

**PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO Y DETERIORO DE
LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS
DE BOLIVAR/COLOMBIA.**

**AUTOR
HECTOR HERNANDO SAAVEDRA OROZCO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T.H. Y C.
2013**

**PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO Y DETERIORO DE
LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS
DE BOLIVAR/COLOMBIA.**

AUTOR

HECTOR HERNANDO SAAVEDRA OROZCO

TUTOR

ÁLVARO MONTERROSA CASTRO

Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Líder de Grupo Salud de la
Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T.H. Y C.
2013**

Nota de Aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

CESAR MENDIVIL CIODARO
Docente y Jefe del Departamento Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena

Cartagena de Indias, 04 de Julio del 2013

Cartagena de Indias, 04 de Julio del 2013

Doctora

RITA MAGOLA SIERRA MERLANO

Jefe Departamento de Postgrado y Educación Continua

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial Saludo.

La presente tiene como fin el dar a conocer la nota cuantitativa y cualitativa del proyecto de investigación a cargo del estudiante de postgrado LUIS ANTONIO CORDERO DIAZ, bajo mi asesoría; el trabajo se titula: **PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS DE BOLIVAR/COLOMBIA.**

Calificación Cuantitativa:_____

Calificación Cualitativa:_____

Atentamente,

ALVARO MONTERROSA CASTRO

Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Líder de Grupo Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

Cartagena de Indias, 04 de Julio del 2013

Doctor
ÁLVARO MONTERROSA CASTRO
Jefe Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial Saludo.

A través de la presente cedemos los derechos propiedad intelectual del trabajo de investigación de nuestra autoría titulado: **PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS DE BOLIVAR/COLOMBIA.** A la Universidad de Cartagena para la consulta y préstamo a la biblioteca únicamente con fines académicos y/o investigativos descartándose cualquier fin comercial, permitiendo de esta manera su acceso al público.

Hago énfasis de que conservemos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

HECTOR HERNANDO SAAVEDRA OROZCO
Médico. Estudiante de Postgrado. Ginecología y Obstetricia
C.c 9.157.341 de María la baja

ALVARO MONTERROSA CASTRO
Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Líder de Grupo Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

Cartagena de Indias, 04 de Julio del 2013

Doctor
ÁLVARO MONTERROSA CASTRO
Jefe Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial Saludo.

Con el fin de optar por el título de Especialista en Medicina Interna, he presentado a la Universidad de Cartagena el trabajo de investigación titulado: **PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS DE BOLIVAR/COLOMBIA.**

Por medio de este escrito autorizo en forma gratuita y por tiempo indefinido a la Universidad de Cartagena para situar en la biblioteca un ejemplar del trabajo de investigación, con el fin de que sea consultado por el público.

Igualmente autorizo en forma gratuita y por tiempo y por tiempo indefinido a publicar en forma electrónica o divulgar por medio electrónico el texto del trabajo en formato PDF con el fin de que pueda ser consultado por el público.

Toda persona que consulte ya sea en la biblioteca o en medio electrónico podrá copiar apartes del texto citando siempre la fuente, es decir el título y el autor del trabajo. Esta autorización no implica renuncia a la facultad que tengo de publicar total o parcialmente la obra. La universidad no será responsable de ninguna reclamación que pudiera surgir de terceros que reclamen autoría del trabajo que presento. Lo anterior es exigencia de la rectoría de la Universidad de Cartagena según circular 021 de la vicerrectoría académica de la universidad de Cartagena del 28 de agosto del 2012.

Atentamente,

HECTOR HERNANDO SAAVEDRA OROZCO

Médico. Estudiante de Postgrado. Ginecología y Obstetricia
C.c 9.157.341 de María la baja

ALVARO MONTERROSA CASTRO

Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Líder de Grupo Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

Doctor
ÁLVARO MONTERROSA CASTRO
Jefe Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial Saludo.

Por medio de la presente, autorizo que nuestro trabajo de investigación titulado: **PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS DE BOLIVAR/COLOMBIA.** Realizado por HECTOR HERNANDO SAAVEDRA OROZCO bajo la asesoría del docente ALVARO MONTERROSA CASTRO, sea digitalizado y colocado en la web en formato PDF, para la consulta de toda la comunidad científica. Lo anterior es exigencia de la rectoría de la Universidad de Cartagena según circular 021 de la vicerrectoría académica de la Universidad de Cartagena del 28 de agosto del 2012.

Atentamente,

HECTOR HERNANDO SAAVEDRA OROZCO
Médico. Estudiante de Postgrado. Ginecología y Obstetricia
C.c 9.157.341 de María la baja

ALVARO MONTERROSA CASTRO
Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Líder de Grupo Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

Cartagena de Indias, 04 de Julio del 2013

Señores

REVISTA CIENCIAS BIOMEDICAS

Departamento de Investigaciones

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

Estimados Señores.

Es mi deseo que el informe final del trabajo de investigación titulado: **PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS DE BOLIVAR/COLOMBIA**, que realizado en conjunto con mis asesores y del cual los abajo firmantes somos autores.

