



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Efecto sobre la satisfacción sexual en mujeres premenopáusicas a quienes se les practica histerectomía total por laparotomía versus histerectomía total laparoscópica, por patología benigna en el Hospital Universitario Nacional de Colombia en el periodo de tiempo comprendido entre 2022 y 2023

**Karen Daniela Paola Cepeda Forero
Zayda Astrid Jacanamejoy Jacanamejoy**

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Especialidad en Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

2023

Efecto sobre la satisfacción sexual en mujeres premenopáusicas a quienes se les practica histerectomía total por laparotomía versus histerectomía total laparoscópica, por patología benigna en el Hospital Universitario Nacional de Colombia en el periodo de tiempo comprendido entre 2022 y 2023

**Karen Daniela Paola Cepeda Forero
Zayda Astrid Jacanamejoy Jacanamejoy**

Trabajo presentado para Optar el Título de Especialista en Obstetricia y Ginecología

Director (a):

Daniel Cortés Díaz

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Magíster en estudios de género, mujer y desarrollo. Especialista en proyectos de desarrollo con perspectiva de género. Fellow en cirugía endoscópica ginecológica laparoscopia histeroscopia. Fellow en Ginecología urológica y piso pélvico. Profesor asociado Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de Colombia

Codirector (a):

Ariel Iván Ruiz Parra

Profesor Titular con Tenencia del Cargo Departamento de Obstetricia y Ginecología e Instituto de Investigaciones Clínica. Universidad Nacional de Colombia. Maestro Colombiano de la Ginecología y Obstetricia (FECOLSOG)

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Departamento de Obstetricia y Ginecología

Especialidad en Obstetricia y Ginecología

Bogotá, Colombia

2023

(Dedicatoria o lema)

A nuestro profesor Dr. Ariel Ruiz por su tiempo, compromiso, paciencia y amor por enseñarnos, nos sentimos orgullosas de ser sus estudiantes

“Uno recuerda con aprecio a sus maestros brillantes, pero con gratitud a aquellos que tocaron nuestros sentimientos”. Carl Gustav Jung

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Este estudio representa nuestro trabajo original, excepto donde hemos reconocido las ideas, las palabras, o artículos científicos de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en el presente estudio, hemos realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

Por último, hemos sometido este estudio a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Karen Daniela Paola Cepeda Forero
Zayda Astrid Jacanamejoy Jacanamejoy

Fecha 09/11/2023

Agradecimientos

Agradecimientos a los siguientes Doctores por su dedicación, sus valiosos aportes y evaluación del texto:

Dr. Ariel Iván Ruiz Parra

Profesor Titular con Tenencia del Cargo Departamento de Obstetricia y Ginecología e Instituto de Investigaciones Clínica Universidad Nacional de Colombia.
Maestro Colombiano de la Ginecología y Obstetricia (FECOLSOG)

Dr. Daniel Cortés Díaz

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Magíster en estudios de género, mujer y desarrollo. Especialista en proyectos de desarrollo con perspectiva de género. Fellow en cirugía endoscópica ginecológica laparoscopia histeroscopia. Fellow en Ginecología urológica y piso pélvico. Profesor asociado Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de Colombia

Dra. Edith Ángel Müller

Especialista en Ginecología y Obstetricia
Profesor Titular con Tenencia del Cargo Departamento de Obstetricia y Ginecología

Dr. Alejandro Bautista Charry

Director Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia
Profesor titular Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional de Colombia

Resumen

Efecto sobre la satisfacción sexual en mujeres premenopáusicas a quienes se les practica histerectomía total por laparotomía versus histerectomía total laparoscópica, por patología benigna en el Hospital Universitario Nacional de Colombia en el periodo de tiempo comprendido entre 2022 y 2023

Objetivo: Evaluar el impacto en la satisfacción sexual, por medio del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), en pacientes premenopáusicas sometidas a histerectomía total abdominal por laparotomía o por laparoscopia, indicada por patología uterina benigna atendidas en el Hospital Universitario Nacional de Colombia entre 2022 y 2023.

Método y materiales: Estudio observacional analítico de cohorte prospectiva que incluyó 32 mujeres mayores de edad, sexualmente activas, premenopáusicas, sometidas a histerectomía total por laparoscopia o por laparotomía, debido a patología uterina benigna. Se aplicó el cuestionario IFSF antes de la histerectomía y cuatro meses después del procedimiento.

Resultados: Se encontró que 20 de las 32 pacientes analizadas en el preoperatorio (62,5%) tenían disfunción sexual, teniendo como punto de corte 26,55 del IFSF. En el estado posoperatorio 16 de las 32 pacientes (50%) tenían disfunción sexual. No se encontró asociación significativa entre la presencia de disfunción sexual en el preoperatorio y en el posoperatorio ($p=0.066$). La media del puntaje total prequirúrgico del IFSF de las pacientes incluidas en el análisis fue de $25,49 \pm 4,59$ y la media del puntaje postquirúrgico fue de $25,54 \pm 4,42$ sin diferencia estadísticamente significativas ($p = 0,5187$) entre los 2 grupos.

Conclusiones: En mujeres premenopáusicas con patología ginecológica benigna que fueron sometidas a histerectomía, hay una alta prevalencia de disfunción sexual en los estados pre- y posoperatorio. La vía quirúrgica abierta o laparoscópica no parece influir sobre la media del puntaje del IFSF; sin embargo, estos resultados deben interpretarse con precaución dado el tamaño de la muestra.

Palabras clave: Función sexual , IFSF, histerectomía, laparotomía, laparoscopia

Abstract

Effect on sexual satisfaction in premenopausal women undergoing total hysterectomy by laparotomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign pathology at the National University Hospital of Colombia in the period from 2022 to 2023

Objective: To evaluate the impact on sexual satisfaction, by means of the Female Sexual Function Index (FSFI), in premenopausal patients undergoing total abdominal hysterectomy by laparotomy or laparoscopy, indicated by benign uterine pathology attended at the National University Hospital of Colombia between 2022 and 2023.

Methods and Materials: Analytical observational prospective cohort study that included 32 sexually active, premenopausal women of legal age who underwent total hysterectomy by laparoscopy or laparotomy due to benign uterine pathology. The IFSF questionnaire was administered before hysterectomy and four months after the procedure.

Results: It was found that 20 of the 32 patients analyzed preoperatively (62.5%) had sexual dysfunction, with a cut-off point of 26.55 IFSF. Postoperatively, 16 of the 32 patients (50%) had sexual dysfunction. No significant association was found between the presence of sexual dysfunction preoperatively and postoperatively ($p=0.066$). The mean preoperative IFSF total score of the patients included in the analysis was 25.49 ± 4.59 and the mean postoperative score was 25.54 ± 4.42 with no statistically significant difference ($p=0.5187$) between the 2 groups.

Conclusions: In premenopausal women with benign gynecologic pathology who underwent hysterectomy, there is a high prevalence of sexual dysfunction in the pre- and postoperative states. The open or laparoscopic surgical route does not seem to influence the mean IFSF score; however, these results should be interpreted with caution given the sample size.

Key words: sexual function, IFSF, hysterectomy, laparotomy, laparoscopy.

Contenido

Introducción:	¡Error! Marcador no definido.
Materiales y métodos:	¡Error! Marcador no definido.-15
Análisis estadístico	¡Error! Marcador no definido.-16
Resultados:.....	¡Error! Marcador no definido.-25
Discusión:	¡Error! Marcador no definido.-28
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.8-33
Anexos.....	33-¡Error! Marcador no definido.5

Lista de gráficas

Gráfica 1. diagrama de dispersión de la edad vs el puntaje total del IFSF, en las pacientes analizadas. HUN. 2022-2023.	17
Gráfica 2. diagrama de dispersión del IMC vs el puntaje total del IFSF, en las pacientes analizadas. HUN. 2022-2023.	17
Gráfica 3. puntaje por dominios del IFSF pre y postquirúrgico (media +/- de) según la vía de abordaje quirúrgico. HUN. 2022-2023	22
Gráfica 4. IFSF pre y postquirúrgico (media +/- de) según la vía de abordaje quirúrgico. HUN. 2022-2023	23
Gráfica 5. puntaje total del IFSF pre y postquirúrgico en las pacientes estudiadas. HUN. 2022-2023	23
Gráfica 6. puntaje total del IFSF pre y postquirúrgico en las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia. HUN. 2022-2023	24
Gráfica 7. diferencia entre los puntaje del IFSF pre y postquirúrgico en las pacientes sometidas a histerectomia por laparoscopia. HUN. 2022-2023	25
Gráfica 8. puntaje total del IFSF pre y postquirúrgico en las pacientes sometidas a histerectomía por laparotomía. HUN. 2022-2023.....	25
Gráfica 9. diferencia entre los puntaje del IFSF pre y postquirúrgico en las pacientes sometidas a histerectomia por laparotomía. HUN. 2022-2023	26

Lista de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que participaron en el estudio de IFSF. HUN. 2022-2023.	18
Tabla 2. Características clínicas de las mujeres sometidas a histerectomía que participaron en el estudio de IFSF. HUN. 2022 2023.	19
Tabla 3. Puntaje total y por dominios del IFSF antes y después de la histerectomía de las pacientes que participaron en el estudio. HUN. 2022-2023	20
Tabla 4. Puntaje total y por dominios del IFSF (media +/- de) en mujeres antes y después de la histerectomía según abordaje quirúrgico. HUN. 2022-2023.	21
Tabla 5. IFSF pre y postquirúrgico (media +/- de) según la vía de abordaje quirúrgico. HUN. 2022-2023	23
Tabla 6. frecuencia de disfunción sexual postquirúrgico según la frecuencia de disfunción sexual prequirúrgica (# y %). HUN. 2022-2023	26

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>IFSF</i>	Índice de función sexual femenina
<i>LVT</i>	Longitud vaginal total
<i>HUN</i>	Hospital Universitario Nacional de Colombia
<i>HTA</i>	Histerectomía total abdominal
<i>HTL</i>	Histerectomía total por laparoscopia
<i>IMC</i>	Índice de Masa Corporal
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>DE</i>	Desviación estándar
<i>RIC</i>	Rangos intercuartílicos

Introducción:

La histerectomía es uno de los procedimientos ginecológicos más comunes que se practica en los diferentes centros hospitalarios de mediana complejidad; tan solo en Estados Unidos anualmente se realizan aproximadamente 590.000 de estas intervenciones (el 30% de las mujeres a los 60 años ya se encuentran histerectomizadas) y más del 70 % se practican por indicaciones benignas tales como leiomiomas, hemorragia uterina anormal, hiperplasia endometrial, adenomiosis y endometriosis severa refractaria a manejo médico o quirúrgico conservador (Beyan et al., 2020; Pickett et al., 2023; Walsh et al., 2009). De ahí el interés permanente de investigar sobre los resultados clínicos posteriores a la cirugía tales como las complicaciones, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y costo efectividad, y compararlos entre las diferentes vías existentes: abdominal, laparoscópica, vaginal y robótica. Sin embargo, recientemente la satisfacción sexual de estas pacientes es otro resultado posoperatorio muy importante que ha generado nuevos interrogantes sobre desenlaces clínicamente relevantes.

