

**DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PRE Y  
POSOPERATORIO DE HISTERECTOMÍA CON APOYO EN LOS  
FORMULARIOS SF12v2 Y FSFI**

**JUAN CARLOS RINCÓN GARCÍA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
BUCARAMANGA  
2010**

**DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PRE Y  
POSOPERATORIO DE HISTERECTOMÍA CON APOYO EN LOS  
FORMULARIOS SF12v2 Y FSFI**

**JUAN CARLOS RINCÓN GARCÍA**

**Trabajo de grado para optar por el título de Ginecólogo-Obstetra**

**Director:**

**Dr. MIGUEL ÁNGEL ALARCÓN NIVIA**

**Profesor departamento de ginecología y obstetricia**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
BUCARAMANGA  
2010**

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. OBJETIVOS	11
1.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1 HISTERECTOMÍA	12
3. METODOLOGÍA	22
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	23
3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	24
3.5 SITIO DE ESTUDIO	25
3.6 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	25
3.7 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	26
3.8 APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	27
4. RESULTADOS	28
4.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA SF12v2	29
4.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA FSFI	37
5 DISCUSIÓN	44
6 CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Características demográficas de las pacientes	28
Tabla 2. Tipo de histerectomía y otros procedimientos realizados	29
Tabla 3. Dimensiones y puntuación	31
Tabla 4. Comparando grupos de pacientes	32
Tabla 5. Diferencia en la puntuación promedio de 0 a 100	33
Tabla 6. Grupo programado para histerectomía abdominal	34
Tabla 7. Calificación de cada dimensión en el post-operatorio por grupos según tipo de histerectomía	35
Tabla 8. Sexualidad de las pacientes que se someten a histerectomía	40
Tabla 9. Pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes y después del procedimiento quirúrgico	41
Tabla 10. Puntajes por dominio en posoperatorio	42

## LISTA DE GRÁFICAS

	<b>Pág.</b>
Grafico 1. Promedio de valoración en escala de 0 a 100 por cada dimensión	30
Grafico 2. Grupo por dominio (dimensión) en el pre y post-operatorio.	39
Grafico 3. Pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes y después del procedimiento quirúrgico	41

## RESUMEN

**TITULO: DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PRE Y POSOPERATORIO DE HISTERECTOMÍA CON APOYO EN LOS FORMULARIOS SF12v2 Y FSFI\***

**AUTOR: JUAN CARLOS RINCÓN GARCÍA\*\***

**PALABRAS CLAVES:** Histerectomía, Calidad de Vida, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Función Sexual

### CONTENIDO

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más frecuentes en todo el mundo, generalmente siguiendo o superando en frecuencia a la cesárea; este procedimiento tiene efectos en las condiciones de salud de las pacientes que son sometidas a él y a pesar de la frecuencia con la que se practica, son pocos los estudios que muestran la relación de la histerectomía con su influencia en la calidad de vida y la función sexual de las pacientes.

Este trabajo, tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida y la función sexual de pacientes en pre y postoperatorio de histerectomía. Las herramientas que se utilizaron fueron, para calidad de vida el formulario SF12v2 (Short Form versión 2) y para función sexual el formulario FSFI (Female Sexual Function Index) o índice de función sexual femenina; los dos cuestionarios están validados. Este es un estudio descriptivo de tipo corte transversal en el que participaron 100 pacientes a quienes se les realizó histerectomía abdominal total, abdominal subtotal o vaginal y se les aplicó las encuestas antes de la cirugía y entre 6 meses y un año después de la misma; ninguno de los aspectos evaluados en cuanto a calidad de vida tuvo puntuaciones menores a las que asignaron las pacientes en el preoperatorio y en casi todos hubo diferencia estadísticamente significativa. Los puntajes del índice de función sexual femenina también fueron mayores en el posoperatorio pero no hubo diferencia significativa respecto al preoperatorio.

Se concluye que la histerectomía ofrece una importante y significativa mejoría en la calidad de vida de las pacientes y que no altera la función sexual

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Especialización en Ginecología y Obstetricia. ALARCÓN NIVIA, Miguel Ángel

## SUMMARY

**TITLE: DETERMINING THE QUALITY OF LIFE IN PRE AND POSTOPERATIVE HYSTERECTOMY WITH SUPPORT OF FORMS AND FSFI SF12v2.\***

**AUTHOR: JUAN CARLOS RINCÓN GARCÍA\*\***

**KEY WORDS:** Hysterectomy, Quality of Life, Quality of Life Health Related, Sexual Function

### CONTENT

Hysterectomy is one of the most common gynecologic surgical procedures worldwide, generally following or exceeding frequency of caesarean section, this procedure has an impact on the health of patients who are subjected to it and despite the frequency with practiced, few studies showing the relationship of hysterectomy to influence the quality of life and sexual function of patients.

This work aimed to assess the quality of life and sexual function of patients before and after surgery for hysterectomy. The tools used were, for quality of life SF12v2 Form (Short Form version 2) and for sexual function form FSFI (Female Sexual Function Index) or female sexual function index, the two questionnaires are validated. This study is a cross-sectional descriptive and involving 100 patients who underwent total abdominal hysterectomy, subtotal abdominal or vaginal and surveys were applied before surgery and between 6 months and one year thereafter; none of the aspects evaluated in terms of quality of life had lower scores assigned to those patients preoperatively and in almost all differences were statistically significant. Scores of female sexual function index were higher postoperatively but no significant difference compared to preoperative.

We conclude that hysterectomy provides an important and significant improvement in quality of life of patients and does not alter sexual function

---

\* Grade Work

\*\* Universidad Industrial de Santander. Faculty of Health, School of Medicine, Specialist in Genecology and Obstetrics. ALARCÓN NIVIA, Miguel Angel

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en ginecología; en los Estados Unidos es el segundo procedimiento quirúrgico mayor más frecuente en mujeres, igual sucede en instituciones en Colombia, donde sigue en frecuencia a la cesárea, mientras que en países como Canadá ocupa el primer lugar. Esta intervención quirúrgica está indicada como tratamiento en varios trastornos ginecológicos, benignos y neoplásicos, que se manifiestan clínicamente con signos y síntomas que van en detrimento de la calidad de vida de las mujeres que las padecen.

Es necesario conocer el impacto de la histerectomía en el desempeño social de la paciente, en su ajuste marital y laboral, lo mismo que en la percepción general de la salud posterior a esta cirugía. Este tipo de conocimientos le permite al clínico evaluar el beneficio versus el riesgo en cuanto a calidad de vida al momento de recomendar o decidir la ejecución de una histerectomía.

Uno de los aspectos más importantes es el temor que pueden tener las pacientes respecto al impacto de la histerectomía en la función sexual. Este estudio demuestra que la histerectomía no altera la función sexual de las pacientes, e incluso mejora la percepción respecto a la sexualidad en las mujeres intervenidas. Sin embargo, se concluye que la histerectomía no tiene un papel en el tratamiento de disfunción sexual, pues no hay una mejoría significativa en esta y no se contempla como terapéutica para este tipo de afecciones que tienen sus propios protocolos de manejo. Sin embargo, es importante para las pacientes que se van a someter al procedimiento, tener un soporte académico que les demuestre que la histerectomía no va a afectar negativamente su función sexual.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de vida y la función sexual de pacientes en pre y postoperatorio de histerectomía en el Hospital Universitario de Santander en pacientes encuestadas en los años 2008 y 2009.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar la calidad de vida de las pacientes programadas para histerectomía.
- Identificar la patología que motiva la cirugía con respecto a los parámetros que miden la relación entre la enfermedad y la calidad de vida.
- Evaluar el impacto posoperatorio entre 6 y 12 meses en la calidad de vida en general y en la sexualidad de la paciente.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 LA HISTERECTOMÍA

La histerectomía es un procedimiento común en nuestro medio, y en torno a esta cirugía, giran aspectos de toda índole que afectan de una u otra manera la calidad de vida relacionada con la salud de estas pacientes, ya sea directamente por la patología que indica esta intervención, o por aspectos relacionados con el procedimiento como tal, incluyendo los temores de las mujeres que deben someterse a ella. En las últimas cuatro décadas ha habido un creciente interés en desarrollar conceptos y herramientas que permitan valorar la calidad de vida,<sup>1</sup> y se ha considerado la sexualidad como un aspecto central de esta en la mujer siendo reflejo de su bienestar físico, psicológico y social.<sup>2</sup>

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en ginecología; en los Estados Unidos es el segundo procedimiento quirúrgico mayor más frecuente en mujeres,<sup>3</sup> igual sucede en instituciones en Colombia, donde sigue en frecuencia a la cesárea,<sup>4,5</sup> mientras que en países como Canadá ocupa el primer lugar.<sup>6</sup> Esta intervención quirúrgica está indicada como tratamiento en varios trastornos ginecológicos, benignos y neoplásicos, que se manifiestan clínicamente con signos y síntomas que van en detrimento de la calidad de vida de las mujeres que las padecen.<sup>7</sup>

Las principales indicaciones de histerectomía son:

#### *Enfermedades benignas*

- Leiomiomas
- Hemorragia uterina anormal

- Endometriosis
- Relajación pélvica
- Dolor pélvico.