Si ____ sea considerado, evaluado editorialmente y revisado por pares y publicado el ala REVISTA CIENCIAS BIOMEDICAS, órgano de información científica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

No ____ sea considerado, evaluado editorialmente y revisado por pares y publicado en la REVISTA CIENCIAS BIOMEDICAS, órgano de información científica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

Atentamente,

HECTOR HERNANDO SAAVEDRA OROZCO

Médico. Estudiante de Postgrado. Ginecología y Obstetricia

C.c 9.157.341 de María la baja

ALVARO MONTERROSA CASTRO

Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Líder de Grupo Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

LIEZEL ULLOQUE CAAMAÑO

Estudiante de medicina. Facultad de Medicina.
Universidad de Cartagena

ERIKA RINCON NIÑO

Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena

ELIDA CARABALLO OLAVE

Médico. Estudiante de Postgrado. Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena

PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS DE BOLIVAR/COLOMBIA.

PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION, INSOMNIA AND DETERIORATION OF THE QUALITY OF LIFE IN A GROUP OF HYSTERECTOMYZED WOMEN FROM BOLIVAR/COLOMBIA

Saavedra-Orozco Héctor H. (1)

Ulloque-Caamaño Liezel (2)

Rincón-Niño Erika (2)

Caraballo-Olave Elida (1)

Monterrosa-Castro Álvaro (3)

- (1) Médico. Estudiante de postgrado. Ginecología y Obstetricia. Facultad de medicina. Universidad de Cartagena. Miembro del semillero FEM-SALUD Colombia.
- (2) Estudiante. Miembro del semillero FEM-SALUD perteneciente al grupo de investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.
- (3) Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor titular. Director Grupo de investigación Salud de la Mujer. Facultad de medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

Correspondencia: hecsaaoro@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La histerectomía es utilizada en un 90% para el tratamiento de patologías ginecológicas benignas. Sin embargo, se ha evidenciado que este procedimiento repercute negativamente en la calidad de vida de la mujer, afectando componentes de ésta, como la función sexual y el sueño

Objetivo: Evaluar la función sexual femenina, presencia de insomnio y calidad de vida en un grupo de mujeres histerectomizadas de Bolívar.

Metodología: Estudio transversal. Se aplicaron tres escalas validadas a nivel internacional: Índice de Función Sexual Femenina 6 (IFFS-6), Atenas y Menopause Rating Scale (MRS), en mujeres histerectomizadas entre los 40 y 59 años de edad residentes en Bolívar. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico EPI INFO 7. Los datos continuos se expresan en medias con desviación estándar y los datos categóricos en porcentajes con sus intervalos de confianza. Para el establecimiento de factor de riesgo se calculo el OR y su

intervalo de confianza. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: De las 202 mujeres incluidas en el estudio con una edad promedio de 50 ± 5.0 años, 10.8% están solteras, 40.1% están casadas, 45.0% vivían en unión libre, 2.4% separadas y 1.4% viudas. El 69.8% era mestiza. La media de la calificación sexual entre las mujeres que tienen pareja actualmente es de 11.3 ± 4.0 . El 29.7% de las mismas tienen ooforectomía bilateral, el 28.7% unilateral y al 41.5% no le han realizado ooforectomía. Solo el 20.3% utiliza terapia de reemplazo hormonal. La disfunción sexual se presentó en el 71.7% de la población, viéndose más comprometido el orgasmo (50.9%), el dolor a la penetración obtuvo mayor puntuación media (3.0 ± 1.1). 71.2% de las mujeres presentaron insomnio, con una puntuación media de 8.1 ± 4.5 , viéndose más comprometido el despertar durante la noche (28.6%). Se presentó deterioro severo de la calidad de vida en el 42.5% de la población, en la dimensión somatovegetativa lo tenían el 22.7%, la psicológica el 37.6% y en la urogenital el 52.9%, los síntomas vasomotores eran los más frecuentes (90.4%) y problemas sexuales fueron severos y muy severos en el 25.7%. La presencia de disfunción sexual y de insomnio tuvo un OR para deterioro severo de la calidad de vida de 2.1 y 2.4 respectivamente. No hubo diferencias significativas en la presencia de disfunción sexual, insomnio y deterioro severo de la calidad de vida entre las que usaban o no TRH y las que tenían o no ooforectomía.

Conclusión: Las mujeres histerectomizadas presentan un alto porcentaje de disfunción sexual y de insomnio. Cuatro de cada 10 mujeres tuvieron deterioro severo de la calidad de vida, con predominio en el área urogenital. La presencia de insomnio y de la disfunción sexual aumenta el riesgo de tener deterioro severo de la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES

Mujeres histerectomizadas; disfunción sexual; calidad de vida; insomnio.

SUMMARY

Introduction: hysterectomy is used in 90% of the cases for the treatment of benign gynecologic pathologies. Nevertheless, there is evidence about the negative repercussions of this procedure in the quality of life of the woman, especially in the sexual function and sleep.

Objective: Assess the female sexual function, the presence of insomnia and the quality of life in a group of hysterectomized women from Bolivar.

Methods: Cross-sectional study. Three validated scales were applied: Female Sexual Function Index 6 (FSFI-6), Athens insomnia scale and Menopause Rating Scale (MRS), in hysterectomized women between 40-59 years of age, residents in Bolivar. Data analysis was performed using the EPI-INFO 7 statistical program. Continuous data was presented as mean \pm standard deviation (SD) and categorical data was expressed in percentages with confidence intervals (CI). For the establishment of risk factor OR and its CI was calculated. A p value $< 0,05$ was considered statistically significant.