Según la fisiología de la respuesta sexual femenina, término introducido por Máster y Johnson en 1966 y luego modificado por Kaplan y Basson, durante las diferentes etapas que la componen (excitación, meseta, orgasmo y resolución por Máster y Jonson o la denominada satisfacción física por Basson), algunos autores como Heiman J. y LoPiccolo J. han descrito las reacciones físicas que se presentan en los genitales femeninos incluyendo el útero (Basson, 2000, 2001; Mas, 2007). Durante la primera fase de excitación el útero aumenta de tamaño al elevarse con respecto a la posición de reposo, se retrae y separa de la vagina, fenómeno que se ha atribuido a la contracción de los músculos lisos presentes en los ligamentos cardinales y sacrouterinos. Luego, durante el orgasmo, se pueden presentar contracciones uterinas y se ha descrito que cuando estas ocurren suelen asociarse a una sensación más placentera (Heiman Julia, 1987). Aunque el útero no es el órgano principal ni es indispensable para el orgasmo femenino, existen estudios neurofisiológicos y de neuroimagen funcional en mujeres con lesiones medulares completas, sin sensibilidad ni respuesta simpática ni parasimpática de la región pélvica, que han tenido orgasmos por estimulación por presión del cuello uterino, debido a la transmisión por el nervio vago de señales que activan el lóbulo paracentral conocido como corteza sensorial genital (Komisaruk et al., 2011; Mas, 2007) . Históricamente el útero ha sido considerado como órgano sexual y fuente de energía y vitalidad y, por tanto, su conservación se ha considerado como signo de juventud y belleza (Thakar, 2015).

Sin embargo, se conoce que los principales responsables del orgasmo son el deseo sexual, la excitación subjetiva y el clítoris. Las dos primeras están relacionadas con los componentes cognitivos, emocionales, afectivos, motivacionales, neurohormonales, neurovegetativos, y el clítoris con la percepción y sensibilidad visceral, siendo una de las partes más densamente innervadas del cuerpo femenino (Heiman Julia, 1987; Komisaruk et al., 2011; Mas, 2007).

La satisfacción sexual es un aspecto multifactorial que involucra aspectos biológicos, psicosociales, culturales y de relación intra e interpersonal. Se define como: “una evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual o bien, como la capacidad del sujeto de obtener placer de su actividad sexual” (Luttges D. et al., 2019). Aunque es difícil de valorar, su importancia para el ser humano ha motivado la creación

y validación de diferentes escalas de evaluación de satisfacción sexual, tales como el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), creada en el 2000 por Rosen y colaboradores en un panel de 8 expertos en el campo de sexualidad femenina, que crearon cada uno de los ítems a partir de una extensa revisión de la literatura, aplicada inicialmente en 259 mujeres (131 mujeres controles y 129 con trastorno de la excitación sexual) , con excelente confiabilidad y validez (Meston et al., 2020; Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib, 2000) , es actualmente una de las escalas más utilizadas y que ha sido validada para el idioma español. La IFSF incluye 6 dominios que integran la sexualidad: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (Blümel M et al., 2004; Wiegel et al., 2005).

Los estudios publicados, en su mayoría observacionales retrospectivos, que han evaluado la satisfacción sexual de las pacientes en posoperatorio de histerectomía son contradictorios y no conclusivos (Komisaruk et al., 2011; Radosa et al., 2014), ya que han encontrado que la satisfacción sexual aumenta, disminuye o no cambia después de la cirugía. Debido a estos resultados y a una mayor comprensión sobre la fisiología de la respuesta sexual femenina, en la actualidad los estudios están determinando adicionalmente la asociación o influencia que pueden tener ciertos factores psicosociales, demográficos, psicológicos, afectivos y condiciones físicas previas, sobre los resultados obtenidos en satisfacción sexual.

La salud sexual tiene un rol muy importante en la calidad de vida de todos los seres humanos. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: *“Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales”* (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2018).

Según esta misma organización para alcanzar la salud sexual es necesario: tener acceso a información integral y verídica sobre el sexo y la sexualidad; conocimiento sobre riesgos y vulnerabilidad ante las consecuencias adversas de la actividad sexual no segura; atención en salud sexual y *“residencia en un entorno que afirme y promueva la salud sexual”* (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2018).

Es por esto que es importante darle la relevancia que merece la salud sexual y así promover el conocimiento de los profesionales de la salud en esta área, con el fin de beneficiar futuras pacientes para que reciban atención en salud sexual, educación sexual e información completa sobre todos los riesgos y beneficios de la cirugía incluyendo su sexualidad, en este caso en mujeres con enfermedades ginecológicas benignas que recibirán un manejo quirúrgico con histerectomía total.

Por otro lado, nuestra experiencia clínica rutinaria nos muestra que la consulta relacionada con la sexualidad antes y después de la cirugía es cada vez más frecuente; así mismo, se presentan consultas relacionadas con problemas o dudas sobre la sexualidad antes y después de las intervenciones quirúrgicas ginecológicas.

Por todo lo anterior, surge la necesidad dentro de la comunidad médica y principalmente en los especialistas en ginecología de investigar en nuestra población colombiana cómo influye la histerectomía total según la vía quirúrgica sobre la satisfacción sexual, teniendo en cuenta factores clínicos y sociodemográficos de las pacientes. Los objetivos de este estudio fueron comparar la satisfacción sexual, estimada por medio del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), en el estado pre- y postoperatorio entre las pacientes sometidas a histerectomía total por indicaciones benignas por cualquiera de dos vías (laparoscopia o laparotomía) y comparar los puntajes globales y por dominios del IFSF antes y después de la intervención quirúrgica en cada grupo y entre los dos grupos de pacientes.

El presente estudio tiene la ventaja de tener un diseño prospectivo para tratar de superar los sesgos propios de los diseños retrospectivos y mejorar la calidad de la evidencia.

Materiales y métodos:

Este estudio observacional analítico prospectivo, de cohortes se realizó en el Hospital Universitario Nacional de Colombia entre el 2022 y el 2023. Se incluyeron mujeres mayores de edad, premenopáusicas, a quienes se les practicó histerectomía total por laparoscopia o por laparotomía por técnicas intrafascial o extrafascial, debido a una patología uterina benigna. El tamaño de la muestra se calculó para un poder estadístico del 80% para detectar una diferencia entre los 2 grupos, con un nivel de confianza del 95% con una varianza reportada en la literatura en el IFSF de 2,4; el tamaño mínimo de muestra estimado fue de 38 pacientes por grupo. Se hizo un muestreo secuencial por conveniencia.

La técnica de histerectomía se determinó según preferencia del ginecólogo, aspectos relacionados con el volumen estimado del útero en el preoperatorio y respetando la autonomía de las pacientes. Todas las pacientes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio, después de una explicación clara y sencilla que les fue dada por 2 de las investigadoras (KDC y ZJJ). Adicionalmente, las pacientes fueron instruidas de manera escrita antes del ingreso a la consulta de primera vez, mediante un folleto didáctico que se diseñó, revisó y editó para el propósito de esta investigación (anexo 1), el cual contenía el objetivo general, el impacto del estudio y el consentimiento informado, para que pudieran resolver en forma privada, individual y anónima el cuestionario del que compone el Índice de Función Sexual Femenina. Los resultados fueron transcritos y evaluados en el programa RedCap.

El control postquirúrgico se realizó a partir del cuarto mes, ya que se consideró un tiempo prudente mínimo para la segunda evaluación, debido a que los cirujanos indican generalmente a las pacientes no tener relaciones sexuales penetrativas hasta después del segundo mes posoperatorio, tiempo que se considera apropiado para permitir la cicatrización completa de la cúpula vaginal y para disminuir el riesgo de dehiscencia de la sutura (Clarke-Pearson & Geller, 2013). Adicionalmente, la mayoría de los estudios realizados sobre este tema han evaluado la satisfacción sexual a través de cuestionarios a los 6-14 meses posoperatorio (Thakar, 2015). Finalmente, para elegir este momento de la segunda aplicación del IFSF se tuvo en cuenta que el cuestionario del IFSF evalúa los diferentes dominios según lo sucedido en las últimas 4 semanas (Blümel M et al., 2004).

Los criterios de exclusión fueron: indicación de intervención quirúrgica adicional para ooforectomía bilateral debido a hallazgos intraoperatorios; diagnóstico adicional de prolapso genital; déficit cognitivo o de patologías psiquiátricas; endometriosis profunda; complicaciones postoperatorias mayores que requirieran derivación del tracto urinario o intestinal; pacientes que requirieran cambio de abordaje quirúrgico intraoperatorio.