#### *Enfermedades preinvasivas*

- Indicada para hiperplasia endometrial con atipia
- Adenocarcinoma in situ.

#### *Enfermedad invasiva*

- Carcinoma endometrial
- Carcinoma de cérvix
- Carcinoma de ovario y trompa de Falopio.

#### Condiciones agudas

- Hemorragia posparto intratable
- Abscesos tuboováricos en ciertos casos
- Menorragia aguda refractaria<sup>8</sup>.

Las tasas de complicaciones asociadas a la histerectomía van de 0.5 a 43%, la incidencia de complicaciones varía ampliamente, la fiebre y la infección son responsables de la mayoría de complicaciones menores.<sup>9</sup>

Para las pacientes los resultados esperados más importantes de este tipo de cirugía incluyen mejoría de los síntomas, complicaciones mínimas y mejoría de la calidad de vida; en general se considera que la histerectomía es altamente efectiva para lograr estos resultados.<sup>10-12</sup>

La extracción de este órgano del aparato reproductor de la mujer, puede producir alteraciones físicas y psicológicas en la misma forma que podrían afectar su desempeño físico y emocional en el postoperatorio, amenazar su

sentido de feminidad, provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros.<sup>13</sup>

Las pacientes pueden percibir la histerectomía como una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con reconocido efecto negativo sobre la recuperación posquirúrgica.<sup>14</sup> A pesar del impacto de la histerectomía en la calidad de vida de estas mujeres, son escasas las investigaciones que estudien dicha relación.<sup>13</sup>

La resección del útero puede tener efectos emocionales, en las pacientes que creen sentir la ausencia de este órgano al extirparlo.<sup>15</sup>

La doctora Andrea Cárdenas considera que *“Dichas respuestas obedecen, entre otras razones, al hecho de que en nuestra cultura el útero ha sido simbolizado como parte determinante de la identidad femenina debido al papel protagónico que desempeña en la procreación y la maternidad, funciones por las que históricamente la mujer ha sido definida y valorada en la sociedad”*<sup>16</sup>

Todos estos aspectos físicos y emocionales afectados por el acto quirúrgico de la histerectomía van a incidir en la calidad de vida de las mujeres sometidas a la intervención; la valoración de la calidad de vida ha tornado gran importancia en los estudios clínicos y se ha tenido en cuenta especialmente en la histerectomía.<sup>17</sup>

Como la gran mayoría de histerectomías son realizadas por patologías benignas, la calidad de vida de las pacientes debe ser considerada una de las principales medidas respecto al resultado.<sup>17</sup>

Es importante que exista información disponible para las pacientes y los médicos sobre el impacto que tiene la histerectomía en la calidad de vida de las mujeres.<sup>18,19</sup>

**CALIDAD DE VIDA:** En cuanto a la calidad de vida, la OMS da un concepto genérico, *“es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Se puede considerar como uno de los determinantes del nivel de salud”*.

Según Schumaker y Naughton, la calidad de vida relacionada con la salud es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. También es definida como la percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social.

**CUESTIONARIO SF12v2:** Dentro de las herramientas que evalúan o determinan la calidad de vida, se encuentra el cuestionario SF-12,<sup>20</sup> derivado del Outcome Study Questionnaire, como indicador genérico de nivel de salud. Diseñado para ser autoadministrado, en entrevistas personales o telefónicas (15 min). Tiene escalas multi-ítem para medir 8 dimensiones.

Las 8 dimensiones que evalúa son:

1. **FUNCIÓN FÍSICA:** grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos<sup>20-21</sup>.

2. **ROL FÍSICO:** grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento y el tipo de actividades<sup>20-21</sup>.

3. **DOLOR CORPORAL:** intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, en el hogar o fuera de él<sup>20-21</sup>.

4. **SALUD GENERAL:** valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar<sup>20-21</sup>.

5. **VITALIDAD:** sentimiento de energía y vitalidad versus sentimiento de cansancio y agotamiento<sup>20-21</sup>.

6. **FUNCIÓN SOCIAL:** grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual<sup>20-21</sup>.

7. **ROL EMOCIONAL:** grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o en otras actividades diarias<sup>20-21</sup>.

8. **SALUD MENTAL:** salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.

Puede procesarse para dar puntuaciones de 0 (lo peor) a 100 (lo mejor) para cada dimensión.<sup>20,21</sup>

Esta herramienta ha sido utilizada en múltiples investigaciones, y es utilizada en el proyecto IQOLA de sus siglas en inglés International Quality of Life Assessment, que evalúa la calidad de vida en diferentes países. Ha sido traducida y validada en español y en otros idiomas. El cuestionario de salud SF-12 deriva del SF-36, el cual fue desarrollado a principios de los noventa,

en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS).<sup>22</sup>

Esta escala permite obtener un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Sirve para comparar la carga de diversas enfermedades, evaluar los beneficios en la salud producidos por tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.<sup>21</sup> Sus propiedades psicométricas han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la gran cantidad de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la calidad de vida relacionada con la salud.<sup>23</sup>

Para la traducción al español del cuestionario se siguió un protocolo común en los países participantes en el proyecto internacional de adaptación del cuestionario original, el International Quality of Life Assessment (IQOLA).<sup>24</sup>

El cuestionario original se desarrolló en los Estados Unidos y fue traducido al español por 2 personas bilingües cuya lengua materna era el español. Cada uno de ellos realizó una traducción independiente de los ítems del cuestionario y de las opciones de respuesta. Además, puntuaron la dificultad de traducción en una escala de 0 (ninguna dificultad) a 100 (extremadamente difícil). Posteriormente, se reunieron los traductores con el investigador principal para acordar una traducción común, analizar las diferencias y documentar las posibles alternativas y las decisiones tomadas. La traducción consensuada se entregó a 2 evaluadores que puntuaron su calidad en una escala de 0 (totalmente inadecuada) a 100 (perfecta), según 3 criterios: claridad, utilización de lenguaje común y equivalencia conceptual. A partir de sus valoraciones se consensuó una traducción directa preliminar que se entregó a 2 nuevos traductores, cuya lengua materna era el inglés norteamericano. Éstos obtuvieron una nueva versión en inglés (traducción

inversa), que fue comparada con la versión original para evaluar la equivalencia conceptual. Posteriormente, se realizó una reunión con los autores de las versiones ya disponibles en otros países en la que se trató de armonizar el contenido del cuestionario. Finalmente, se realizaron estudios piloto con diversos grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de administración del cuestionario. Se demostró la validez de su ordenación o secuencia, y una gran equivalencia con la versión original americana.<sup>25</sup>

Siguiendo los criterios de evaluación de instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud del Medical Outcome Trust,<sup>26</sup> se recogieron los datos sobre la fiabilidad (consistencia interna y reproducibilidad), el modelo de medida, la validez de constructo y la sensibilidad al cambio. Fueron recogidos los coeficientes alfa de Cronbach y de correlación intraclase (CCI), que evalúan la consistencia interna y la reproducibilidad test-retest, respectivamente.