Results: 202 women were included in the study. The mean age was 50 ± 5.0 years. 10,8% were single, 40,1% were married, 45.0% lived in free union, 2.4% were divorced and 1.4% were widowed. 69.8% were mestizo. The average of sexual grade between women with sexual partner was 11.3 ± 4.0 . 29.7% of women had bilateral oophorectomy, 28.7% had unilateral oophorectomy and 41.5% had not been submitted to oophorectomy. Only 20.3% was using hormonal therapy (HT). Sexual dysfunction was presented in 71.7% of the population; the orgasm was the most damaged item (50.9%). Pain during vaginal penetration got the highest average score (3.0 ± 1.1). 71.2% of women presented insomnia with a mean of 8.1 ± 4.5 , awakening during the night was the most damage item (28.6%). Severe deterioration of the quality of life was presented in 42.5% of the population. 22.7%, 37.6% and 52.9% of women had severe deterioration in the somatic-vegetative, psychological and urogenital dimension, respectfully. The most frequent symptoms were vasomotor symptoms (90.4%). 25.7% of the women had severe and very severe sexual problems. The presence of sexual dysfunction and insomnia had an OR for severe deterioration of the quality of life of 2.1 and 2.4, respectfully. There were not significant differences in the presence of sexual dysfunction, insomnia and severe deterioration of the quality of life between those women who used or not HT and had or not oophorectomy.

Conclusion: Hysterectomized women presented a high percentage of sexual dysfunction and insomnia. Four of each ten women had severe deterioration of the quality of life, with predominance in the urogenital area. The presence of insomnia and sexual dysfunction increases the risk of severe deterioration of the quality of life.

KEYWORDS:

Hysterectomized women, sexual dysfunction; quality of life; insomnia

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la resección del útero a través de un procedimiento quirúrgico (1). Es uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más comunes, utilizado para el tratamiento del 90% de las patologías ginecológicas benignas siendo la segunda cirugía más realizada después de la cesárea (2-4). Según la técnica empleada se pueden clasificar en abdominal y vaginal, siendo la laparoscopia el método más utilizado. Y según los órganos extirpados en subtotal (se extrae cuerpo y fondo del útero, conservándose el cérvix), total (se extirpa, fondo, cuerpo y cuello del útero) con o sin ooforectomía y radical (además del útero se extirpa el tercio superior de la vagina, trompas, ovarios, y ganglios linfáticos pélvicos) (5,6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (7), abarcando múltiples aspectos de la vida del hombre como la salud física, social, su independencia, creencias y relaciones sociales (8). En los estudios realizados se ha visto que la histerectomía mejora la calidad de vida en la mujer, debido a que las patologías benignas y neoplásicas que conllevan a la realización de este procedimiento tienden a ser más molestas que la recuperación del mismo (9-11). En cuanto a la recuperación de este procedimiento tiende a ser más tardía cuando se asocia a depresión y dolor pélvico prequirúrgico con una duración aproximada de 12 meses (10). Y además se ha presentado mayor deterioro en el dominio psicológico y social a los 3 meses del postquirúrgico en las mujeres premenopausicas (11), lo que puede afectar la calidad de vida en estas mujeres a pesar de que se alivie su padecimiento físico.

En la histerectomía total con ooforectomía bilateral se produce menopausia precoz requiriendo una terapia de reemplazo hormonal para sobrellevar los síntomas vasomotores y psicológicos asociados a la disminución de hormonas, como lo son las oleadas de calor y el estado de ánimo depresivo, las cuales pueden deteriorar la calidad de vida de la mujer (12).

Un aspecto importante para la calidad de vida de una mujer es la sexualidad, la cual muestra su bienestar físico, psicológico y social (13). Se define como disfunción sexual al síndrome caracterizado por la pérdida de erotismo en el acto sexual persistente y repetitivo, no asociado a ninguna patología (14). El estudio VASS-AP mostro que las disfunciones sexuales se duplican en las mujeres con histerectomía, siendo el deseo sexual hipoactivo el más atendido en la consulta de atención primaria (15). Las principales razones encontradas son hormonales, anatómicas y psicológicas. La disminución o ausencia de las hormonas ováricas

son producidas por la insuficiencia ovárica postquirúrgica y ooforectomía bilateral respectivamente, las cuales se asocian con un bajo deseo sexual y estado de ánimo depresivo. En cuanto al deterioro anatómico produce disminución de la excitación sexual por la reducción de la vasocongestión pélvica debido a la reducción de tejido, la interrupción de la circulación sanguínea en la pelvis y la formación del tejido cicatrizal en la porción superior de la vagina. Además, en la histerectomía total se produce la ausencia del moco cervical que ayuda a la lubricación vaginal (5,16-19). A su vez los factores psicológicos como la depresión que se origina por la percepción de la pérdida o deterioro de la imagen corporal femenina, fuerza, autoestima, sentimientos de deformación, mutilación y duelo de la pérdida de capacidad reproductiva, contribuyen a la disminución de la libido (5,17).

