.
6. Yasmina M, Chiu V. Size matters in planning hysterectomy approach. *Womens Health (Lond)*. 2016; 12(4): 400-3.
7. Boztosun A, Atilgan R. A new method used in laparoscopic hysterectomy for uterine manipulation: uterine rein technique. *J Obstet Gynaecol*. 2018;38(6):864-868.
8. 2018;38(6):864-868.
9. Michelle L, Paula S, Uterine weight and complications after abdominal, laparoscopic, and vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219(5):480. e1-480.e8.
10. Aarts J, Nieboer T, Johnson N, Tavender E, Garry R, et al. Surgical Approach to Hysterectomy for Benign Gynaecological Disease. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2015:CD003677.

11. Susanne H, Nargis N. Systematic Review and Meta-Analysis on Hysterectomy by Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) Compared to Laparoscopic Hysterectomy for Benign Indications. *J Clin Med.* 2020; 9(12):3959
12. Praiss A, Huang Y, Clair C, Melamed A, Khoury F, Hou J, et al. Long-term outcomes of vaginal hysterectomy for endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2021; S0090-8258(21): 01526-2.
13. Schmitt J, Carranza D. Determining Optimal Route of Hysterectomy for Benign Indications: Clinical Decision Tree Algorithm. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(1): 130-8.
14. Bretschneider E, Frazzini P. The impact of surgeon volume on perioperative adverse events in women undergoing minimally invasive hysterectomy for the large uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 219(5): 490. e1-e8.
15. Sirota I, Tomita S, Dabney L, Weinberg A, Chuang L. Overcoming barriers to vaginal hysterectomy: An analysis of perioperative outcomes. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2019; 20(1): 8–14.
16. Santos A, Gorbea V, Rodriguez S, Ramirez C, Torres E, Gamez P. Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante morcelación y aguja de Deschamps. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:148-154.
17. Sobral E, Soto M. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clin Invest Gin Obst.* 2015; 42(1): 25-32

18. Walters M, Ridgeway B. Increasing Utilization of Minimally Invasive Hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 2017; 60(2): 273-285.
19. Monky N, Mohan Y, Chiu V, Park J, Kivnick S, Hong C, et al. Hysterectomy for benign conditions: Complications relative to surgical approach and other variables that lead to post-operative readmission within 90 days of surgery. *Womens Health (Lond).* 2017; 13(2):17-26.
20. Thakar R. Is the Uterus a Sexual Organ? Sexual Function Following Hysterectomy. *Sex. Med. Rev.* 2015;3:264–278.
21. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Psychiatr Clin North Am.* 2017; 40(2):267-284.
22. Schmidt A, Sehnem G, Cardoso L, Quadros J, Ribeiro A, Neves E. Sexuality Experiences of Hysterectomized Women. *Escola. Anna. Nery.* 2019;23(1): 203-212.
23. Ramdhan RC, Loukas M, Tubbs RS. Anatomical complications of hysterectomy: A review. *Clin Anat.* 2017; 30(7):946-952.
24. Angel C, Gonzalez G, gonzalez E, Serna M, Soler R. Does Sexual Function Change after Hysterectomy? *Clin Invest Gin Obst.* 2020; 47(2): 40-50.
25. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):191-208.

- 26.**Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(2):118-25.
- 27.**Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterization of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2018; 69: 9 -21.
- 28.**Díaz C, Samalvides F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. Rev. chil. obstet. Ginecol. 2017; 82(4): 386-95.
- 29.**Orderique R. Evaluación del índice de función sexual femenina en mujeres adultas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, Lima, Septiembre – Octubre 2018. (Tesis para optar el grado de maestra en obstetricia con mención en salud reproductiva). Universidad San Martín de Porres. Facultad De Obstetricia y Enfermería; Lima, 2019.
- 30.**Okcu N, Gurbuz T, Uysal G. Comparison of patients undergoing vaginal hysterectomy with sacrospinous ligament fixation, laparoscopic hysterectomy with sacrocolpopexy and abdominal hysterectomy with sacrocolpopexy in terms of postoperative quality of life and sexual function. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2021; 50(4): 101977.
- 31.**Correa J, Pandales H, Roman V, Palacio B, Zuleta J. Impacto de la histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. estudio de cohortes, Medellín, 2015. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017; 68: 12-24.