Para el alfa de Cronbach, se estableció el valor 0,7 como punto de corte mínimo para comparaciones de grupos, y el de 0,9 para comparaciones individuales. El CCI tiene un rango de 0 (ninguna concordancia) a 1 (concordancia perfecta), y un valor superior a 0,75 se considera como acuerdo excelente. Para estudiar el modelo de medida se recogieron los resultados de análisis factoriales. La validez de constructo fue evaluada mediante comparaciones de grupos previamente definidos con diferencias esperables en calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), y correlaciones del SF-36 con indicadores clínicos y con otros cuestionarios de CVRS.<sup>27</sup>

En Colombia, fue evaluada la confiabilidad del cuestionario SF-36 en una población de Medellín. El objetivo fue evaluar la consistencia interna y la

fiabilidad test-retest e inter-evaluador del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en pacientes con dolor músculo-esquelético, depresión mayor, diabetes mellitus y personas sanas. Los investigadores lo aplicaron por entrevista y auto-diligenciado en 605 personas. Se usaron medidas descriptivas para ítems, escalas y grupos: cálculo de consistencia interna de ítems con sus escalas, fiabilidad de escalas y fiabilidad interobservador e intraobservador.

Se encontró que los datos omitidos fueron de 0% a 1,5%, las correlaciones ítem-escala superaron 0,48, la fiabilidad fue mayor de 0,70. No hubo diferencias en los puntajes de escalas según tipo de aplicación. La fiabilidad inter-observador fue mayor de 0,80; el test-retest superó el 0,70 y no mostró diferencias significativas en las dos aplicaciones. Los investigadores concluyen que el SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en salud.<sup>1</sup>

Aunque el cuestionario SF-36 puede ser diligenciado en un tiempo que oscila entre 5 y 10 min., en determinados contextos puede representar demasiado tiempo. La obtención de las 2 medidas sumario del SF-36 motivó el desarrollo de un cuestionario más corto que fuera capaz de reproducirlas con un número menor de ítems, el SF-12.<sup>20</sup> Dado que éste podía ser autocontestado en una media de  $\leq 2$  min., se pretendía que su uso fuera dirigido a evaluar conceptos generales de salud física y mental en estudios en los que el SF-36 fuera demasiado largo. El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 obtenidos a partir de regresión múltiple, incluidos 1-2 ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36.

La información de estos 12 ítems se utiliza para construir las medidas sumario física y mental del SF-12 (PCS-12 y MCS-12, respectivamente). Los ítems del cuestionario SF-12 explicaron más del 90% de la varianza de los

índices sumario físico y mental del SF-36 en Estados Unidos y el 91 % en España.<sup>28</sup>

Uno de los aspectos más importantes y preocupantes para las pacientes que se van a someter a histerectomía, es la inquietud sobre la influencia que pueda tener este acto quirúrgico en su sexualidad.<sup>29</sup>

**CUESTIONARIO FSFI:** Para la evaluación de la función sexual femenina existen herramientas multidimensionales validadas, una de ellas es el Índice de Función Sexual Femenina FSFI (Female Sexual Function Index) establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions; fue desarrollado como una herramienta breve de medida de función sexual femenina; este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios.<sup>30</sup>

Los ítem del test de validez fueron valorados por un panel de expertos; en un estudio dirigido a refinar el cuestionario, se aplicó a 131 controles normales y 128 pacientes con desórdenes de la sexualidad femenina en cinco centros de investigación. Basados en interpretaciones clínicas de análisis de los componentes principales, se identificó la estructura de 6 dominios que incluye: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; los coeficientes de confiabilidad fueron altos para cada uno de los dominios individuales ( $r=0.79$  a  $0.86$ ) y se observó alto grado de consistencia interna (valores de alfa de Cronbach mayores a  $0.82$ ); se demostró buena validez de constructo por altas diferencias de puntaje entre las pacientes con desórdenes de la sexualidad femenina y el grupo control para cada uno de

los dominios ( $p < 0.001$ ); estos resultados le dan el soporte de confiabilidad y validez psicométrica del FSFI en la evaluación de las dimensiones clave de la función sexual femenina.<sup>30</sup>

El FSFI fue validado en idioma español y es sensible y confiable en todos los dominios del funcionamiento sexual. Este trabajo fue realizado por un grupo de investigación chileno, el objetivo fue aplicar y validar en una población chilena el “Índice de Función Sexual Femenina”. Se aplicó el FSFI a 383 mujeres sanas de 20 a 59 años con actividad sexual, beneficiarias del Centro de Salud “Carol Urzúa”.<sup>2</sup>

Para el análisis estadístico se utilizó ANOVA, Kruskal-Wallis, Chi cuadrado, regresión logística y alpha de Cronbach; los resultados del estudio mostraron una edad media de  $35,3 \pm 10,9$  años, casadas (50,4%) o conviviente (17,0%), con educación media (48,2%). La consistencia interna del test fue buena (0,70). Los investigadores concluyen que el Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida. Es adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos.<sup>2</sup>

El Índice de Función Sexual Femenina es un instrumento sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida. Es adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos.<sup>2</sup>

### 3. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio en el que se utilizaron dos herramientas, una genérica y otra específica, validadas para determinar la calidad de vida relacionada con la salud, aplicada a pacientes con patología ginecológica en quienes estaba indicada histerectomía.

Se utilizó la herramienta genérica de calidad de vida relacionada con la salud, SF-2v2 (anexo 1) desarrollada y registrada por Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric Incorporated, utilizada a nivel mundial en múltiples estudios, el más grande de ellos IQOLA (Internacional Quality of Life Assessment) (<http://www.iqola.org/countries.aspx>), desarrollada a partir de la encuesta SF 36 para investigación en poblaciones, la cual es confiable para evaluar calidad de vida en salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos.<sup>1</sup>

También se hizo uso de la herramienta específica en función sexual femenina FSFI “Índice de Función Sexual Femenina” establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions (anexo 1) validado en español, es un instrumento sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida.<sup>2</sup> Los cuestionarios y su material de soporte están disponibles para uso en investigaciones mediante registro en BiblioPRO, la biblioteca virtual de la Red IRYSS, Red Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios ([www.rediryss.net](http://www.rediryss.net)).

Se usaron estas dos herramientas debido a que si bien es importante determinar la calidad de vida en general mediante una herramienta genérica como SF-12v2, en el caso específico del tipo de intervención quirúrgica en estudio, las pacientes se ven afectadas por temores relacionados con su sexualidad en el postoperatorio, por lo tanto era pertinente el uso de una herramienta que evaluase específicamente dicho aspecto, esto lo logra la encuesta FSFI.

### **3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo, tipo corte transversal, con una población a estudio que corresponde a las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Universitario de Santander con indicación de histerectomía. Se captaron estas pacientes y sus datos fueron registrados en el formato por medio del cual se consignaron las características de identificación y las encuestas SF12v2 y FSFI (anexos 1).

### **3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

✓ Pacientes programadas para histerectomía por cualquier vía y con cualquier técnica quirúrgica, y cuyo procedimiento sea programado y realizado en el Hospital Universitario de Santander de la ciudad de Bucaramanga para aplicar la encuesta en los años 2008 y 2009.

### **3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ✓ Pacientes que se someten a cualquier intervención quirúrgica mayor (diferente a una derivada de la histerectomía) entre el postoperatorio de histerectomía y el momento de la aplicación de la encuesta.
- ✓ Pacientes cuya indicación de cirugía es patología maligna

### **3.4 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta investigación se realizó acorde con la legislación nacional (Constitución política nacional de 1991, resolución 008430 de 1993) e internacional (Declaración de Helsinki). Catalogada como una investigación sin riesgo, definida de la siguiente manera: “son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. De acuerdo al parágrafo primero del artículo 15 de la resolución 008430 de 1993, las investigaciones sin riesgo pueden realizarse sin consentimiento informado escrito.