El insomnio se define como la dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertar más temprano de lo esperable, o despertar con la impresión de no haber tenido un sueño reparador, durante al menos un mes (20). Estudios han mostrado que mujeres sometidas a histerectomía se quejan de insomnio, lo cual puede deberse a desequilibrios endocrinos (21,22). También, se ha visto que la menopausia, la depresión y los cuadros de dolor crónico predisponen al desarrollo de este trastorno, los cuales se generan con frecuencia en las mujeres histerectomizadas (23).

El objetivo es evaluar la función sexual femenina, presencia de insomnio y calidad de vida en un grupo de mujeres histerectomizadas de Bolívar/Colombia.

MATERIALES Y METODOS

Estudio de carácter transversal, prospectivo, que hace parte del gran proyecto CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas). Se llevo a cabo diferentes poblaciones del departamento de Bolívar, entre junio del 2012 y julio del 2013.

Se involucraron a este estudio mujeres que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: estar histerectomizadas, tener entre 40 y 59 años de edad, residentes en áreas urbanas y rurales de Bolívar. Los criterios de exclusión fueron no desear participar, tener alguna limitación siquiátrica o física que impidiera el diligenciamiento de los instrumentos aplicados, no comprender los instrumentos aplicados, haber diligenciado de forma incompleta los instrumentos y no tener pareja sexual.

Las mujeres pertenecían a dos etnias/razas. Las afrodescendientes son mujeres de piel negra, hijas de padre y madre de raza negra, de poblaciones urbanas y rurales. Las mujeres urbanas fueron tomadas de barriadas periféricas (usualmente

asentamientos de comunidades de raza negra) de las ciudades de Cartagena y Magangué. Las mujeres rurales residen en las poblaciones de María La Baja y San Pablo ubicadas al norte del departamento de Bolívar. Las mujeres mestizas o hispánicas – colombianas, no tienen características fenotípicas específicas de la raza negra o indígena y son hijas de padres y madres con distintas características raciales. Ubicadas en poblaciones urbanas como Cartagena y Magangué, y rurales como Turbaco y Arjona que también se encuentra al norte de Bolívar.

La identificación de las mujeres para el estudio se lleva a cabo mediante visitas puerta a puerta donde se contacta a mujeres con los criterios de inclusión que deseen participar de forma anónima y voluntaria, esta labor es realizada por encuestadoras (en áreas rurales y urbanas) así como por estudiantes de medicina (en zonas urbanas). Las encuestadoras son profesionales de la salud, entrenadas previamente y pertenecientes a las comunidades a estudiar o con actividad laboral o social dentro de ellas. Los estudiantes de medicina hacen parte del semillero de investigación FEM-SALUD, perteneciente al grupo de investigación “Salud de la Mujer”, de la Facultad de Medicina, avalado por la Universidad de Cartagena y categorizado por Colciencias, Colombia. Con las mujeres identificadas se concreta una visita, donde se explica ampliamente el cuestionario y seguidamente se les interroga si han comprendido adecuadamente la actividad a realizar. De ser así, se aplican las escalas seleccionadas para la valoración y el formulario. Cuando las mujeres hablan español o simultáneamente español y un dialecto, la escala se entrega en español y es autoaplicada, en concordancia con los criterios de los proponentes originales de la escala. Cuando se necesita realizarla en dialectos (específicamente indígenas), la encuestadora lee el formulario haciendo la traducción y contribuye directamente en la aplicación, intentando no participar en la escogencia de la respuesta.

Menopause Rate Scale (MRS)

Es una escala que evalúa específicamente síntomas menopáusicos para determinar la calidad de vida relacionada con la salud. Fue creada en la década de los noventa, en Alemania. Tiene numerosas publicaciones en la literatura universal y ampliamente validada en varios idiomas, inclusive el español (24-26). No existe validación de la escala en dialectos indígenas amerindios. La escala está compuesta por once preguntas que corresponden a once síntomas que se agrupan en tres dimensiones: Somática-vegetativa que identifica sofocos, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones [ítems 1,2,3,11, respectivamente]; la Psicológica, incluye estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental [ítems 4,5,6,7, respectivamente]; y la Urogenital, corresponde a problemas sexuales, de vejiga y

sequedad de la vagina [ítems 8,9,10, respectivamente]. Cada uno de los once ítems son calificados como: 0 [ausentes], 1 [leves], 2 [moderados], 3 [severos] y 4 [muy severos], pudiendo establecerse la media y su desviación estándar obtenida por una población para cada uno de los ítems. La sumatoria de las medias de los ítems establecen la puntuación media de cada una de las tres dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las dimensiones establecen el puntaje total o dimensión global de la escala que indica la calidad de vida. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro del síntoma, la dimensión o la calidad de vida. Además pueden establecerse cuatro niveles de severidad del compromiso: ninguno o pequeño, suave, moderado y severo, aplicándose para cada ítems, las dimensiones y la calidad de vida. El instrumento define como compromiso severo del dominio somato-vegetativo: puntuación superior a 8. Del dominio psicológico: puntuación mayor a 6. Del urogenital: puntuación superior a 3. Para la calidad de vida, una sumatoria total superior a 16 puntos indica deterioro severo de la calidad de vida, a mayor puntaje peor calidad de vida (24, 27, 28).

Escala Atenas.