Los cuestionarios de IFSF se completaron en consultas presenciales y algunas de manera telefónica por no disponibilidad de asistencia de las pacientes al hospital. Se recolectaron variables sociodemográficas (nivel socioeconómico, nivel educativo, religión, orientación sexual y estado civil), clínicas (edad, IMC, dispareunia prequirúrgica, antecedente de cirugías ginecológicas y/o obstétricas, tipo de incisión en histerectomía, tamaño del útero y complicaciones posquirúrgicas), longitud vaginal medida antes y a los 4 meses después de la cirugía utilizando un baja lenguas marcado en centímetros y los cuestionarios de IFSF, todo esto registrado en el instrumento de recolección RedCap.

El IFSF es un cuestionario autoadministrado validado que consta de 19 preguntas que comprenden 6 dominios de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. La primera y segunda preguntas tienen escalas de 1 a 5 y las demás preguntas tienen escalas de puntuación de 0 a 5 (anexo 2). Las puntuaciones obtenidas en un dominio particular se suman y multiplican por los factores correspondientes determinados en la publicación original (los coeficientes de las preguntas fueron: preguntas 1-2: 0,6; preguntas 3-10: 0,3; y preguntas 11-19: 0,4), lo que homogeniza la influencia de cada dimensión. Luego se obtiene una suma total de cada puntuación. Las puntuaciones más altas indican una vida sexual saludable. La puntuación oscila entre 2 y 36 puntos. En el presente estudio una puntuación en e IFSF de 26,55 o menos se definió como disfunción sexual (Blümel M et al., 2004; Wiegel et al., 2005).

Esta investigación fue avalada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Nacional de Colombia (acta CEI-HUN-ACTA-2022-01). Se consideró como un estudio de riesgos mínimo por contener cuestionarios que tratan aspectos sensitivos de la conducta del sujeto de estudio de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, y teniendo en cuenta el adecuado manejo de la información y el estado anónimo de las pacientes bajo la Ley estatutaria de protección de datos personales (1581 de 2012), la Resolución 0457 de 2020 (03/Junio/2020) y la declaración de Helsinki 2013 (Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia et al., 2013; EL CONGRESO DE COLOMBIA, 2012; INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, 2020; MINISTERIO DE SALUD, 1993).

Análisis estadístico

Las variables nominales se describen mediante proporciones y frecuencias absolutas. Las variables continuas se describen mediante medidas de tendencia central apropiadas para la distribución (media, desviaciones estándar y rangos para variables continuas con distribución normal o mediana, rangos intercuartílicos y rangos para las variables continuas con distribución no normal). Se realizaron gráficas apropiadas según el tipo de variables.

Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para analizar la distribución de las variables cuantitativas

continuas, la comparación entre grupos se realizó mediante la *t de student* para variables con distribución normal o mediante U de Mann Whitney para variables con distribución no normal. Si se cumplían los supuestos de distribución normal y de homogeneidad de varianza, la comparación entre grupos se realizó mediante *t de Student* homocedástica. Si se cumplía el supuesto de distribución normal pero no el de homogeneidad de varianza, la comparación entre grupos se realizó mediante *t de Student* heterocedástica. Para la comparación de variables categóricas se utilizó la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher cuando en una de las casillas el valor esperado fue menor de 5. En todos los casos el nivel de significancia estadística fue de $\alpha \leq 0,05$.

En el análisis de regresión múltiple, la variable de desenlace fue el puntaje total en la escala de satisfacción sexual, la variable de exposición principal será la vía por la cual se realizó la histerectomía total y se consideraron como variables independientes las sociodemográficas y clínicas.

Todos los análisis se realizaron con el aplicativo Stata 12.1 (College Station, Texas, USA).

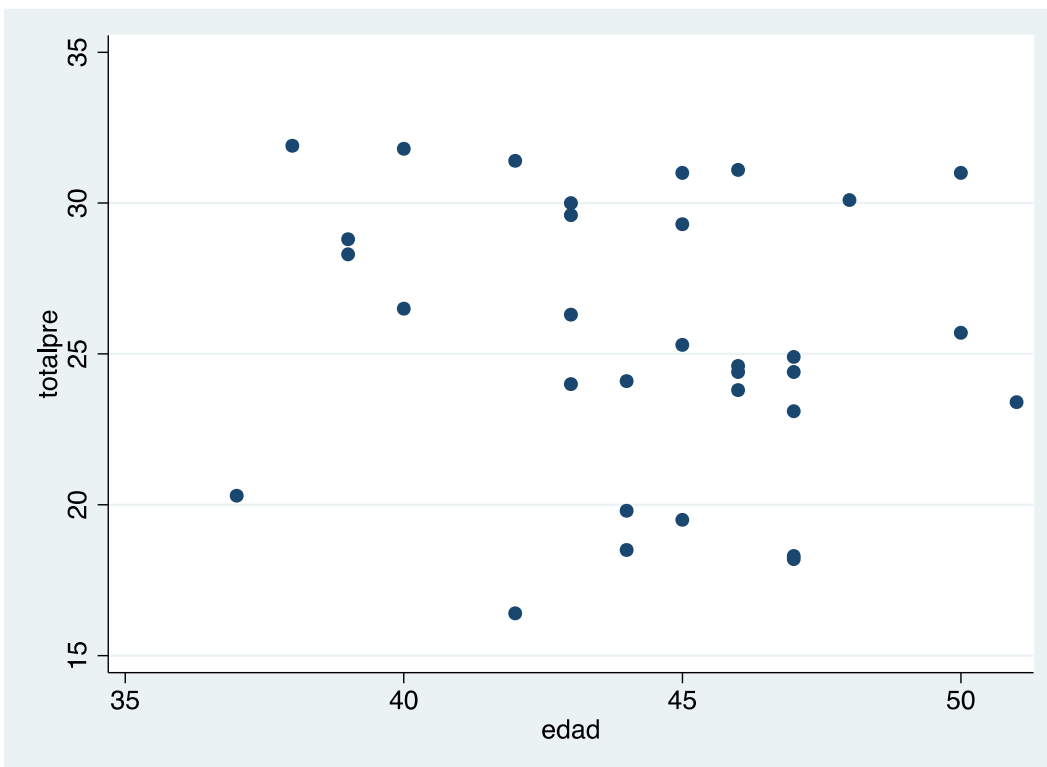
Resultados:

Para el presente estudio fueron elegibles 83 mujeres diagnosticadas con patología benigna uterina y con indicación de histerectomía total, de las cuales 62 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Sólo 32 pacientes completaron los 2 cuestionarios para evaluar la función sexual antes y 4 meses después de la histerectomía. Se excluyeron del análisis 8 pacientes que no habían reiniciado relaciones sexuales, de las cuales algunas manifestaron no haber iniciado por miedo a dehiscencia de la sutura de la cúpula, otras porque no tenían pareja en el momento y una paciente porque en la patología se reportó una patología maligna.

El estudio incluyó a las 32 mujeres a quienes se le realizó histerectomía total debido a patología benigna y que completaron los 2 cuestionarios. El diagnóstico fue miomatosis uterina en un 90,62% de los casos, adenomiosis en un 3,12% e hiperplasia endometrial en un 3,12 %.

De las 32 pacientes, 16 fueron intervenidas por vía laparoscópica y 16 por laparotomía. La edad promedio de todas las pacientes fue 44.34 años (DE: 3.48 años, rango de 37 – 51 años), la edad promedio de las pacientes intervenidas por laparoscopia fue 45.56 años (DE: 3.30 años, rango de 37 - 51 años) y la de las pacientes sometidas a laparotomía fue de 43.12 años (DE: 3.32 años, rango de 38 - 50 años); la diferencia en la media de edades es estadísticamente significativa ($p = 0.0231$). No se encontró correlación significativa entre la edad y el puntaje total del IFSF (Gráfica 1).

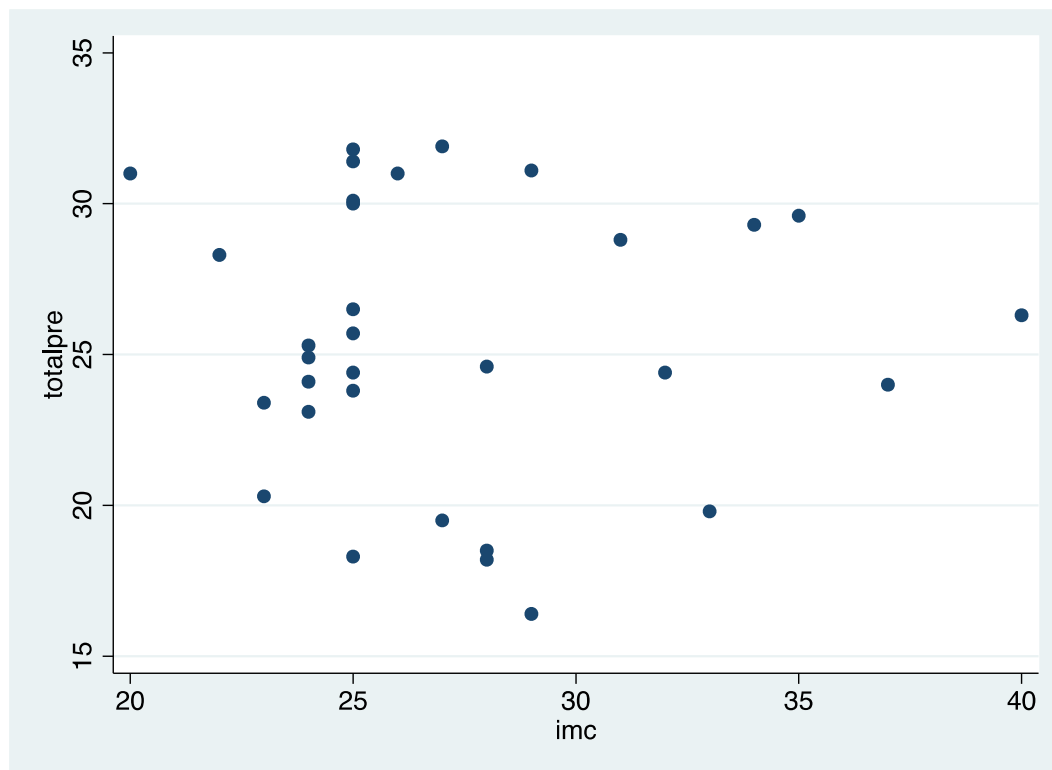
GRÁFICA 1. DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DE LA EDAD VS EL PUNTAJE TOTAL DEL IFSF, EN LAS PACIENTE ANALIZADAS. HUN. 2022-2023.