A pesar de las consideraciones anteriores cada paciente incluida en el estudio era consciente del tipo de preguntas que debía responder. Todas tuvieron la opción de retirarse del estudio en cualquier momento.

Se mantiene confidencialidad sobre los datos de identificación de los sujetos participantes en el estudio. Para este tipo de estudio las pacientes no tuvieron que aportar muestras de fluidos corporales, ni hizo parte directa del estudio practicar la histerectomía u otros procedimientos médicos. Son pacientes que fueron programadas por indicación médica para dicha cirugía, y la intervención con las encuestas no interfirió en ningún punto del proceso de programación de cirugía, ya fuese con la toma de decisión del médico especialista o en la asignación de fechas a las pacientes.

Por otro lado, los datos obtenidos de las usuarias no se divulgan en ninguna circunstancia bajo nombre propio de las pacientes o datos de su identificación.

### **3.5 SITIO DEL ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Universitario de Santander el cual es una Empresa Social del Estado de III nivel de complejidad, ubicada en Bucaramanga, Colombia, centro oficial de atención en salud del Nororiente Colombiano.

### **3.6 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La información de cada encuesta se ingresó en hojas de cálculo Excel. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. La escala de tipo Likert es una [escala psicométrica](#) comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Cuando se responde a un elemento de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se hace especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. La escala se llama así por [Rensis](#) Likert, que publicó un informe describiendo su uso.

El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Igualmente con la encuesta FSFI, las opciones de respuesta se dan en escala tipo Likert, y las puntuaciones de cada dimensión van a hojas de cálculo Excel. Los demás datos estadísticos fueron procesados en hojas de cálculo Excel

### 3.7 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

- Prueba piloto con 10 pacientes para la aplicación del cuestionario SF-12v2 y FSFI.
- Realización de modificaciones en encuestas según prueba piloto.
- Captación de pacientes que participaron en el estudio; para la primera encuesta de cada paciente, estas fueron captadas en la consulta de ginecología de control previa a la cirugía o en la consulta de valoración preanestésica, o en el preoperatorio inmediato.
- Las herramientas son válidas para su aplicación, ya sea mediante entrevistas, formularios auto-diligenciados o por vía telefónica; cualquiera de estas formas se usó según la conveniencia del paciente y del investigador.
- Las pacientes fueron citadas a control postoperatorio en un lapso de 6 a 12 meses para la aplicación de la segunda encuesta.
- Registro de la información en la base de datos para su posterior procesamiento.
- Evaluación cuantitativa de la calidad de vida de cada paciente de acuerdo a la metodología de la herramienta SF-12v2 y FSFI.

### **3.8 APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

Participaron en la aplicación del instrumento estudiantes del semestre de ginecología y obstetricia de la Universidad Industrial de Santander y el investigador; los estudiantes de medicina recibieron información completa sobre los propósitos del estudio y específicamente sobre la aplicación del instrumento resaltando aspectos importantes que se determinaron en la prueba piloto y en revisiones de teoría de test, que podrían influir en la respuesta del usuario. Se determinó el número de encuestas a aplicar; se encuestaron las 100 usuarias en el período comprendido de enero de 2008 a diciembre de 2009.

Se aplicó la encuesta a usuarios mayores de 18 años

Cada encuesta fue tabulada en hojas de cálculo del programa Excel, incluyéndose la información sobre caracterización de la población.

## 4 RESULTADOS

Los datos se obtuvieron de 100 pacientes a quienes se les realizó histerectomía abdominal total, abdominal subtotal o vaginal; se le aplicaron las encuestas de calidad de vida SF12v2 y de función sexual FSFI de acuerdo a los criterios de inclusión y la metodología descrita. Las características demográficas de las pacientes se presentan en la tabla 1

**Tabla 1. Características demográficas de las pacientes**

<b>EDAD (años)</b>	<b>n</b>
30-39	14
40-49	41
50-59	23
60-69	15
>= 70	7
<b>E.CIVIL</b>	
CASADA	32
U. LIBRE	31
SEPARADA	14
SOLTERA	11
VIUDA	12
<b>OCUPACIÓN</b>	
HOGAR	74
COMERCIANTE	8
SERVICIOS GENERALES	5
MODISTERÍA	3
AGRICULTORA	2
Otras:	8
<b>ESCOLARIDAD</b>	
NINGUNA	15
PRIMARIA INCOMPLETA	28
PRIMARIA COMPLETA	28
BACHILLER INCOMPLETO	20
BACHILLER COMPLETO	8
TÉCNICO	1
UNIVERSIDAD	0

Fuente: El autor

El 65% de las pacientes tenían menopausia en el preoperatorio; los datos de diagnostico, tipo de histerectomía y otros procedimientos realizados se muestran en la tabla 2

**Tabla 2. Tipo de histerectomía y otros procedimientos realizados**

DIAGNOSTICO	n
MIOMATOSIS UTERINA-HUA	36
PROLAPSO GENITAL	27
IUE+MIOM,HUA, PROL, DOLOR PÉLVICO	20
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	4
DOLOR PÉLVICO	4
ADENOMIOSIS-ENDOMETRIOSIS	4
OTROS	5
TIPO DE PROCEDIMIENTO	
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL	59
HISTERECTOMÍA VAGINAL	29
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SUBTOTAL	12
OTRAS INTERVENCIONES EN EL MISMO ACTO	
COLPORRAFIAS	19
BURCH + COLPORRAFIAS	14
SOB	7
BURSH	6
OTROS (RESECCIÓN QUISTE DE OVARIO, CESÁREA)	3
TOTAL	49

Fuente: El autor

#### 4.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA SF12V2

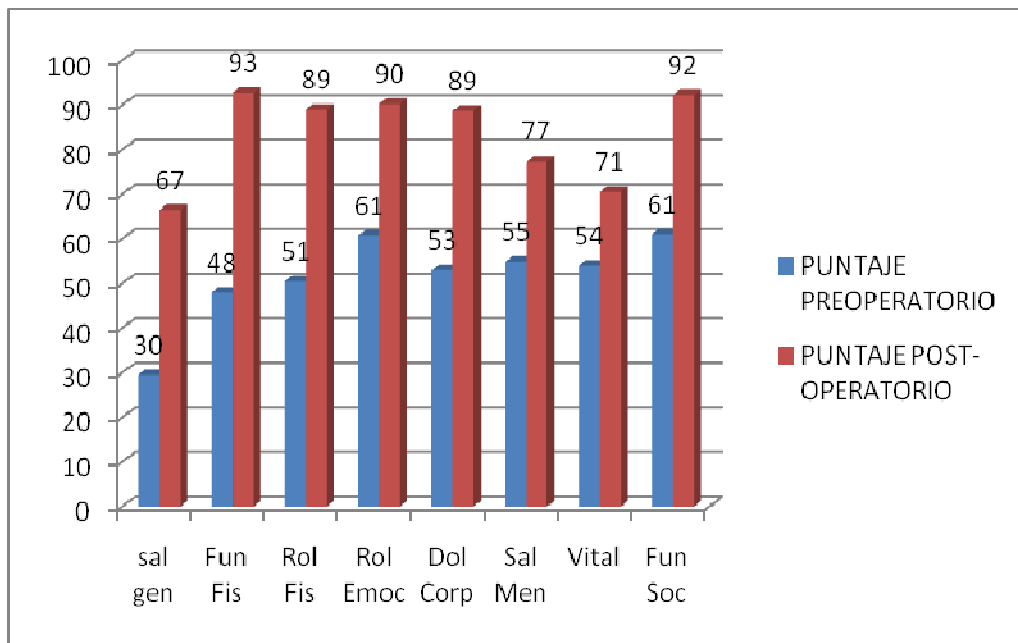
Sumando la puntuación cruda de cada ítem se tiene un puntaje mínimo de 12 y máximo de 56. El promedio del puntaje total de las 100 pacientes fue, 35 antes de la cirugía y 49 después de la misma.