Fue desarrollada por Soldatos y col. y validada al idioma español por Menclares-Portocarrero (29). Con ella se puedes establecer diagnostico clínico de insomnio (30,31). Este es un instrumento autoadministrable, que valora la dificultad para dormir según los criterios diagnósticos del CIE 10. Consta de 8 reactivos, los primeros cuatros evalúan el dormir de manera cuantitativa, el quinto la calidad del dormir y los tres últimos el impacto diurno. Los 5 primeros reactivos (dificultad para la inducción el sueño, despertares nocturnos, despertares tempranos, total de duración del sueño y calidad total del sueño) corresponde al criterio A del diagnostico de insomnio según el CIE 10, los requisitos de al menos tres veces por semana y en el último mes corresponde al criterio B, los últimos 3 reactivos (problemas con la sensación de bienestar, funcionamiento y somnolencia diurna) corresponden al criterio C. Fue creada para evaluar el mes anterior, sin embargo, esta se puede ajustar ese tiempo según la investigación o la clínica. Hay dos versiones de la escala, una de 8 ítems (AIS 8) y una versión breve de 5 ítems (AIS 5) donde se suprimen las tres últimas preguntas, la primera es utilizada en un clínico y la segunda se dirige más a la dificultad en la cantidad y calidad del sueño. La versión utilizada en este estudio consta de 8 reactivos, a cada uno se le da un valor de 0 a 3 puntos, siendo 0 ausencia del problema y 3 la mayor severidad, al sumar la calificación de cada reactivo se obtiene una puntuación total de la escala que va de 0 a 24. Una puntuación mayor o igual a 6 se ha estipulado en algunas investigaciones como punto de corte para hacer diagnostico de insomnio, basándose en el equilibrio global entre la sensibilidad (93%) y la especificidad (85%), con una correcta identificación de los casos en el 90%. Tiene una

consistencia interna alta (alfa de Cronbach=0.89), con índices de 0.90 en personas con insomnio y de 0.75 en el control y con una confiabilidad prueba a prueba de 0.89 (28-29,31).

Escala IFSF-6

El índice de función sexual femenina (IFFS-6) es una herramienta de diagnóstico de la disfunción sexual, la cual surgió de la necesidad de encontrar un formato práctico para su uso rutinario en la práctica clínica no especializada. Esta versión de seis preguntas se basó en los elementos existentes de la IFFS de 19 preguntas, tratando de abarcar los seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) de la disfunción sexual. Los seis elementos fueron seleccionados con base en las principales categorías de la disfunción sexual, como se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y su rendimiento con respecto a estos dominios. Cabe destacar, que a pesar de la reducción del número de preguntas los estudios han mostrado una sensibilidad y especificidad > 94% con un valor de $p < 0.001$. Es decir, que su capacidad para valorar la función sexual femenina sigue siendo muy eficaz. Por tanto se puede emplear para el diagnóstico de disfunción sexual en las mujeres (32).

El IFFS abreviado ha sido validado en castellano por los autores P. Chedraui y F.R. Pérez López (33). Consta de 6 ítems, cada uno hace referencia a cada dominio de la IFFS 19: el deseo (ítem original 2), excitación (ítem original 4), lubricación (ítem original 7), el orgasmo (ítem original 11), satisfacción (ítem original 16) y dolor (ítem original 17). A cada pregunta se le da una puntuación de 0 al 5, al final la puntuación de cada una se suma y da la puntuación total de la IFFS6 (34). La puntuación igual o inferior a 19 se considera como disfunción sexual femenina, y un valor superior a 19 se relaciona con función sexual femenina normal (33). En la aplicación de este test se consideró la actividad sexual de los últimos 12 meses (35).

Análisis estadístico.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico EPI INFO 7 (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta). Los datos continuos se expresan en medias con desviación estándar y los datos categóricos en porcentajes con sus intervalos de confianza. Las diferencias de los datos categóricos fueron evaluadas usando el χ^2 . Para el establecimiento de factor de riesgo se calculó el OR con su intervalo de confianza. Un valor de $P < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se recolectaron 272 mujeres en los diferentes municipios las cuales llenaron adecuadamente los formatos de recolección, pero 70 mujeres fueron excluidas del estudio debido a que no cumplían con el criterio de tener pareja sexual y por lo tanto no tener actividad sexual, al final 202 mujeres fueron estudiadas con una edad media de 50 ± 5.0 años, con un promedio de años de estudios de 8.7 ± 4.1 . Alrededor del 85% viven con su pareja, la calificación media de la satisfacción sexual con su pareja sexual fue de 11.3 ± 4 . Una tercera parte de la población es afrodescendiente, y los dos tercios restantes mestiza. El 62.8% consume café, 72.2% nunca ha fumado y solo el 6.4% actualmente fuma. Dos de cada diez mujeres padecen HTA y doce de cada diez mujeres tienen diabetes. Cerca de la mitad de la población conserva ambos ovarios, al 29.7% se le realizó ooforectomía bilateral y al resto unilateral. Solo dos de cada diez mujeres utilizan TRH. En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos.