La mediana de IMC de todas las pacientes fue 25 kg/m² (RIC: 24.5 – 29 kg/m²; rango: 20 – 40), la mediana de IMC fue de 25.5kg/m² para las pacientes sometidas a laparoscopia y de 25 kg/m²

para las pacientes sometidas a laparotomía; no hay diferencias estadísticamente significativas en el IMC entre los 2 grupos ($p=0.7601$) (Tabla 1), adicionalmente, no se encontró correlación entre el IMC y el IFSF (Gráfica 2).

GRÁFICA 2. DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL IMC VS EL PUNTAJE TOTAL DEL IFSF, EN LAS PACIENTE ANALIZADAS. HUN. 2022-2023.



En cuanto a la caracterización sociodemográfica, el 56,25% de las pacientes eran casadas, el 28,12% vivían en unión libre y el 12,5% eran solteras. La mayoría de las pacientes eran profesionales, seguido de bachiller, luego tecnólogo y por último técnico profesional y especialista. Las pacientes pertenecían en su mayoría al estrato 3, seguido de estrato dos y por último estrato 5 (Tabla 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE IFSF. HUN. 2022-2023.

Variables	Laparoscopia (n = 16)	Laparotomía (n = 16)
Edad en años (media \pm DE)	45.56 \pm 3.30	43.12 \pm 3.32
IMC (kg/m ²) falta RIC	25.5	25.0
Estado civil n (%)		
Casada	11 (68.75)	8 (50.00)
Unión libre	3 (18.75)	6 (37.50)

Soltera	2 (12.50)	2 (12.50)
Nivel educativo n (%)		
Profesional	7 (43.75)	6 (37.50)
Bachiller	5 (31.25)	4 (25)
Tecnólogo	2 (12.50)	3 (18.75)
Otros	2 (12.50)	3 (18.75)
Nivel socioeconómico (estrato según SISBEN) n (%)		
2	6 (37.50)	4 (25.00)
3	4 (25.00)	10 (62.50)
4	5 (31.25)	2 (12.50)
5	1 (6.25)	0

Con respecto a las características clínicas se observó que las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia o por laparotomía no presentaron dispareunia prequirúrgica en un 62.5 % y el 81.25 %, respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa entre los 2 grupos ($p = 0.238$). El grupo de pacientes a quienes se les practicó histerectomía por vía abierta tenía mayor proporción de antecedentes de cirugías obstétricas previas (56,25%), en comparación con las pacientes intervenidas por vía laparoscópica (25%). El antecedente quirúrgico más común fue la cesárea seguido de la episiotomía en los dos grupos. Por el contrario, las pacientes intervenidas por vía laparoscópica tenían mayor número de antecedentes de cirugías ginecológicas practicadas por vías mínimamente invasivas (11 pacientes, 68,75%), en comparación con las pacientes intervenidas por vía abierta (7 pacientes, 43,75%); la intervención ginecológica previa más común fue la ligadura de trompas (9/11 [81.88%] en el grupo de laparoscopia y 6/7 [81.71%] en laparotomía). No hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0.315$).

El tamaño del útero de las pacientes operadas por laparotomía fue mayor (mediana de 12 cm. RIC: 10 – 15 cm) en comparación al tamaño del útero de las pacientes intervenidas por laparoscopia (mediana de 10,5 cm. RIC: 9,5 – 12 cm); sin embargo, no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p = 0,1677$) (Tabla 2).

Adicionalmente se realizó medición de la longitud vaginal. La media de la longitud vaginal prequirúrgica de las pacientes sometidas a laparoscopia fue de 8,43 cm (DE: 1,15, rango 7-11 cm) y la media de la longitud vaginal de las pacientes intervenidas por laparotomía fue de 8,6 cm (DE: 1,36, rango 7-12 cm), sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p = 0,6615$). La media de la longitud vaginal posquirúrgica de las pacientes intervenidas por laparoscopia fue de 7,8 cm (DE 1,08, rango 6 – 10 cm) y la media de la longitud vaginal posoperatoria de las pacientes intervenidas por laparotomía fue de 8,0 cm (DE 1,48, rango 6 – 11 cm), sin diferencias estadísticamente entre los grupos ($p = 0,6569$). Con una disminución promedio de 6 mm en la LVT después de la histerectomía en las dos vías. Analizando por grupo esta variable encontramos que en las pacientes sometidas a laparoscopia la media de la longitud vaginal preoperatorio fue de 8.4 cm \pm 1.15 y la media de la longitud posoperatorio fue de 7.8 cm \pm 1.08 no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0.083$). En las pacientes sometidas a laparotomía la media de la longitud vaginal preoperatorio fue de 8.6

cm \pm 1.36 y la media de la longitud posoperatorio fue de 8 cm \pm 1.48 (no hay diferencias estadísticamente significativas (p=0.083) (Tabla 2).

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE IFSF. HUN. 2022 2023.

Variables	Laparoscopia	Laparotomía
Diagnósticos indicación histerectomía No. (%)		
Miomatosis	15 (93.75)	14 (87.50)
Adenomiosis	1 (6.25)	1 (6.25)
Hiperplasia endometrial		1 (6.25)
Dispareunia No. (%)		
No	10 (62.50)	13 (81.25)
Si	6 (37.50)	3(18.75)
Cirugías previas No. (%) *		
Obstétricas		
Cesárea	1 (6.25)	3 (18.75)
Episiotomía	3 (18.75)	1 (6.25)
Corrección desgarro grado III/IV	0	2(12.50)
Parto instrumentado	2 (12.50)	0
Ninguna	12 (75.00)	7 (43.75)
Ginecológicas		
Miomectomía	0	1 (6.25)
Cistectomía	1 (6.25)	0
Pomeroy	9 (56.25)	6 (37.50)
Ninguna	5 (31.25)	9 (56.25)
Longitud vaginal cm (media +/- DE)		
Preoperatorio	8	8
Posoperatorio	7.87	8.0
Tamaño uterino cm (media +/- DE)	10.81 (1.90)	13.31 (5.16)

*algunas pacientes tenían más de una cirugía de las descritas.

La media del puntaje total prequirúrgico del IFSF de las pacientes incluidas en el análisis fue de 25,49 (DE 4,59) y la media del puntaje postquirúrgico fue de 25,54 (DE 4,42), sin diferencia estadísticamente significativa (p = 0,5187) (Tabla 3).

TABLA 3. PUNTAJE TOTAL Y POR DOMINIOS DEL IFSF ANTES Y DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA DE LAS PACIENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO. HUN. 2022-2023

Dominios	IFSF preoperatorio Media (DE)	IFSF postoperatorio Media (DE)
Deseo	4.02 (1.19)	3.99 (1.12)
Excitación	4.64 (1.00)	4.51 (.96)
Lubricación	3.52 (0.39)	3.45 (.50)
Orgasmo	3.82 (0.53)	3.98 (.66)
Satisfacción	5.1 (1.07)	4.91 (1.01)
Dolor	4.51 (1.59)	4.67 (1.41)
Puntaje Total	25.49 (4.59)	25.54 (4.42)

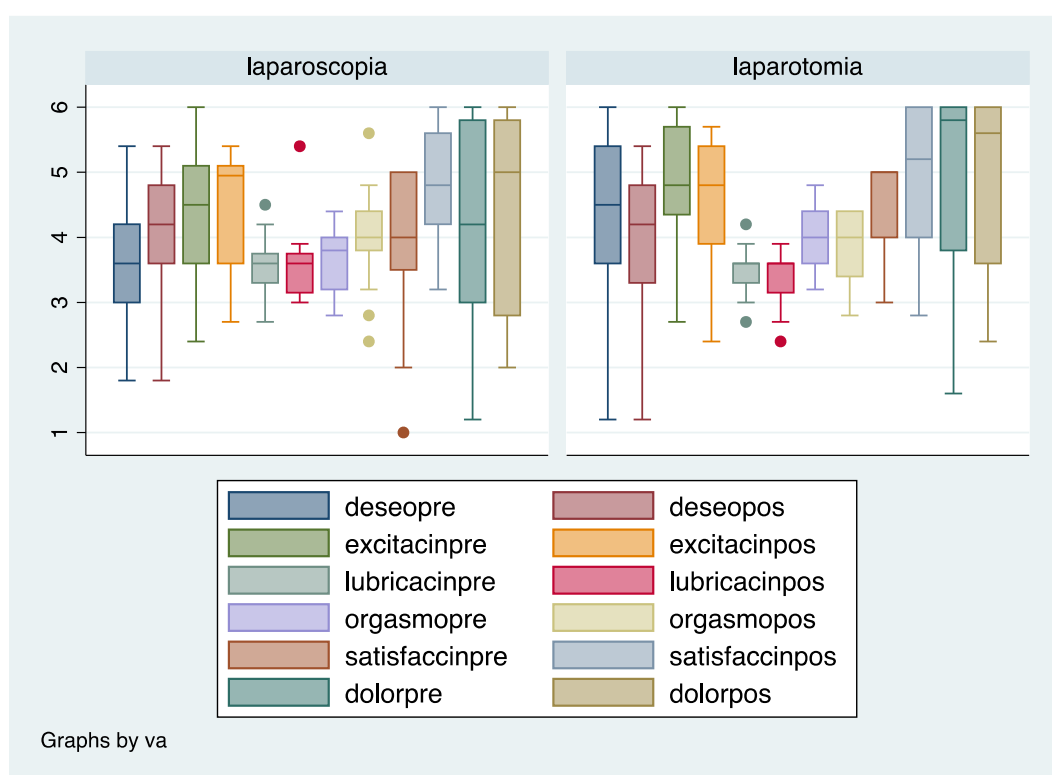
Cuando se analizan los dominios del puntaje de IFSF comparando los dos grupos de pacientes se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dominios de deseo, excitación, orgasmo y puntaje total preoperatorios, siendo significativamente más altos en las pacientes sometidas a histerectomía por laparotomía. Los puntajes posoperatorios de los dominios y totales no tuvieron diferencias significativas entre los dos grupos (Tabla 4, gráfica 1).