La puntuación cruda se convierte a una escala de 0 a 100 con la fórmula:  
 (Puntuación real cruda – puntuación cruda más baja/máximo recorrido posible) x 100

Al convertir esta puntuación cruda a escala de 0 a 100, se tiene que 0 es el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud y se obtuvo un puntaje de 52 y 77 antes y después de la cirugía respectivamente.

El promedio de valoración en escala de 0 a 100 por cada dimensión, se presenta en la grafica 1

**Grafica 1. Promedio de valoración en escala de 0 a 100 por cada dimensión**



Fuente: El autor

Grafica 1. Puntuación promedio de 0 a 100 de las 100 pacientes, por cada una de las 8 dimensiones de salud de la encuesta **SF12v2** antes y después de la cirugía. sal gen: salud general, Fun Fis: función física, Rol Fis: rol físico, Rol Emoc: rol emocional, Dol Corp: dolor corporal, Sal Men: salud mental, Vital: vitalidad, Fun Soc: función social

Ninguna dimensión tuvo una puntuación menor en el posoperatorio que en el preoperatorio; la dimensión que presenta mayor aumento en la puntuación es la función física que aumentó 45 puntos, seguida del rol físico. La dimensión que menos aumentó la puntuación fue la vitalidad con 17 puntos de diferencia respecto al preoperatorio; este aumento en la puntuación de la dimensión vitalidad, fue el único que no tuvo diferencia estadísticamente significativa; las demás dimensiones y la puntuación general tuvieron un cambio positivo en la puntuación que fue estadísticamente significativo (tabla 3).

**Tabla 3. Dimensiones y puntuación**

<b>Dimensión</b>	<b>puntaje preoperatorio</b>	<b>puntaje postoperatorio</b>	<b>diferencia en puntaje</b>	<b>P</b>
Salud General	30	67	37	< 0,05
Función Física	48	93	45	< 0,05
Rol Físico	51	89	39	< 0,05
Rol Emocional	61	90	30	< 0,05
Dolor Corporal	53	89	36	< 0,05
Salud Mental	55	77	23	< 0,05
Vitalidad	54	71	17*	NS
Función Social	61	92	31	< 0,05

Fuente: El autor

Tabla 3. Diferencia en la puntuación promedio de 0 a 100 de las 100 pacientes, por cada una de las 8 dimensiones de salud de la encuesta SF12v2 antes y después de la cirugía

\*Dimensión que no tuvo diferencia estadísticamente significativa en los puntajes

Comparando grupos de pacientes, 65 no tenían menopausia y 35 si la tenían antes de la cirugía. Las puntuaciones que dieron las pacientes de los dos grupos, no tuvieron diferencia estadísticamente significativa entre estos ( $P>0.05$ ) ni antes ni después de la cirugía (tablas 4 y 5), es decir, el estado o no de menopausia no influyo en la puntuación de calidad de vida en estas pacientes ni en el pre ni en el posoperatorio.

**Tabla 4. Comparando grupos de pacientes**

Dimensión	Puntaje de PAC. En menopausia en preoperatorio	Puntaje de PAC. Sin menopausia en preoperatorio	diferencia en puntaje	P
Salud General	29	30	1	>0.05
Función Física	38	53	15	>0.05
Rol Físico	46	53	7	>0.05
Rol Emocional	59	62	3	>0.05
Dolor Corporal	49	55	6	>0.05
Salud Mental	53	56	3	>0.05
Vitalidad	54	54	0	>0.05
Función Social	57	63	6	>0.05

Fuente: El autor

Tabla 4. Diferencia en la puntuación promedio de 0 a 100 entre el grupo de pacientes con y sin menopausia, por cada una de las 8 dimensiones de salud de la encuesta SF12v2 antes de la cirugía

**Tabla 5. Diferencia en la puntuación promedio de 0 a 100**

<b>Dimensión</b>	<b>Puntaje de PAC. En menopausia en posoperatorio</b>	<b>Puntaje de PAC. Sin menopausia en posoperatorio</b>	<b>Diferencia en puntaje</b>	<b>P</b>
Salud General	66	67	1	>0.05
Función Física	95	92	-3	>0.05
Rol Físico	89	89	1	>0.05
Rol Emocional	91	90	-1	>0.05
Dolor Corporal	91	88	-3	>0.05
Salud Mental	78	77	-1	>0.05
Vitalidad	69	71	2	>0.05
Función Social	94	91	-3	>0.05

Fuente: El autor

Tabla 5. Diferencia en la puntuación promedio de 0 a 100 entre el grupo de pacientes con y sin menopausia, por cada una de las 8 dimensiones de salud de la encuesta SF12v2 después de la cirugía

Comparando grupos respecto al tipo de procedimiento realizado, solamente el grupo de pacientes a las que se le realizó histerectomía vaginal, tenían en el preoperatorio, diferencia estadísticamente significativa en cuanto a función física, con respecto a las del grupo programado para histerectomía abdominal total (tabla 6), es decir, aquellas tenían mayor limitación para realizar esfuerzos moderados y/o subir varios pisos por la escalera. Ni en las demás dimensiones, ni en el posoperatorio hay diferencia estadísticamente significativa (tabla 7); es decir, las pacientes obtuvieron una mejoría importante, independientemente del tipo de cirugía que se realizó y no hubo superioridad entre la histerectomía abdominal total, subtotal, o vaginal de acuerdo con su respectiva indicación.

**Tabla 6. Grupo programado para histerectomía abdominal**

<b>Dimensión</b>	<b>1 grupo HAT</b>	<b>2 grupo HAS</b>	<b>3 grupo HV</b>	<b>P entre 1 y 2</b>	<b>P entre 1 y 3</b>	<b>P entre 2 y 3</b>
Salud General	31	31	27	>0.05	>0.05	>0.05
Función Física	57	38	34	>0.05	<b>&lt;0.05*</b>	>0.05
Rol Físico	56	43	44	>0.05	>0.05	>0.05
Rol Emocional	64	54	56	>0.05	>0.05	>0.05
Dolor Corporal	57	44	49	>0.05	>0.05	>0.05
Salud Mental	59	46	50	>0.05	>0.05	>0.05
Vitalidad	58	44	51	>0.05	>0.05	>0.05
Función Social	66	50	55	>0.05	>0.05	>0.05

Fuente: El autor

Tabla 6. Calificación de cada dimensión en el preoperatorio por grupos según tipo de histerectomía. Cada número de cada casilla corresponde al promedio de puntos que las pacientes le asignaron a cada dimensión de la salud (calificadas de 0 a 100) de la encuesta SF12v2 . La única diferencia significativa se encontró en la función física entre los grupos 1 y 3. HAT (histerectomía abdominal total), HAS (histerectomía abdominal subtotal) y HV (histerectomía vaginal),

**Tabla 7. Calificación de cada dimensión en el post-operatorio por grupos según tipo de histerectomía**

<b>Dimensión</b>	<b>1 grupo HAT</b>	<b>2 grupo HAS</b>	<b>3 grupo HV</b>	<b>P entre 1 y 2</b>	<b>P entre 1 y 3</b>	<b>P entre 2 y 3</b>
Salud General	64	69	71	>0.05	>0.05	>0.05
Función Física	90	98	96	>0.05	>0.05	>0.05
Rol Físico	88	89	91	>0.05	>0.05	>0.05
Rol Emocional	88	90	94	>0.05	>0.05	>0.05
Dolor Corporal	87	88	92	>0.05	>0.05	>0.05
Salud Mental	76	75	81	>0.05	>0.05	>0.05
Vitalidad	71	69	71	>0.05	>0.05	>0.05
Función Social	89	98	96	>0.05	>0.05	>0.05

Tabla 7. Calificación de cada dimensión en el post-operatorio por grupos según tipo de histerectomía. Cada número de cada casilla corresponde al promedio de puntos que las pacientes le asignaron a cada dimensión de la salud (calificadas de 0 a 100) de la encuesta SF12v2. HAT (histerectomía abdominal total), HAS (histerectomía abdominal subtotal) y HV (histerectomía vaginal). Estos datos se obtuvieron entre 6 y 12 meses después de que las pacientes fueron operadas. No hubo diferencia significativa en ningún grupo.