La puntuación media para cada dominio del IFFS6 fue de: deseo 2.4 ± 0.8 , excitación 2.4 ± 0.8 , lubricación 2.6 ± 1.0 , orgasmo 2.5 ± 1.1 , satisfacción 2.9 ± 1.1 , dolor 3.0 ± 1.1 y la puntuación media total fue de 16.1 ± 5.1 , observa que el dominio con mayor puntuación fue el tener dolor a la penetración. 50.4% de las mujeres manifestaron bajo a nulo deseo sexual, 13.1% baja a nula excitación sexual, 40.5% de las mujeres contestaron que lubricaban algunas veces, casi nunca o nunca. La mitad de la población algunas veces, casi nunca o nunca presentaban orgasmos, moderada insatisfacción y muy insatisfecha con las relaciones sexuales fue referida por 4 de cada diez mujeres. 31.6% mujeres presentaban dolor al momento de la penetración. Tabla 2. La prevalencia de disfunción sexual fue de 71.7% (Tabla 5).

Al evaluar la presencia de insomnio mediante la escala de Atenas, se obtuvo una puntuación media para la inducción del dormir de 1.0 ± 5.1 , despertares en la noche y despertar más temprano de 1.1 ± 0.7 , duración total del dormir y calidad general del dormir de 1.0 ± 0.7 , sensación de bienestar al día siguiente 0.9 ± 0.7 , funcionamiento físico y mental durante el día de 0.8 ± 0.7 , y somnolencia durante el día de 1.0 ± 0.5 . La puntuación global promedio fue de 8.1 ± 4.5 . La mayoría refirieron presentar un problema leve en cada ítem estudiado, 28.6% consideraron tener un problema moderado y severo con el despertar durante la noche, 27.1% lo presentaban con la calidad del sueño en general y 24.2% con la inducción del sueño (Tabla 3). La prevalencia de insomnio de la población estudiada fue de 71.2% (Tabla 5).

Los síntomas vasomotores fueron los más frecuentes entre las mujeres estudiadas (90.4%), seguidos de los trastornos del sueño (80.5%), problemas sexuales (80.1%), molestias musculo articulares (75.5%) y en quinto lugar estado de ánimo depresivo (75.5%). Sin embargo los problemas sexuales fueron los que más se calificaron como severos y muy severos (25.7%), seguido de sensación de sequedad vaginal (23.2%), trastornos del sueño (21.7%), síntomas vasomotores (18.7%) y en último lugar las molestias musculoarticulares (16.7%) (Tabla 4). Los síntomas con mayor puntuación fueron los vasogénicos con 1.7 ± 1.0 , problemas sexuales 1.6 ± 1.2 y sequedad vaginal 1.5 ± 1.2 . La mitad de las mujeres referían deterioro severo de la dimensión urogenital y la calidad de vida presento un deterioro severo en el 42.5% de la población (Tabla 5).

Se observo que tener disfunción sexual e insomnio es factor de riesgo para presentar deterioro severo de la calidad de vida, lo cual fue estadísticamente significativo con un valor de $p= 0.02$ y 0.00 respectivamente (Tabla 6).

90 mujeres habían presentado menopausia antes de la histerectomía, de estas el 42.2 % tenían deterioro de la calidad de vida y el 57.7 % no lo presentaban. 112 mujeres aun menstruaban al momento de la histerectomía de estas 42.8% presentaban deterioro de la calidad de vida y el 57.1% no lo presentaban. Al evaluar el riesgo que tiene el haber tenido menopausia antes de la histerectomía o no tenerla sobre presentar deterioro o no de calidad de vida se encontró un OR de 0.9 (0.5-1.7) con un valor de p de 0.92.

No hubo diferencia significativa en presentar disfunción sexual, insomnio y el deterioro de la calidad de vida según si se utilizaba o no terapia de reemplazo hormonal o si se le había realizado ooforectomía o no (Tabla 7 y 8).

DISCUSIÓN

En España se realizó un estudio donde se compararon mujeres histerectomizadas con ooforectomía y mujeres sanas con el cuestionario sobre salud y disfunción sexual femenina en atención primaria (SyDSF-Ap) encontrando diferencias poco significativas en cuanto a la presencia de trastorno del deseo sexual hipoactivo a pesar de tener una edad media similar (36). Mientras que el presente estudio muestra que el 50.4% de las mujeres presentan bajo a nulo deseo sexual, el 13.1% baja a nula excitación sexual y el 23.7% refieren presentar casi nunca o nunca orgasmos.

Dichos resultados varían de un estudio a otro de acuerdo a la escala empleada para evaluarlo. Por tal razón los resultados obtenidos en este estudio se comparan con el estudio realizado en Irlanda donde se empleó la escala IFSF-6 para evaluar

la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía radical por vía vaginal (HV) y abdominal (HA), obteniendo un puntaje total de 24.11 ± 4.83 en las mujeres con HV y de 24.86 ± 4.40 en aquellas con HA. Siendo los puntajes más bajos distribuidos entre el orgasmo, la satisfacción sexual y el dolor durante el coito (37). Sin embargo en el presente estudio se evidencia deterioro en la función sexual femenina marcado debido a que 145 (71.7%) mujeres presentan puntajes por debajo de 19, viéndose todos los dominios severamente comprometidos. De manera que las mujeres histerectomizadas si presentan deterioro de la función sexual.