TABLA 4. Puntaje total y por dominios del IFSF (media +/- DE) en MUJERES ANTES Y DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA SEGÚN ABORDAJE QUIRÚRGICO. HUN. 2022-2023.

Dominios	HTL preoperatorio	HTA preoperatorio	P	HTL posoperatorio	HTA postoperatorio	p
Deseo	3.6 (1.02)	4.45 (1.22)	0.021	4.08 (1.032)	3.9 (1.23)	0.322
Excitación	4.35 (1.035)	4.93 (0.90)	0.045	4.46 (.091)	4.58 (1.05)	0.374
Lubricación	3.53 (0.46)	3.51 (0.34)	0.448	3.56 (.58)	3.35 (.39)	0.127
Orgasmo	3.65 (0.58)	4 (0.44)	0.032	4.05 (.78)	3.92 (.55)	0.302

Satisfacción	3.94 (1.29)	4.5 (0.73)	0.069	4.85 (.91)	4.97 (1.14)	0.367
Dolor	4.13 (1.71)	4.90 (1.41)	0.086	4.5 (1.52)	4.85 (1.32)	0.246
Puntaje del IFSF	23.88 (4.48)	27.11 (4.23)	0.022	25.51 (4.23)	25.58 (4.74)	0.482

GRÁFICA 3. PUNTAJE POR DOMINIOS DEL IFSF PRE Y POSTQUIRURGICO (media +/- DE) SEGÚN LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO. HUN. 2022-2023

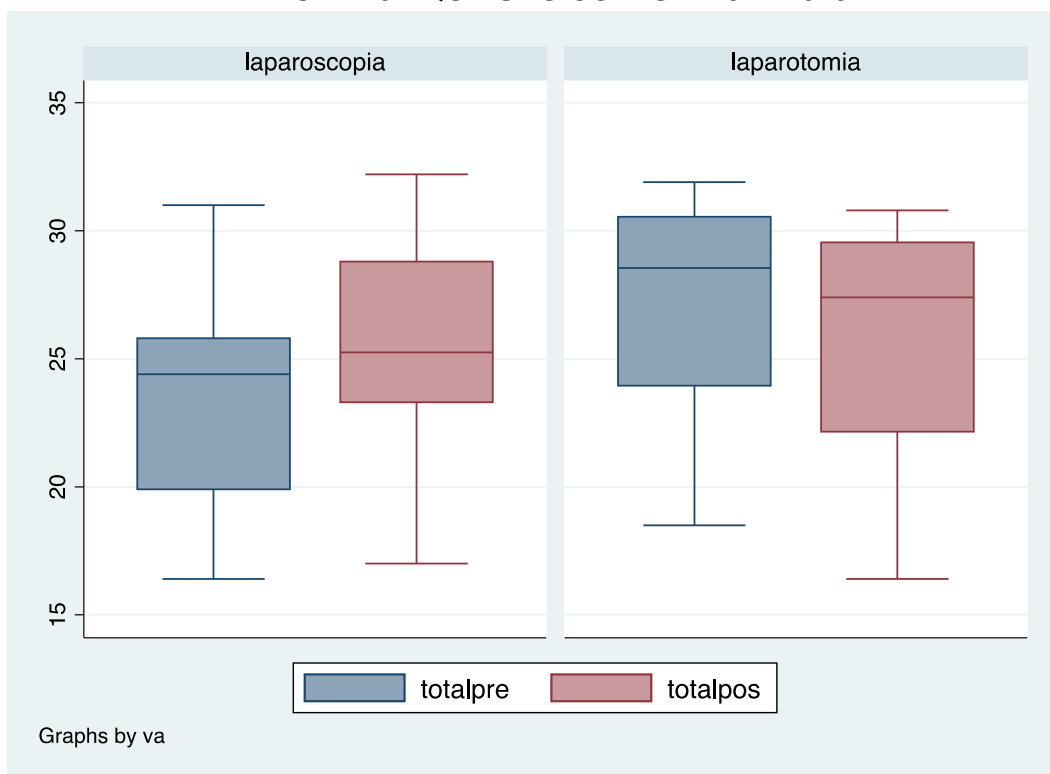


No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los promedios de los puntajes totales de IFSF antes y después de la cirugía laparoscópica ni antes y después de la cirugía por laparotomía (Tabla 5, gráfica 1).

TABLA 5. IFSF PRE Y POSTQUIRURGICO (media +/- DE) SEGÚN LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO. HUN. 2022-2023

Abordaje quirúrgico	Puntajes totales del IFSF en el preoperatorio	Puntajes totales del IFSF en el postoperatorio	p
Laparoscopia	23.88 ± 4.48	25.51 ± 4.23	0.1492
Laparotomía	27.10 ± 4.23	25.58 ± 4.74	0.1725

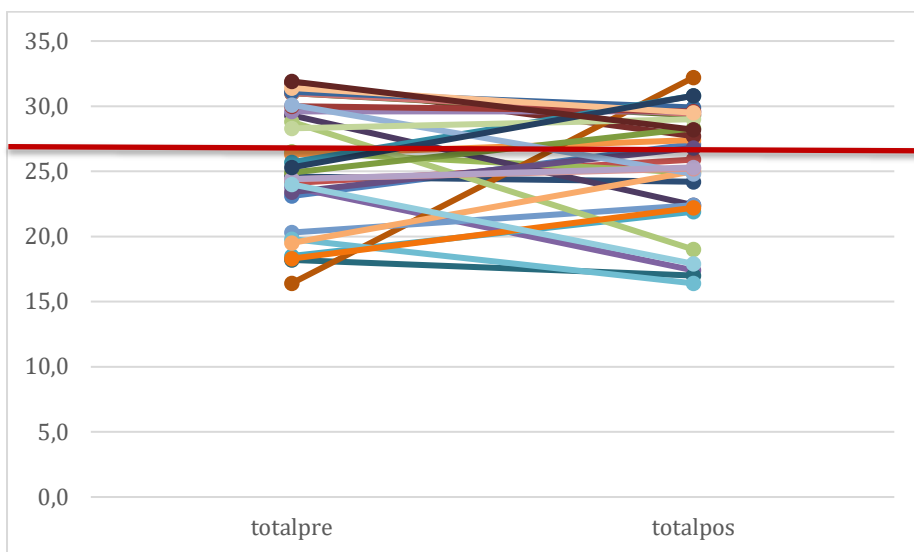
GRÁFICA 4. IFSF PRE Y POSTQUIRURGICO (media +/- DE) SEGÚN LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO. HUN. 2022-2023



En las gráficas 5, 6 y 8 se muestran los puntajes totales del IFSF tanto en el grupo completo de pacientes estudiadas como los puntajes según vía quirúrgica.

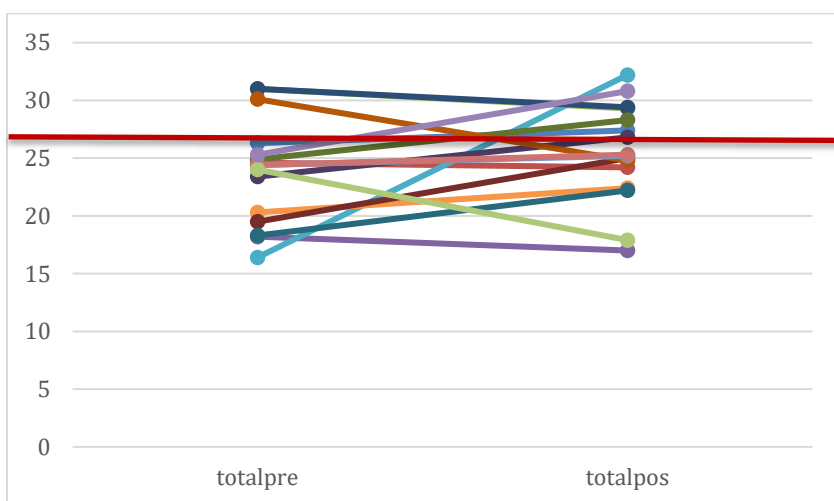
Las gráficas 7 y 9 muestran la diferencia entre los puntajes del IFSF pre y postquirúrgico en las pacientes sometidas a histerectomía por laparoscopia y laparotomía.