- 32.** Checa M. Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el Hospital Eugenio Espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. Ecuador; 2017.
- 33.** Seonae T, Martín J, Martín E, Lurueña S, Alonso F. Curso de introducción a la investigación clínica. Capítulo 5: Selección de la muestra: técnicas de muestreo y tamaño muestral. SEMERGEN. 2007; 33(7): 356-61.
- 34.** Turiño M, Colomé T, Fuentes E, Palmas S. Síntomas y enfermedades asociadas al climaterio y la menopausia. Medicentro Electrónica. 2019; 23(2): 116-124.
- 35.** Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra, 2008.
- 36.** Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de la salud Ley N° 29414. Perú 2009.
- 37.** Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G. No. 109-Hysterectomy. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. 2018;40(7):e567-79.
- 38.** Margulies SL, Vargas MV, Denny K, Sparks AD, Marfori CQ, Moawad G, et al. Comparing benign laparoscopic and abdominal hysterectomy outcomes by time. Surg Endosc. 2020;34(2):758-69.
- 39.** Lee SH, Oh SR, Cho YJ, Han M, Park JW, Kim SJ, et al. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. BMC Womens Health. 2019;19(1):83.
- 40.** Starc A, Trampuš M, Pavan Jukić D, Rotim C, Jukić T, Polona Mivšek A.

INFERTILITY AND SEXUAL DYSFUNCTIONS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. *Acta Clin Croat.* 2019;58(3):508-15.

41. Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, et al. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue? *Brain Behav.* 2019;9(12):e01389.
42. De La Cruz JF, Myers EM, Geller EJ. Vaginal versus robotic hysterectomy and concomitant pelvic support surgery: a comparison of postoperative vaginal length and sexual function. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21(6):1010-4.
43. Ercan Ö, Özer A, Köstü B, Bakacak M, Kıran G, Avcı F. Comparison of postoperative vaginal length and sexual function after abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2016;132(1):39-41.
44. Okcu NT, Gürbüz T, Uysal G. Comparison of patients undergoing vaginal hysterectomy with sacrospinous ligament fixation, laparoscopic hysterectomy with sacrocolpopexy and abdominal hysterectomy with sacrocolpopexy in terms of postoperative quality of life and sexual function. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021;50(4):101977.
45. Ekanayake C, Pathmeswaran A, Herath R, Wijesinghe P. Vaginal, sexual and urinary symptoms following hysterectomy: a multi-centre randomized controlled trial. *Womens Midlife Health.* 2020;6:1.
46. Forsgren C, Amato M, Johannesson U. Effects of hysterectomy on pelvic floor function and sexual function-A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022;101(10):1048-56.

## XI. ANEXOS

### ANEXO 01

#### Hoja de recolección de datos

“Impacto de la histerectomía vaginal y abdominal sobre la función sexual en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Bagua, 2022”

<b>Histerectomía</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vaginal ( )</li><li>• Abdominal ( )</li></ul>
<b>ISFS después de la cirugía:_____</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si disfunción ( )</li><li>• No disfunción ( )</li></ul>
<b>Edad _____ años</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 18-29 años ( )</li><li>• 30-39 años ( )</li><li>• 40-49 años ( )</li><li>• 50-65 años ( )</li></ul>
<b>Grado de instrucción</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno ( )</li><li>• Primaria ( )</li><li>• Secundaria ( )</li><li>• Superior ( )</li></ul>
<b>Estado conyugal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Con pareja ( )</li><li>• Sin pareja ( )</li></ul>
<b>Procedencia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rural ( )</li><li>• Urbano ( )</li></ul>
<b>Etiología de histerectomía</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Miomas ( )</li><li>• Hemorragia ( )</li><li>• Dolor pélvico crónico ( )</li></ul>
<b>Atrofia vaginal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li><li>• No</li></ul>

## ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

### INSTRUCCIONES

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas (antes de la cirugía y antes del momento presente). Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

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

Cálculo de puntaje (solo llenado por la investigadora)

DOMINIO	PREGUNTAS	RANGO	FACTOR	SCORE MÍNIMO	SCORE MÁXIMO	SCORE
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 (ó 1) - 5	0.4	0	6.0	
Dolor	17, 18, 19	0- 5	0.4	0	6.0	
RANGO TOTAL DE LA ESCALA				2.0	36.0	