En otro estudio realizado en México se evaluó la función sexual antes y 6 meses después de someterse a la histerectomía lo cual mostró cambios poco significativos ya que el 56% de la población ya reportaba algún tipo de disfunción o trastorno sexual previo a la cirugía (38). Razón por la cual consideramos una falencia del estudio no conocer el estado sexual previo a la intervención quirúrgica.

Durante la etapa del climaterio se manifiestan una serie de síntomas que favorecen la disfunción sexual y el deterioro de la calidad de vida. Los cuales a su vez varían de acuerdo al estado en el que se encuentra la mujer como son: en la perimenopausia predomina el cansancio físico y mental (58.9%), en la menopausia los dolores musculoesqueléticos (78.9%) y en la post menopausia los sofocos y las oleadas de calor (83.2%) (39). Sin embargo el dominio con mayor compromiso de severidad fue el urogenital (52.9%) seguido del psicológico (37.6%). Siendo los trastornos sexuales (25.7%) el síntoma más común y severamente comprometido seguido de la sequedad vaginal (23.2%). Por tanto no se puede atribuir la disfunción sexual únicamente al estado perimenopáusico.

De igual forma, en un estudio realizado en Irán se vio mayor deterioro de la calidad de vida cuando la mujer se encontraba menopáusica antes de haberle realizado la histerectomía en comparación con las mujeres que no eran menopáusicas antes del procedimiento y mujeres no menopáusicas en el momento de realizar el estudio, siendo los dominios social y psicológico los que mostraron mayor deterioro, mostrando que la perimenopausia prequirúrgica predispone a un mayor deterioro en la calidad de vida en las mujeres histerectomizadas (11). En los resultados de este estudio no hubo diferencias significativas entre las que se encontraban menopáusicas y las que no lo estaban al momento de la histerectomía en cuanto a presentar deterioro de la calidad de vida, sin embargo a pesar de que el OR fue de 0.9, su intervalo de confianza superior sobrepasa la unidad indicando que hay posibilidad de que sea un factor de riesgo, no siendo esto significativamente estadístico.

Otro aspecto que afecta la calidad de vida en la mujer son los trastornos del sueño, sobretodo el insomnio. Las mujeres presentan una mala calidad de vida según la escala MRS en un 42.5% siendo el tercer síntoma más severamente comprometido los trastornos del sueño con un 21.7%. Pero según la escala de Atenas 144 (71.2%) mujeres padecen de insomnio siendo el despertar temprano el síntoma más severamente comprometido (13%). Por tanto el deterioro de la calidad de vida en las mujeres histerectomizadas se asocia a la presencia o no de disfunción sexual e insomnio con un valor de p de 0.02 y 0.00 respectivamente, lo cual se considera estadísticamente significativo.

En un estudio realizado en mujeres del Caribe colombiano la prevalencia de insomnio fue de 45,5% en quienes referían tener oleadas de calor, y en mujeres que no las presentaban fue de 24,4%. Pudiendo atribuir el insomnio a la prevalencia de oleadas de calor en mujeres menopaúsicas (40). En nuestro estudio solo 111 (54.8%) refieren presentar oleadas de calor de moderadas a severas y de igual forma 98 (48.4%) presentó insomnio. Por tanto el estado menopaúsico si guarda relación con este trastorno pero además hay que tener en cuenta el desarrollo precoz de esta en mujeres sometidas a histerectomía más ooforectomía bilateral. Sin embargo la relación establecida entre la incidencia de insomnio y las mujeres ooforectomizadas no fue estadísticamente significativa ($p=0.92$). De igual forma no se encontró relación significativa entre la incidencia de insomnio y el uso de TRH ($p=0.06$). Situación que se encuentra favorecida por la diferencia de poblaciones entre ambos grupos.

Diferentes estudios (41-44) realizados entre el 2002 y 2005 donde comparan la función sexual femenina entre mujeres pre y post menopáusicas que usan estrógenos y testosterona por presentar problemas en su sexualidad, encontraron que en el grupo de mujeres que utilizaban terapia hormonal había mejoría en cuanto a su deseo sexual, había aumento en la frecuencia de la actividad sexual, satisfacción, placer, interés, deseo, fantasía y sensibilidad. Por otra parte Gallo Vallejo, afirma que la preservación de los ovarios durante la histerectomía disminuye el riesgo de presentar disfunción sexual y que algunas mujeres en las que se realizó ooforectomía tienen una peor función sexual después de esta (45). A. Finch y col, encontraron que tras la realización de ooforectomía bilateral se presentó disminución del funcionamiento sexual (el deseo, el placer, la incomodidad, y la costumbre) en mujeres que ya venían presentando síntomas menopáusicos, esto fue modulado por la TRH ya que esta disminuye la sequedad vaginal y dispareunia, sin embargo la disminución del placer sexual no mejoro (46). En este estudio no se encuentra diferencia significativa entre las mujeres que usaban o no terapia de reemplazo hormonal con respecto a la incidencia de disfunción sexual ($p=0.97$) y de igual forma entre las mujeres ooforectomizadas

($p=0.76$), lo cual podría explicarse por la mayor cantidad de mujeres que no tomaban hormonoterapia que las que si la tomaban e igualmente con las no ooforectomizadas.