GRÁFICA 5. PUNTAJE TOTAL DEL IFSF PRE Y POSTQUIRÚRGICO EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS. HUN. 2022-2023



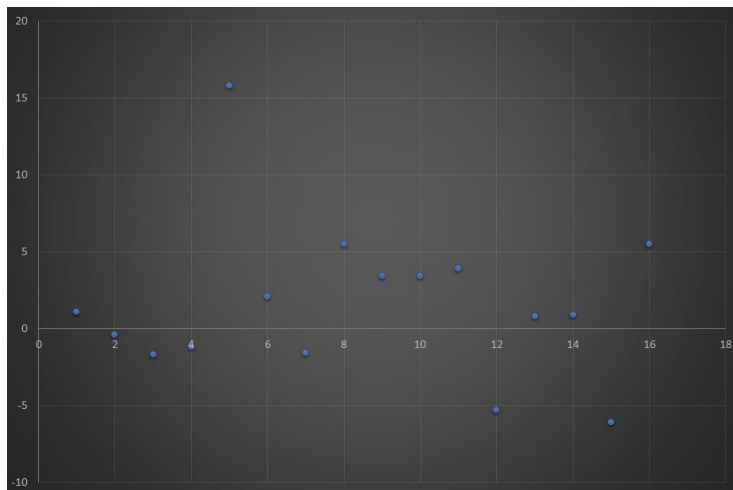
La línea horizontal del color rojo señala el umbral por debajo del cual se define la presencia de disfunción sexual; totalpre= puntaje total del IFSF preoperatorio; totalpos= puntaje total del IFSF posoperatorio de cada paciente.

GRÁFICA 6. PUNTAJE TOTAL DEL IFSF PRE Y POSTQUIRÚRGICO EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA POR LAPAROSCOPIA. HUN. 2022-2023

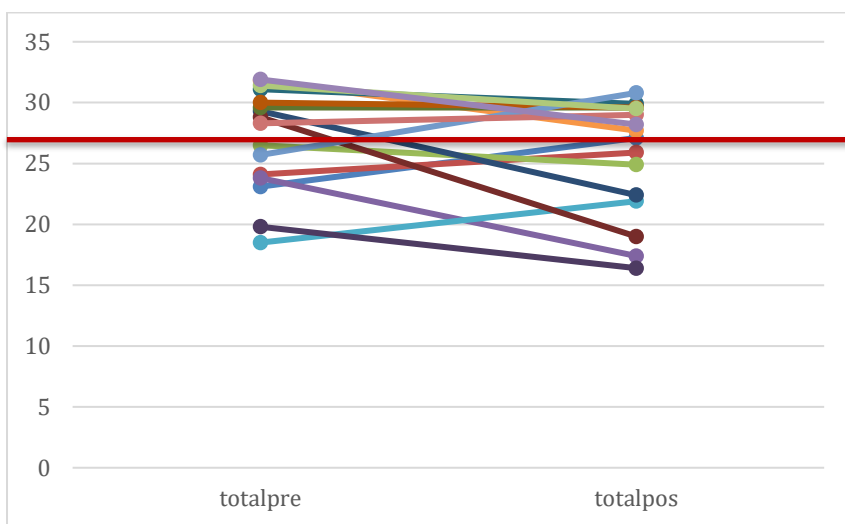


La línea horizontal del color rojo señala el umbral por debajo del cual se define la presencia de disfunción sexual; totalpre= puntaje total del IFSF preoperatorio; totalpos= puntaje total del IFSF posoperatorio de cada paciente.

GRÁFICA 7. DIFERENCIA ENTRE LOS PUNTAJE DEL IFSF PRE Y POSTQUIRÚRGICO EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA POR LAPAROSCOPIA. HUN. 2022-2023

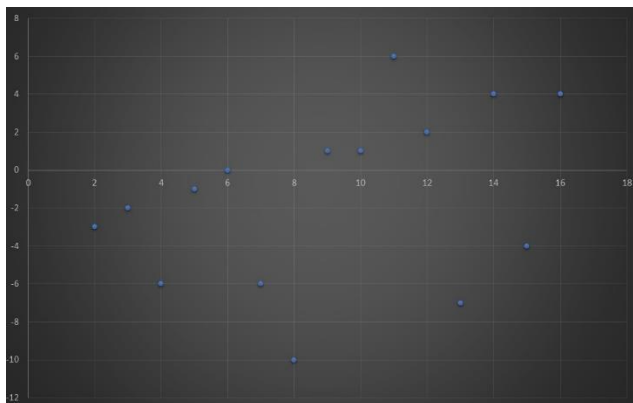


GRÁFICA 8. PUNTAJE TOTAL DEL IFSF PRE Y POSTQUIRÚRGICO EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA POR LAPAROTOMÍA. HUN. 2022-2023



La línea horizontal del color rojo señala el umbral por debajo del cual se define la presencia de disfunción sexual; totalpre= puntaje total del IFSF preoperatorio; totalpos= puntaje total del IFSF posoperatorio de cada paciente.

GRÁFICA 9. DIFERENCIA ENTRE LOS PUNTAJE DEL IFSF PRE Y POSTQUIRÚRGICO EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA POR LAPAROTOMÍA. HUN. 2022-2023



Veinte de las 32 pacientes analizadas en el preoperatorio (62,5%) tenían disfunción sexual, teniendo como punto de corte 26,55. En el estado posoperatorio 16 de las 32 pacientes (50%) tenían disfunción sexual. No existe asociación significativa entre la presencia de disfunción sexual en el preoperatorio y posteriormente en el posoperatorio ($p=0.066$) (Tabla 6).

TABLA 6. FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL POSTQUIRURGICO SEGÚN LA FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL PREQUIRÚRGICA (# y %). HUN. 2022-2023

Disfunción sexual preoperatoria	Disfunción sexual posoperatoria		Total # (%)
	Si # (%)	No # (%)	
Si # (%)	13 (65,00)	7 (35,00)	20 (100%)
No # (%)	3 (25,00)	9 (75,00)	12 (100%)
Total No. (%)	16 (50,00)	16 (50,00)	32 (100%)

En el preoperatorio 13 de las 16 pacientes (81,25%) que fueron llevadas a laparoscopia tenían disfunción sexual usando como punto de corte 26,55 en el IFSF, mientras que 7 de las 16 pacientes (43,75%) que fueron llevadas a laparotomía tenían disfunción sexual, esta diferencia es significativa ($p=0,028$). Finalmente, en el posoperatorio 9 de las 16 pacientes (56,25%) que fueron llevadas a laparoscopia tenían disfunción sexual, mientras que 7 de las 16 pacientes (43,75%) que fueron llevadas a laparotomía tenían disfunción sexual, esta diferencia no es significativa ($p=0,480$).

Discusión:

Este es el primer estudio prospectivo que se realiza en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia y servicio de ginecología del Hospital Universitario Nacional sobre la satisfacción sexual femenina en pacientes sometidas a histerectomía por indicación benigna, en el que se compara el IFSF entre 2 vías quirúrgicas. En este estudio se analizaron los resultados del IFSF total y por dominios antes y después de la histerectomía en 16 pacientes en las que la vía de abordaje fue laparoscópica y se comparan con 16 pacientes en quienes se practicó la histerectomía por laparotomía; no se ha completado el tamaño calculado de la muestra dado que la tasa de reclutamiento ha sido baja hasta el momento.

De acuerdo con la literatura, en el procedimiento quirúrgico de histerectomía, independientemente del abordaje, se puede afectar la irrigación de los demás órganos pélvicos y de las estructuras musculares y ligamentarias del piso pélvico y del tercio superior de la vagina, lesionar los nervios locales y alterar las relaciones anatómicas íntimas de los órganos pélvicos durante la disección de los ligamentos uterinos y del tejido paravaginal, o como la extirpación del cuello uterino puede provocar la pérdida de un gran segmento del plexo (Thakar, 2015). Por ejemplo, la intervención quirúrgica por indicación oncológica se asocia más frecuentemente con efectos negativos sobre el funcionamiento sexual debido a la eliminación de gran parte de los ligamentos y nervios autónomos de la pelvis (Danesh et al., 2015).

A pesar de estas hipótesis anteriormente mencionadas, los estudios de investigación existentes, en su mayoría observacionales retrospectivos, que han evaluado la satisfacción sexual en paciente intervenidas con histerectomía y sus diferentes vías de abordaje son contradictorios y no conclusivos (Komisaruk et al., 2011; Radosa et al., 2014). Por ejemplo, un estudio de cohorte retrospectiva realizado en China por Wang Y. y colaboradores, encontraron que las pacientes presentaron menor satisfacción con su vida sexual, menor frecuencia de la actividad sexual, disminución de la libido, disfunción del orgasmo y aumento de la dispareunia posterior al procedimiento quirúrgico, sin que existieran diferencias entre las vías quirúrgicas (Wang & Ying, 2020). Por el contrario, otros estudios han descrito efectos positivos sobre la función sexual después de la histerectomía cuando las indicaciones fueron patologías benignas y se preservaron los ovarios (Beyan et al., 2020; Danesh et al., 2015; Radosa et al., 2014), esto asociado en gran parte a la mejoría de los síntomas de la patología que las aquejaba como dolor pélvico, hemorragia uterina anormal y dismenorrea, entre otras (Komisaruk et al., 2011; Thakar, 2015).

Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias sobre la satisfacción sexual pre y posoperatoria (Dedden et al., 2023; Kayataş et al., 2017; Peterson et al., 2010), como por ejemplo la reciente revisión sistemática y metaanálisis, en la cual no se encontraron asociaciones entre las vías de histerectomía con un el puntaje global de satisfacción sexual femenina IFSF (Dedden et al., 2023). En el presente estudio los puntajes preoperatorios de los dominios deseo, excitación y orgasmo fueron significativamente más altos en el grupo de las pacientes sometidas a laparotomía en comparación con las sometidas a laparoscopia

(Tabla 4, gráfica 1). Al analizar cada uno de los dominios que componen el IFSF, se observó en la vía abierta que hubo disminución en el puntaje posoperatorio en todos los dominios a diferencia de la vía laparoscópica donde el puntaje aumenta en todos los dominios en el posoperatorio, al punto que al final no hubo diferencias estadísticamente significativas en los dominios entre los dos grupos (Gráfica 2).