En el 23% de las pacientes a pesar de tener una puntuación mejor de calidad de vida en el posoperatorio, esta no tuvo diferencia estadísticamente significativa.

El 3% de las pacientes tuvo exactamente la misma puntuación antes y después del procedimiento quirúrgico.

El 5% (n=5) de las pacientes tuvo una puntuación peor de calidad de vida respecto al posoperatorio, pero solamente en 2 de ellas fue estadísticamente significativo el empeoramiento del estado de salud en el posoperatorio. En la primera de ellas, no corresponde a un empeoramiento del estado de salud derivado directamente del procedimiento, pues se trata de una paciente a la que se le realizó histerectomía abdominal total por miomatosis uterina, refiere que la patología no reportó malignidad, pero desde 15 días antes de la encuesta del posoperatorio le están haciendo estudios por probable cáncer de muñón vaginal; esto la ha llevado a tener puntajes bajos en las dimensiones de salud general, rol emocional, salud mental y vitalidad. La segunda paciente fue programada para histerectomía abdominal total, con colporrafia posterior y esfinteroplastia por desgarro perineal grado IV antiguo; esta paciente refiere en el posoperatorio dolor pélvico, dolor perineal y dispareunia intensa cuando intentó relaciones sexuales; sus puntuaciones en

el posoperatorio también fueron significativamente más bajas que en el preoperatorio.

#### **4.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA FSFI**

De las 100 pacientes encuestadas, el 58% no tenían relaciones sexuales antes de la cirugía; las causas eran:

- El 30% no tienen pareja sexual y no sienten deseo sexual
- El 19% no tiene pareja sexual
- En el 16% de estas pacientes, su enfermedad o síntoma no la deja tener relaciones sexuales
- El 16% no siente deseo sexual
- En el 16% su enfermedad o síntoma no la deja tener relaciones sexuales y no siente deseo sexual
- En el 3% de las pacientes, su enfermedad o síntoma no la deja tener relaciones sexuales y su pareja la rechaza por su enfermedad

El 26% (n= 15) de las pacientes que no tenían relaciones sexuales antes de la cirugía, las tuvieron después de la misma.

El 10% (n= 4) de las pacientes que tenían relaciones sexuales antes de la cirugía, dejaron de tenerlas después de esta. Las causas fueron:

- Paciente 1, 59 años, separada, antes de la cirugía tenía 28,8 puntos en el FSFI; se le hizo histerectomía abdominal total y colporrafia posterior más esfinteroplastia por desgarro perineal grado IV antiguo; en el posoperatorio dejó de tener relaciones sexuales porque: su enfermedad o síntoma (dolor, sangrado, masa u otros) no la dejan tener relaciones sexuales.

Siente deseo o interés sexual a veces, de intensidad moderada y se siente moderadamente insatisfecha con su vida sexual. Esta paciente ya fue referenciada como una de las dos pacientes que tuvieron puntaje significativamente menor en la encuesta SF12v2 en el posoperatorio y refiere intensa dispareunia cuando intento tener relaciones sexuales.

- paciente 2, 44 años, casada, tenía 15,5 puntos en el FSFI; dejó de tener relaciones sexuales en el posoperatorio porque: su enfermedad o síntoma (dolor, sangrado, masa u otros) no la dejan tener relaciones sexuales y siente deseo o interés sexual casi nunca o nunca, de intensidad muy bajo o nada y se siente insatisfecha con su vida sexual.

- Paciente 3, 42 años de edad, separada, 21,1 puntos en el FSFI, en el posoperatorio no tiene relaciones sexuales porque: no tiene pareja sexual (viajo fuera del país). Siente deseo o interés sexual a veces, de intensidad alto y se siente moderadamente insatisfecha con su vida sexual.

- Paciente 4, 75 años de edad, casada, 16,9 puntos en el FSFI antes de la cirugía; en el posoperatorio no tiene relaciones sexuales por estrechez vaginal después de la cirugía. Siente deseo o interés sexual casi nunca o nunca, de intensidad muy bajo o nada y se siente ni satisfecha ni insatisfecha con su vida sexual. Para efectos de análisis, las pacientes se dividieron en grupos así:

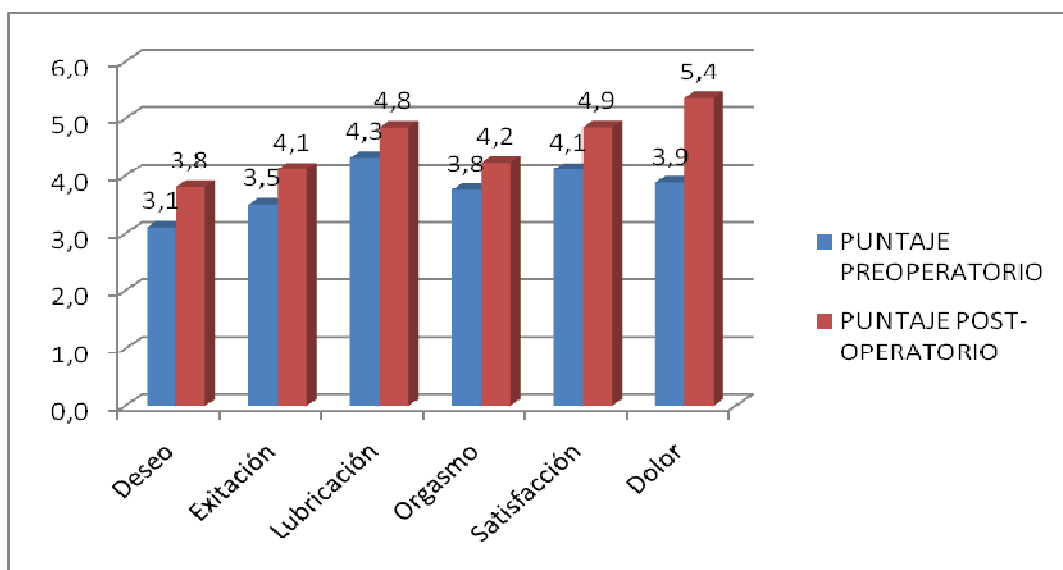
- Grupo 1 (n=38): pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes y después de la cirugía.

- Grupo 2 (n=15): pacientes que tuvieron relaciones sexuales en posoperatorio y que no tenían relaciones antes del mismo.

- Grupo 3 (n=4): pacientes que tenían relaciones sexuales en preoperatorio y dejaron de tenerlas en posoperatorio.

El puntaje total del FSFI de las pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes y después de la cirugía (grupo 1, n=38) fue en promedio: antes, 22.7 y después de la cirugía fue de 27.2. En la gráfica 2 se muestran los puntajes de este grupo por dominio (dimensión) en el pre y post-operatorio.

**Grafica 2. Grupo por dominio (dimensión) en el pre y post-operatorio.**



Fuente: El autor

Gráfica 2. Puntajes por dominio antes y después de la cirugía del grupo 1 (pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes y después de la cirugía) en la encuesta **FSFI**. El puntaje máximo de cada dominio es de 6, siendo 0 la peor valoración de cada uno de ellos.

Como se puede observar en esta gráfica, todos los dominios presentaron un cambio positivo en el puntaje; el dominio que tuvo el mayor beneficio con la

intervención quirúrgica fue el de dolor, con una diferencia de 1.47 puntos respecto a la puntuación prequirúrgica; le siguen en orden de beneficio, el dominio satisfacción, deseo, excitación, lubricación y orgasmo este último con la menor ganancia en puntuación. Sin embargo es de anotar, que aunque se presentó una mejoría en las puntuaciones de cada dominio, ninguna de estas fue estadísticamente significativa, lo que indica que la cirugía no tiene un real impacto significativamente positivo en la sexualidad de las pacientes que se someten a histerectomía (tabla 8).