### MARQUE SÓLO UNA ALTERNATIVA POR PREGUNTA

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1	En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo sexual?	5	Casi siempre o siempre
		4	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca
2	En las últimas 4 semanas ¿En qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo sexual?	5	Muy alto
		4	Alto
		3	Regular
		2	Bajo
		1	Muy bajo o nada
3	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca

4	En las últimas 4 semanas ¿En qué porcentaje estimaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Muy alto
		4	Alto
		3	Moderado
		2	Bajo
		1	Muy bajo o nada
5	En las últimas 4 semanas ¿Qué confianza tenía de poder lograr excitación sexual durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Muy alta confianza
		4	Alta confianza
		3	Moderada confianza
		2	Baja confianza
		1	Muy baja o sin confianza
6	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca
7	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha lubricado (mojado) naturalmente durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca
8	En las últimas 4 semanas ¿Cuán difícil fue lubricarse (mojarse) naturalmente, durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		1	Extremadamente difícil o imposible
		2	Muy difícil
		3	Difícil
		4	Levemente difícil
		5	Sin dificultad
9	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia mantuvo la lubricación natural hasta completar la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca
10	En las últimas 4 semanas ¿Cuán difícil fue mantener su lubricación natural hasta completar la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		1	Extremadamente difícil o imposible
		2	Muy difícil
		3	Difícil
		4	Levemente difícil
		5	Sin dificultad
11	En las últimas 4 semanas ¿Cuándo ha tenido estimulación sexual, con qué frecuencia logró el orgasmo (climax)?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muy muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca

12	En las últimas 4 semanas ¿Cuán difícil fue lograr el orgasmo (climax) durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		1	Extremadamente difícil o imposible
		2	Muy difícil
		3	Difícil
		4	Levemente difícil
		5	Sin dificultad
13	En las últimas 4 semanas ¿Cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo (climax) durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Muy satisfecha
		4	Moderadamente satisfecha
		3	Igualmente satisfecha e insatisfecha
		2	Moderadamente insatisfecha
		1	Muy insatisfecha
14	En las últimas 4 semanas ¿Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?	0	Sin actividad sexual
		5	Muy satisfecha
		4	Moderadamente satisfecha
		3	Igualmente satisfecha e insatisfecha
		2	Moderadamente insatisfecha
		1	Muy insatisfecha
15	En las últimas 4 semanas ¿Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?	5	Muy satisfecha
		4	Moderadamente satisfecha
		3	Igualmente satisfecha e insatisfecha
		2	Moderadamente insatisfecha
		1	Muy insatisfecha
16	En las últimas 4 semanas ¿Cuán satisfecha ha estado con su vida sexual en general?	5	Muy satisfecha
		4	Moderadamente satisfecha
		3	Igualmente satisfecha e insatisfecha
		2	Moderadamente insatisfecha
		1	Muy insatisfecha
17	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?	0	Sin actividad sexual
		1	Casi siempre o siempre
		2	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		4	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		5	Casi nunca o nunca
18	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?	0	Sin actividad sexual
		1	Casi siempre o siempre
		2	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		4	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		5	Casi nunca o nunca
19	En las últimas 4 semanas ¿Con qué porcentaje usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?	0	Sin actividad sexual
		1	Muy alto
		2	Alto
		3	Regular
		4	Bajo
		5	Muy bajo o nada

## ANEXO 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento usted acepta participar de la investigación titulada “Impacto de la histerectomía vaginal y abdominal sobre la función sexual en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Bagua, 2022”.

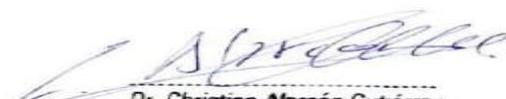
- Su participación en la presente es voluntaria, no otorga beneficios monetarios y es totalmente confidencial, de manera que el contenido solo será manejado por los encargados de la tesis y únicamente para fines académicos y profesionales.
- Así mismo, usted acepta que antes de participar se le ha explicado y esclarecido sus dudas con respecto su participación, cabe mencionar que es libre de decidir no aceptar participar.

Fecha:



\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora



Dr. Christian Alarcón Gutiérrez  
MEDICO CIRUJANO CMP 53164  
GINECOLOGO-OBSTETRA RNE. 2015

\_\_\_\_\_  
**DR. CHRISTIAN ALARCÓN GUTIÉRREZ**  
**ASESOR**