Aunque, vale la pena resaltar que, teniendo en cuenta el punto de corte de 26,55 del puntaje global descrito en el IFSF para diferenciar mujeres con o sin disfunción sexual (Wiegel et al., 2005), las mujeres de nuestra población estudiada que fueron elegidas para laparoscopia tenían disfunción sexual antes de la cirugía (puntaje total en promedio de 23,8) en comparación con las mujeres elegidas para laparotomía que estaban dentro del rango de no disfunción (puntaje total en promedio de 27,1), pero en el posoperatorio, las mujeres de laparotomía descendieron el puntaje hasta el rango de disfunción (puntaje total en promedio de 25,5) y las de laparoscopia aumentaron un poco el puntaje pero continuaron en disfunción (puntaje total en promedio de 25,5) (Gráfica 7 y 9), resultado que a pesar de no ser estadísticamente significativo sí tiene relevancia clínica.

Apoyando así, la teoría descrita en la literatura de que la histerectomía abierta puede asociarse con mayor afectación sobre la satisfacción sexual probablemente asociado con formación de adherencias, mayor dolor posoperatorio, más días de recuperación e impacto de la cicatrización sobre la autopercepción, en comparación con laparoscopia (Beyan et al., 2020; Espitia De La Hoz Franklin José, 2018; Kiremitli et al., 2022; Kürek Eken et al., 2016; Thakar, 2015). Esto podría estar en concordancia con los supuestos teóricos de las ventajas de la laparoscopia (Tabla 4, gráfica 3).

Otro aspecto clínico relevante en la literatura es la longitud vaginal total (LVT), ya que el acortamiento de la vagina después de la histerectomía podría resultar en dispareunia, siendo una de las afecciones descritas después del procedimiento y que afectan de manera negativa la satisfacción sexual (Kiremitli et al., 2022). No obstante, en nuestro estudio no encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre la longitud vaginal pre y postquirúrgica en cada grupo, ni entre los grupos.

Por otra parte, la satisfacción sexual es un desenlace que depende también de otras numerosas variables de índole clínico como edad, IMC, cirugías ginecológicas u obstétricas previas, complicaciones postquirúrgicas; así como de variables psicosociales y demográficas como nivel socioeconómico, nivel educativo, religión y estado civil. Variables que con los años tienen mayor interés de estudio por ser posibles predictores de cambio de la función y actividad sexual (Dedden et al., 2020, 2023).

Con respecto a estas variables clínicas descritas, se ha evidenciado en la literatura cómo diferentes problemas sexuales en las mujeres pueden aumentar con la edad, por ejemplo: disminución de la lubricación, falta de interés en el sexo e incapacidad para alcanzar el orgasmo (Rubio Eusebio, 2014). En nuestra población estudiada se observa una diferencia significativa en las medias de la edad entre los dos grupos, siendo de mayor edad las pacientes sometidas a laparoscopia. Sin embargo, no encontramos correlación entre la edad y los puntajes de IFSF.

En relación con el IMC está descrito cómo las mujeres obesas tienen menos actividad sexual, deseo sexual y menores puntajes en el índice de función sexual femenina (FSFI), y por esto puedan ser consideradas como una población de riesgo para presentar disfunciones sexuales (Di Francesco et al., 2019; Ferraresi et al., 2013). La estética e imagen personal de las mujeres tiene un impacto sobre la satisfacción sexual, al asociarse con la apariencia física y el sentirse ellas mismas atractivas (Thomas et al., 2019). La mediana de IMC de toda nuestra población estudiada se encuentra dentro de la clasificación de sobrepeso y no hubo diferencias significativas del IMC prequirúrgicas entre los dos grupos; sin embargo, en este estudio no se encontró correlación significativa entre el IMC y el puntaje del IFSF de nuestras pacientes (Gráfica 2).

La principal limitación de este estudio consiste en el tamaño de la muestra, ya que no logramos el mínimo esperado de 76 pacientes (38 por grupo) debido a la dificultad en el reclutamiento: cumplimiento de criterios de inclusión, disminución en el número de pacientes atendidas por ginecología en el Hospital Universitario Nacional de Colombia durante el periodo de estudio, ausencia de vida sexual activa de un porcentaje no despreciable del 15,8% de las posibles candidatas al estudio, y el más importante en el periodo postquirúrgico una pérdida en el seguimiento de las pacientes de más del 10% esperado por falta de disposición de parte de las pacientes, por pérdida de contacto telefónico y personal con las paciente procedentes de otras ciudades del país y por la falta de seguimiento a más de 3 meses de nuestras pacientes en el hospital por el tipo de contratación por parte de las EPS. Limitaciones que también se pueden observar en otros estudios prospectivos publicados, como por ejemplo un estudio realizado en Brasil con 33 pacientes ((Gé et al., 2015; Peterson et al., 2010; Tozo et al., 2009).

Según la caracterización clínica y sociodemográfica de las pacientes, en este estudio no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos, a excepción de la edad, en la que la diferencia de medias fue de solo 2 años. Se considera que se trata de 2 grupos comparables para investigar la satisfacción sexual.

La media del puntaje total prequirúrgico del IFSF de las pacientes incluidas en el análisis fue de 25,49 (DE 4,5, rango 16,4 – 31,9) y la media del puntaje postquirúrgico fue de 25,54 (DE 4,4, rango 16,4 – 32,2), sin diferencia estadísticamente significativa entre el estado pre y el posoperatorio, lo que indicaría que no hay influencia de la histerectomía sobre el puntaje del IFSF. Sin embargo, es de resaltar que la media del puntaje total de IFSF antes y después de la histerectomía se encuentra dentro de la clasificación de disfunción sexual (puntaje total menor o igual a 26,55). En el estado preoperatorio el 62,5% de las pacientes tenían disfunción sexual y el 50% en el posoperatorio (Gráfica 5), lo que confirma la alta prevalencia de disfunción sexual informada por otros autores (Espitia De La Hoz, 2016; Logan et al., 2021; McCool et al., 2016). No obstante, no existe asociación significativa entre la presencia de disfunción sexual en el preoperatorio y posteriormente en el posoperatorio ($p=0.066$).

La mitad de las pacientes analizadas tenían disfunción sexual en el preoperatorio. La frecuencia de disfunción sexual en las pacientes que fueron llevadas a laparoscopia fue casi el doble (81,25% vs 43,75%) (Gráfica 6 y 7). En el posoperatorio disminuyó la disfunción sexual a un 56,25% y ya no hay diferencia significativa de la frecuencia de disfunción sexual en los dos grupos.

En conclusión, en mujeres premenopáusicas con patología ginecológica benigna que fueron sometidas a histerectomía, la vía quirúrgica abierta o laparoscópica no parece influir sobre la media del puntaje del IFSF. No obstante, la frecuencia de disfunción sexual, usando como punto de corte del IFS 26.55, disminuyó significativamente en el grupo de pacientes sometidas a laparoscopia. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con precaución dado el tamaño de la muestra. Por el momento, al hacer la asesoría preoperatoria a las pacientes a quienes se les va a practicar histerectomía total por patología benigna podemos afirmar que la vía por la que se practicará la histerectomía no afectará significativamente ni la LVT ni el puntaje promedio del IFSF, aunque se puede observar una tendencia en las de la vía laparoscópica a mejorar la disfunción sexual.

Bibliografía:

- Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, & 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. (2013). *DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS*.
- Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Basson, R. (2001). Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>
- Beyan, E., İnan, A. H., Emirdar, V., Budak, A., Tutar, S. O., & Kanmaz, A. G. (2020). Comparison of the Effects of Total Laparoscopic Hysterectomy and Total Abdominal Hysterectomy on Sexual Function and Quality of Life. *BioMed Research International*, 2020, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2020/8247207>

- Blümel M, J. E., Binfa E, L., Cataldo A, P., Carrasco V, A., Izaguirre L, H., & Sarrá C, S. (2004). ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(2). <https://doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>
- Clarke-Pearson, D. L., & Geller, E. J. (2013). Complications of Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 121(3), 654-673. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182841594>
- Danesh, M., Hamzehgardeshi, Z., Moosazadeh, M., & ShabaniAsrami, F. (2015). The Effect of Hysterectomy on Women's Sexual Function: A Narrative Review. *Medical Archives*, 69(6), 387. <https://doi.org/10.5455/medarh.2015.69.387-392>
- Dedden, S. J., van Ditshuizen, M. A. E., Theunissen, M., & Maas, J. W. M. (2020). Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.047>
- Dedden, S. J., Werner, M. A., Steinweg, J., Lissenberg-Witte, B. I., Huirne, J. A. F., Geomini, P. M. A. J., & Maas, J. W. M. (2023). Hysterectomy and sexual function: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(4), 447-466. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac051>
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: Un enfoque operativo* (Organización Mundial de la Salud (OMS)).
- Di Francesco, S., Caruso, M., Robuffo, I., Militello, A., & Toniato, E. (2019). The Impact of Metabolic Syndrome and Its Components on Female Sexual Dysfunction: A Narrative Mini-Review. *Current Urology*, 12(2), 57-63. <https://doi.org/10.1159/000489420>
- EL CONGRESO DE COLOMBIA. (2012). *LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012*.
- Espitia De La Hoz, F. J. (2016). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. *Revista Ciencias Biomédicas*, 7(1), 25-33. <https://doi.org/10.32997/rcb-2016-2908>
- Espitia De La Hoz Franklin José. (2018). Afectación de la sexualidad en las mujeres intervenidas por histerectomía. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 78(2), 93-102.