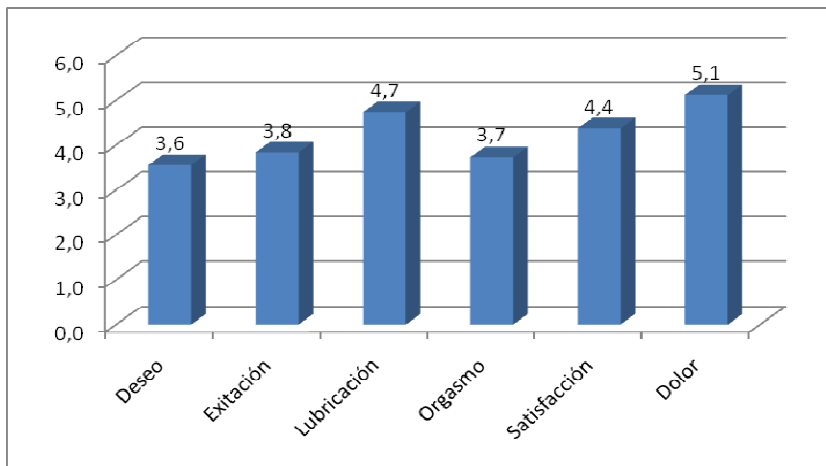
**Tabla 8. Sexualidad de las pacientes que se someten a histerectomía**

<b>Dominio</b>	<b>Puntaje preoperatorio</b>	<b>Puntaje posoperatorio</b>	<b>Diferencia en puntaje</b>	<b>Valor de p</b>
Deseo	3,11	3,81	0,69	NS
Excitación	3,51	4,12	0,62	NS
Lubricación	4,33	4,85	0,52	NS
Orgasmo	3,76	4,24	0,48	NS
Satisfacción	4,12	4,85	0,74	NS
Dolor	3,88	5,36	1,47	NS
Total	23	27	4,53	NS

Tabla 8. Puntajes por dominio en pre y posoperatorio de la encuesta FSFI. El puntaje máximo por dominio es de 6 y el puntaje máximo total es de 36. Ninguna diferencia en puntaje fue estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ )

El grupo 2 ( $n=15$ ), que corresponde a las pacientes que no tenían relaciones sexuales antes de la intervención quirúrgica y que las tuvieron después de la misma, tuvieron puntajes similares (gráfica 3) al grupo de pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes y después del procedimiento quirúrgico, por lo tanto no hubo diferencia estadísticamente significativa en los puntajes posoperatorio de los dos grupos (tabla 9).

**Grafica 3. Pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes y después del procedimiento quirúrgico**



Fuente: El autor

Gráfica 3. Puntajes por dominio después de la cirugía, del grupo 2 (no tenían relaciones sexuales antes de la cirugía y si las tuvieron en el posoperatorio). El puntaje máximo de cada dominio es de 6, siendo 0 la peor valoración de cada uno de ellos.

**Tabla 9. Pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes y después del procedimiento quirúrgico**

Dominio	Puntaje posoperatorio de pacientes del grupo 1	Puntaje posoperatorio de pacientes del grupo 2	Diferencia en puntaje	Valor de p
Deseo	3,81	3,56	0,25	>0.05
Excitación	4,12	3,84	0,28	>0.05
Lubricación	4,85	4,74	0,11	>0.05
Orgasmo	4,24	3,73	0,51	>0.05
Satisfacción	4,85	4,37	0,48	>0.05
Dolor	5,36	5,12	0,24	>0.05
Total	27	25	2	>0.05

Fuente: El autor

Tabla 9. Puntajes por dominio en posoperatorio de la encuesta FSFI en pacientes del grupo 1 (tenían relaciones sexuales antes de la cirugía y las tuvieron después de la misma) y del grupo 2 (no tenían relaciones sexuales antes de la cirugía y si las tuvieron en el posoperatorio). El puntaje máximo por dominio es de 6 y el puntaje máximo total es de 36. Ninguna diferencia en puntaje fue estadísticamente significativa ( $p>0.05$ )

Finalmente, los puntajes en los grupos de pacientes de histerectomía abdominal total, histerectomía abdominal subtotal e histerectomía vaginal no presentaron diferencias significativas, lo que indica en este estudio que no hay superioridad en ninguna de las tres técnicas analizadas sobre las otras, en cuanto a beneficio en la función sexual (tabla 10).

**Tabla 10. Puntajes por dominio en posoperatorio**

<b>Dominio</b>	<b>1 Grupo HAT</b>	<b>2 Grupo HAS</b>	<b>3 Grupo HV</b>	<b>P entre 1 y 2</b>	<b>P entre 1 y 3</b>	<b>P entre 2 y 3</b>
Deseo	3,8	2,9	3,8	>0.05	>0.05	>0.05
Excitación	4,1	3,4	3,9	>0.05	>0.05	>0.05
Lubricación	4,9	3,8	4,5	>0.05	>0.05	>0.05
Orgasmo	4,2	3,6	3,8	>0.05	>0.05	>0.05
Satisfacción	4,8	4,4	4,6	>0.05	>0.05	>0.05
Dolor	5,3	5,6	4,5	>0.05	>0.05	>0.05
Total	27,1	23,6	25,1	>0.05	>0.05	>0.05

Fuente: El autor

Tabla 10. Puntajes por dominio en posoperatorio de la encuesta FSFI, según tipo de histerectomía. HAT (histerectomía abdominal total), HAS (histerectomía abdominal subtotal) y HV (histerectomía vaginal). El puntaje máximo por dominio es de 6 y el puntaje máximo total es de 36. Ninguna diferencia en puntaje fue estadísticamente significativa

## 5. DISCUSIÓN

Este estudio evaluó el cambio en calidad de vida e índice de función sexual debido a la práctica de histerectomía en un grupo de pacientes con indicación para dicho procedimiento, ya fuese de tipo abdominal total, abdominal subtotal o vaginal. Hay pocos estudios que evalúen estos aspectos, teniendo aún en cuenta la importancia de este en la ginecología por ser uno de los más frecuentes.

El estudio de Reyes y cols<sup>31</sup>, sobre comparación del efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina, pretendió investigar si la remoción del cérvix tiene efectos adversos sobre la función sexual femenina, encontraron que en general, la frecuencia de actividad sexual así como la incidencia de disfunción sexual femenina fueron similares entre ambos grupos, por lo que se podría decir que el tipo de histerectomía abdominal parece no afectar de manera diferente la función sexual femenina. Los datos de este estudio sugieren que los dominios del deseo, excitación y lubricación son factores no relacionados de manera importante a la cirugía misma sino principalmente a factores psicológicos y culturales. Sin embargo, cuando se evaluó cada uno de los dominios de la función sexual, el orgasmo y la satisfacción fueron más frecuentes en el grupo de histerectomía abdominal subtotal que en el de histerectomía abdominal total; hallazgos similares se presentaron en el estudio de Kilkku<sup>32</sup>, donde además concluye que se presentan más casos de dispareunía después de la histerectomía abdominal total respecto a la subtotal.

En nuestro estudio no se encontró diferencia significativa en los puntajes de calidad de vida ni de función sexual cuando se compararon los tres tipos de

procedimientos (histerectomía abdominal total, subtotal e histerectomía vaginal) efectuados en este estudio

El estudio de Reyes y cols, tiene como limitación el uso de un diseño de 'sólo después', por lo que el grado de disfunción sexual previo a la histerectomía fue difícil de evaluar.

En la revisión de la doctora Pamela Cerda<sup>13</sup> de calidad de vida en mujeres histerectomizadas encuentra que las mujeres sanas e histerectomizadas, tienen similares niveles de calidad de vida, en los dominios: funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica. También que las pacientes sometidas a histerectomía tienen mejor calidad de vida que las que aun padecen la patología ginecológica. Nuestro estudio también muestra que la función física es la más beneficiada en estas pacientes y que las demás dimensiones de calidad de vida también mejoran significativamente excepto la vitalidad y el índice de función sexual femenina, aunque como se encontró, esto no significa que la histerectomía conlleve a un detrimento en estos aspectos, al contrario, los mejora, pero no de forma significativa.

## 6. CONCLUSIONES

Como la histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en ginecología, es importante evaluar el impacto que esta tiene en la mejoría de nuestras pacientes. Este estudio demuestra que este procedimiento ofrece una importante y significativa mejoría en la calidad de vida de las pacientes principalmente en la función física y el rol físico, es decir, recuperan mayor capacidad física al poder realizar con menos limitación los esfuerzos, y también se sienten capaces de hacer más cosas, o con menor frecuencia dejan de hacer tareas en su trabajo o sus actividades cotidianas que antes de la cirugía. La salud general, la salud mental, el rol emocional, el dolor y la función social también mejoran significativamente después de estas cirugías. Estos cambios positivos se presentaron de forma similar independientemente del tipo de histerectomía que se realizó, ya sea histerectomía abdominal total, abdominal subtotal o histerectomía vaginal. Se encontró de todos modos que hubo pacientes que no mejoraron su puntuación de calidad de vida de manera significativa y esto ocurrió en el 26% de las pacientes.

Como se mostró en los resultados, 5% de las pacientes tuvieron puntajes peores en el posoperatorio, pero en solamente 2% fue significativamente peor el puntaje; esto habla de la característica propia de una intervención quirúrgica que puede tener resultados no satisfactorios pero en un bajo porcentaje de pacientes.

Uno de los aspectos más importantes es el temor que pueden tener las pacientes respecto al impacto de la histerectomía en la función sexual. Este estudio demuestra que la histerectomía no altera la función sexual de las pacientes, e incluso mejora la percepción respecto a la sexualidad en las

mujeres intervenidas. Sin embargo, se concluye que la histerectomía no tiene un papel en el tratamiento de disfunción sexual, pues no hay una mejoría significativa en esta y no se contempla como terapéutica para este tipo de afecciones que tienen sus propios protocolos de manejo. Sin embargo, es importante para las pacientes que se van a someter al procedimiento, tener un soporte académico que les demuestre que la histerectomía no va a afectar negativamente su función sexual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lugo Luz Helena, García Héctor Iván, Gómez Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2006;24 (2):37-50.
2. Blümel Juan Enrique, Binfa E. Lorena, Cataldo A. Paulina, Carrasco V. Alejandra, Izaguirre Humberto, Sarrá C. Salvador. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69 (2):118-25.
3. National Center for Health Statistics. Health United States, 1994. Hyattsville, MD: Public Health Service, 1995.
4. Cortés D, García G, Reyes L. Estadística de procedimientos quirúrgicos. Septiembre 15 a Octubre 31 de 2003. Universidad Nacional de Colombia. Clínica Carlos Lleras Restrepo; 2003.
5. Cortés D, Gómez G, Cediell E. Estadísticas de procedimientos quirúrgicos. Agosto 1 a Septiembre 31 de 2003. Universidad Nacional de Colombia. Clínica Carlos Lleras Restrepo; 2003.
6. Statistics Canada, Surgical procedures and treatments 1992-1993;82-217:32-33.
7. Kinnick y, Lenners D. Impact of hysterectomies on women's lives: a prospective study. *J Women Aging* 1995;7:133-44.
8. Lefebvre Guylaine. Hysterectomy. SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24 (1):37-48.
9. F Lee N, Dicker R, Rubin G, Ory H. Confirmation of the pre-operative diagnosis for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:283-7.
10. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy absolute and relative differences between pre- and postoperative measures. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:46-51.
11. Harkki P, Kurki T, Sjoberg J, Titinen A. Safety aspects of laparoscopic hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:383-91.

12. Nezhat F, Nezhat C, Gordon S, Wilkins E. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. *J Reprod Med* 1992;37:247-50.
13. Cerda Pamela, Pino Patricia, Urrutia María Teresa. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71(3):216-21.
14. García Tirada Miriam, Sobrado Rosales Zeida. Impacto de la panhisterectomía en la calidad de vida de la mujer. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;16(5):442-9.
15. Mingo C, Herman CJ, Jasperse M. Women's stories: ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9 Suppl 2:S27-38.
16. Cárdenas Andrea, Quiroga Cynthia, Restrepo Martha, Cortés Daniel. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005; 56(3):209-15.
17. Agnaldo L. Silva-Filho. Abdominal vs. vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. *Arch Gynecol Obstet* (2006) 274: 21—24.
18. Weber Anne M, Walters Mark D, Schover Leslie R, Church James M, Piedmonte Marion R. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:5305.
19. Rannestad T, Eikeland O-J, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. Absolute and relative differences between pre- and postoperative measures. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 ;80:46—51.
20. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross validation of item selection and scoring for the SF12 Health Survey in five countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1171-8.
21. Ware John E. SF-36 Health Survey Update. *SPINE* 2000; 25(24):3130-39.
22. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (1). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.

23. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002;324:1417.
24. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.
25. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:913-23.
26. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002;11:193-205.
27. Guyatt G, Walter S, Norman G. Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chronic Dis*. 1987;40:171-8.
28. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34:220-33
29. Galyer Karma T; Conaglen Helen M Hare Amelia; Conaglen John V. The Effect of Gynecological Surgery on Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1999;25:81- 88
30. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. M., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R., Jr., (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, 191—208.
31. Reyes IG, F. Paredes, R. Caffo. Comparación del efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina. *Rev Per Ginecol Obstet* 2005; 51:188-195
32. Kilcku P. Supravaginal uterine amputation versus hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1983;62:141-5

# **ANEXOS**

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER  
ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN SEXUAL

Estimado usuario, la presente encuesta nos permitirá conocer aspectos sobre su calidad de vida y función sexual con el fin de obtener conclusiones y mejorar la calidad de los servicios de salud. Agradecemos su participación; solo tomará unos minutos.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ E. CIVIL \_\_\_\_\_  
 D. IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ TEL: cel \_\_\_\_\_ fijo \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICOS \_\_\_\_\_  
 ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN: PREOPERATORIO \_\_\_\_\_ POSTOPERATORIO \_\_\_\_\_  
 Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_

TIPO DE PROCEDIMIENTO

- Histerectomía abdominal total
- Histerectomía abdominal subtotal
- Histerectomía vaginal

Otras intervenciones quirúrgicas en el mismo acto operatorio, cuales?:

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

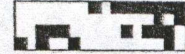
Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una  la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
	▼	▼	▼
a. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Subir varios pisos por la escalera. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



342062

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se sintió calmado y tranquilo? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Tuvo mucha energía? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Se sintió desanimado y deprimido? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### FUNCION SEXUAL

TIENE ACTIVIDAD SEXUAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si su respuesta es SI, por favor responda el índice de función sexual femenina (siguiente página)

Si su respuesta es NO, por favor responda las siguientes preguntas:

No tiene relaciones sexuales porque

- No tiene pareja sexual \_\_\_\_\_
- Su enfermedad o síntoma (dolor, sangrado, masa u otros) no la deja tener relaciones sexuales \_\_\_\_\_
- No siente deseo sexual \_\_\_\_\_
- Su pareja la rechaza por su enfermedad \_\_\_\_\_
- Otra razón, cuál? \_\_\_\_\_

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.

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 o interés sexual?

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

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

- Muy alto    - Alto    - Moderado    - Bajo    - Muy bajo o nada

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

- \_ Muy satisfecha
- \_ Moderadamente satisfecha
- \_ Ni satisfecha ni insatisfecha
- \_ Moderadamente insatisfecha
- \_ Muy insatisfecha

## ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

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, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

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

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

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- 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 cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

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

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

\_ Muy alto      \_ Alto      \_ Moderado      \_ Bajo      \_ Muy bajo o nada

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA... / JUAN ENRIQUE BLÚMEL M. y cols. 123

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

- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- 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?

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

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

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

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

- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- 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?

- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- 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?

- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- \_ Muy satisfecha
- \_ Moderadamente satisfecha
- \_ Ni satisfecha ni insatisfecha
- \_ Moderadamente insatisfecha
- \_ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

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

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

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

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

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

GRACIAS POR CONTESTAR A ESTAS PREGUNTAS