- Ferraresi, S. R., Lara, L. A. da S., Reis, R. M., & Silva, A. C. J. de S. R. e. (2013). Changes in Sexual Function among Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 467-473. <https://doi.org/10.1111/jsm.12011>
- Gé, P., Vaucel, E., Jarnoux, M., Dessaux, N., & Lopes, P. (2015). Étude de la sexualité des femmes après hystérectomie totale versus subtotale par voie coelioscopique au CHU de Nantes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 43(7-8), 533-540. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.013>
- Heiman Julia. (1987). *Alcanzar el orgasmo*. Océano.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. (2020). *RESOLUCIÓN NÚMERO 0457 DE 2020*.
- Kayataş, S., Özkaya, E., Api, M., Çıkman, S., Gürbüz, A., & Eser, A. (2017). Comparison of libido, Female Sexual Function Index, and Arizona scores in women who underwent laparoscopic or conventional abdominal hysterectomy. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*, 14(2), 128-132. <https://doi.org/10.4274/tjod.78803>
- Kiremitli, S., Kiremitli, T., Ulug, P., Yilmaz, N., Yilmaz, B., Kulhan, M., Kulhan, N. G., Dinc, K., Kirkinci, A., & Kurnuc, F. Z. (2022). The effect of hysterectomy types on vaginal length, vaginal shortening rate and FSFI scores. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 427-432. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.02.042>
- Komisaruk, B. R., Frangos, E., & Whipple, B. (2011). Hysterectomy Improves Sexual Response? Addressing a Crucial Omission in the Literature. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 18(3), 288-295. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2011.01.012>
- Kürek Eken, M., İlhan, G., Temizkan, O., Erbek Çelik, E., Herkiloğlu, D., & Karateke, A. (2016). The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*, 13(4), 196-202. <https://doi.org/10.4274/tjod.71245>
- Logan, S., Thu, W. P. P., Ho, K., Cauley, J. A., Kramer, M. S., & Yong, E.-L. (2021). Sexual inactivity and sexual dysfunction in midlife Singaporean women: A prospective cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Maturitas*, 152, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.07.002>

- Luttges D., C., Torres G., S., Molina G., T., & Ahumada G., S. (2019). Satisfacción sexual en mujeres adultas y adolescentes chilenas usuarias de dos centros de salud universitarios. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(4), 287-296. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000400287>
- Mas, M. (2007). Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 11-21. [https://doi.org/10.1016/S1698-031X\(07\)74029-3](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(07)74029-3)
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sexual Medicine Reviews*, 4(3), 197-212. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.002>
- Meston, C. M., Freihart, B. K., Handy, A. B., Kilimnik, C. D., & Rosen, R. C. (2020). Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.007>
- MINISTERIO DE SALUD. (1993). *RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993*.
- Peterson, Z. D., Rothenberg, J. M., Bilbrey, S., & Heiman, J. R. (2010). Sexual Functioning Following Elective Hysterectomy: The Role of Surgical and Psychosocial Variables. *Journal of Sex Research*, 47(6), 513-527. <https://doi.org/10.1080/00224490903151366>
- Pickett, C. M., Seeratan, D. D., Mol, B. W. J., Nieboer, T. E., Johnson, N., Bonestroo, T., & Aarts, J. W. (2023). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003677.pub6>
- Radosa, J. C., Meyberg-Solomayer, G., Kastl, C., Radosa, C. G., Mavrova, R., Gräber, S., Baum, S., & Radosa, M. P. (2014). Influences of Different Hysterectomy Techniques on Patients' Postoperative Sexual Function and Quality of Life. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2342-2350. <https://doi.org/10.1111/jsm.12623>
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rubio Eusebio. (2014). *Lo que todo clínico debe saber de sexología* (Amssac Asociación).

- Thakar, R. (2015). Is the Uterus a Sexual Organ? Sexual Function Following Hysterectomy. *Sexual Medicine Reviews*, 3(4), 264-278. <https://doi.org/10.1002/smrj.59>
- Thomas, H. N., Hamm, M., Borrero, S., Hess, R., & Thurston, R. C. (2019). Body Image, Attractiveness, and Sexual Satisfaction Among Midlife Women: A Qualitative Study. *Journal of Women's Health*, 28(1), 100-106. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7107>
- Tozo, I. M., Moraes, J. C., Lima, S. M. R., Gonçalves, N., Auge, A. P. F., Rossi, L. M., & Aoki, T. (2009). Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(10). <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001000006>
- Walsh, C. A., Walsh, S. R., Tang, T. Y., & Slack, M. (2009). Total abdominal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 144(1), 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.01.003>
- Wang, Y., & Ying, X. (2020). Sexual function after total laparoscopic hysterectomy or transabdominal hysterectomy for benign uterine disorders: A retrospective cohort. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 53(3), e9058. <https://doi.org/10.1590/1414-431x20199058>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>

ANEXO 1. FOLLETO ENTREGADO A LAS PACIENTES

PREGUNTAS FRECUENTES:

¿DEBO DAR MIS DATOS PERSONALES?
No. El cuestionario es totalmente anónimo; no deberás colocar tu nombre ni tu número de cédula en él, solo habrá un código en los formularios.

¿MIS DATOS SERÁN PUBLICADOS?
No. La información se utilizará exclusivamente para propósitos del estudio. Los resultados se publicarán en revistas científicas como datos agrupados y no individuales.

¿ME PUEDO RETIRAR DEL ESTUDIO DESPUÉS DE HABER ACEPTADO?
Si, en cualquier momento. Tu participación es voluntaria. Tu retiro no afectará la atención, el cuidado ni el tratamiento que recibirás por parte de nosotros.



SI DECIDES PARTICIPAR O TIENES PREGUNTAS

COMUNICATE CON NOSOTRAS



Dra. Karen Cepeda
317 369 1828

Dra. Zeyde Jacanamejoy
310 565 4617

TE INVITAMOS A PARTICIPAR

ESTAMOS ESTUDIANDO

El efecto de la histerectomía total en la satisfacción sexual según la vía de abordaje quirúrgico

Ayúdanos a mejorar la salud sexual femenina



SATISFACCIÓN SEXUAL

Sabemos que es un aspecto muy importante en la vida del ser humano y que podría modificarse cuando se practican cirugías ginecológicas. Por eso, queremos comparar la satisfacción sexual de las mujeres antes y después de realizarles la histerectomía total por laparotomía (cirugía abierta) o laparoscopia (cirugía mínimamente invasiva) debido a enfermedades benignas.

¿POR QUÉ REALIZAR ESTE ESTUDIO?

- Para promover el conocimiento de los profesionales en salud en esta área con el fin de mejorar la atención en salud integral de nuestras pacientes.
- Para beneficiar a futuras usuarias para que reciban atención integral en salud sexual.
- Brindar educación e información completa sobre todos los riesgos y beneficios de la cirugía incluyendo su sexualidad.

¿CÓMO LO REALIZAREMOS?

Por medio de un cuestionario que se usa a nivel mundial llamado Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) que se aplicará antes y después de la cirugía.

BENEFICIOS DE PARTICIPAR:

- Estaremos disponibles para orientarte ante cualquier duda o consulta médica durante el posoperatorio.
- Recibirás un control médico presencial adicional en el posoperatorio con nosotros.
- Tendrás seguimiento médico telefónico de tu estado de salud.

ANÍMATE A PROMOVER LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES



SI ACEPTAS PARTICIPAR DEBERÁS:

- Responder antes y después de la cirugía las preguntas del cuestionario.
- No hay respuestas buenas o malas, solo desde responder con sinceridad.
- Lo puedes responder en casa o en el hospital y entregarlo diligenciado.



ANEXO 2. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

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

Definiciones:

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

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

- 5- Siempre o casi siempre
- 4- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3- A veces (alrededor de la mitad)
- 2- Pocas veces (menos que la mitad)
- 1- Casi nunca o nunca

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

- 5- Muy alto
- 4- Alto
- 3- Moderado
- 2- Bajo
- 1- Muy bajo o nada

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

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

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

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- Muy alto
- 4- Alto
- 3- Moderado

- 2- Bajo
- 1- Muy bajo o nada

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- Muy alta confianza
- 4- Alta confianza
- 3- Moderada confianza
- 2- Baja confianza
- 1- Muy baja o nada de confianza

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

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

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

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

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- No me es difícil
- 4- Poco difícil
- 3- Difícil
- 2- Muy difícil
- 1- Extremadamente difícil o imposible

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- Siempre o casi siempre la mantengo
- 4- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- 3- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- 2- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- 1- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, **¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad)**

vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- No me es difícil
- 4- Poco difícil
- 3- Difícil
- 2- Muy difícil
- 1-Extremadamente difícil o imposible

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

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

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- No me es difícil
- 4- Poco difícil
- 3- Difícil
- 2- Muy difícil
- 1-Extremadamente difícil o imposible

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- Muy satisfecha
- 4- Moderadamente satisfecha
- 3- Ni satisfecha ni insatisfecha
- 2- Moderadamente insatisfecha
- 1-Muy insatisfecha

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- Muy satisfecha
- 4- Moderadamente satisfecha
- 3- Ni satisfecha ni insatisfecha
- 2- Moderadamente insatisfecha
- 1-Muy insatisfecha

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- Muy satisfecha
- 4- Moderadamente satisfecha
- 3- Ni satisfecha ni insatisfecha
- 2- Moderadamente insatisfecha
- 1-Muy insatisfecha

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- Muy satisfecha
- 4- Moderadamente satisfecha
- 3- Ni satisfecha ni insatisfecha
- 2- Moderadamente insatisfecha
- 1-Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan a menudo siente dolor durante la penetración vaginal?

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

18. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan a menudo siente dolor después de la penetración vaginal?

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

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

- 0- No tengo actividad sexual
- 5- Muy bajo o nada
- 4- Bajo
- 3- Moderado
- 2- Alto
- 1-Muy alto