Este estudio tiene como limitaciones las propias de los estudios transversales y el hecho de ser realizado con escalas que miden de forma subjetiva la función sexual, la calidad de vida y la presencia de insomnio, sin embargo estas escalas han sido ampliamente utilizadas y validadas a nivel mundial. Se hace necesario realizar estudios en los que se utilicen instrumentos que permitan medir de forma objetiva los aspectos anotados y realizar mediciones hormonales que respalden la función sexual. Tiene como fortaleza haber sido realizado con datos proporcionados desde la propia percepción de las mujeres estudiadas sin ninguna influencia al ser autoaplicables los instrumentos. Sería interesante establecer la función sexual, presencia de insomnio y calidad de vida previa a la histerectomía para compararla con el estado posterior a esta.

CONCLUSIONES

Las mujeres histerectomizadas estudiadas presentan una prevalencia de disfunción sexual del 71.7%, insomnio del 71.2% y del deterioro severo de la calidad de vida fue de 42.5%. Se observo que la disfunción sexual y la presencia de insomnio es factor de riesgo para presentar deterioro severo de la calidad de vida; y no hubo diferencias en la disfunción sexual, insomnio y deterioro severo de la calidad de vida entre mujeres que usaban terapia de remplazo hormonal o no, ni entre las que tenían o no ooforectomía. Haber tenido la menopausia o no antes de la histerectomía no es factor de riesgo para mayor deterioro de la calidad vida.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno que declara.

FINANCIACION: recursos propios de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Lobo R. Abnormal uterine bleeding. In: Lentz G., Lobo R., Gershenson D., Katz V. Comprehensive Gynecology. Philadelphia: Mosby; 2012. P. 805.
2. Yi YX, Zhang W, Zhou Q, Guo WR, Su Y. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy vs abdominal hysterectomy for benign disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011;159(1):1-18.
3. Morgan Ortiz F, López Zepeda M A, Elorriaga García E, Soto Pineda J M, Lelevier Rico H B. Histerectomía total laparoscópica: complicaciones y

- evolución clínica en una serie de 87 casos. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76 (9):520-5.
4. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. Histerectomía Y Ansiedad: Estudio Comparativo Entre Dos Tipos De Preparación Psicológica Prequirúrgica. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2005;56(3):209-215.
 5. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. *J Psychosom Res*. 2005;59(3):117-29.
 6. José M. HISTERECTOMIA. SCIAS Hospital de Barcelona, Grup Assistència. Revisado por el Grupo de Ginecólogos de la Comisión de Perinatología. 2006. pág. 1-6.
 7. Orley J y Kuyken W. Quality of life assessment: International Perspectives Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSEN in Paris, July 2 - 3, 1993.
 8. Botero de Mejia B E, Pico Merchan M E. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud* 2007;12:11-24.
 9. Cerda P, Pino P y Urrutia M. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(3): 216-221.
 10. Hartmann K., Ma C. y cols. Quality of Life and Sexual Function After Hysterectomy in Women With Preoperative Pain and Depression. *Obstet Gynecol* 2004;104:701-9.
 11. Borimnejad L., Ardebili F. y cols. Comparison of quality of life after hysterectomy in pre and post menopause period in Iranian women. *Rev Obstet Gynecol and Infertility* 2011;13(6):39-45.
 12. Urdaneta JR, Cepeda M, Guerra M, Babel NS, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010;75(1):17-34.
 13. Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice De Función Sexual Femenina: Un Test Para Evaluar La Sexualidad De La Mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(2):118-125.
 14. Mimoun S, Wylie K. Female sexual dysfunctions: definitions and classification. *Maturitas* 2009;63(2):116-8.
 15. Criado Enciso F, Santaella Cristina C. Respuesta sexual en la mujer con patología oncológica mamaria. 30 congreso SEGO (Sociedad Española De Ginecología y Obstetricia) del 15 al 19 de Junio del 2009. Dirección URL: <http://www.sego.es/content/microsites/30sego/ponencias/1193.html> [Consultado el 1 de Junio de 2012].
 16. Gonzales Labrador I. Sexualidad Femenina e histerectomía. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2008;24(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000400011&script=sci_arttext&lng=pt.
 17. Lowenstein L, Yarnitsky D, Gruenwald L y cols. Does hysterectomy affect genital sensation?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;119(2): 242-245.

18. Lee DY, Park HJ, Kim BG, Bae DS, Yoon BK, Choi D. Change in the ovarian environment after hysterectomy as assessed by ovarian arterial blood flow indices and serum anti-Mullerian hormone levels. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 151(1):82-5.
19. Thakar R, Sultan AH. Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005; 19(3):403-18.
20. Asociación de psiquiatría de los Estados Unidos. Manual de Diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales. DSM IV. 2000. 4ta Edición revisada.
21. Richards DH. A post-hysterectomy syndrome. *Lancet* 1974;26(2):983-5.
22. Carmona Recuenco V, Diaz Manchay R. Proceso de adaptación en la mujer histerectomizada según la teoría de Castilla Roy. *Rav Paraninfo Digital* 2012;16.
23. Soares C. Características del insomnio en la menopausia y perimenopausia. *Rev. De psiquiatría Clínica* 2006;33(2):103-109.
24. Monterrosa-Castro A, Blumel J E, Chedraui P. Frecuencia y severidad de síntomas menopáusicos en una población de mujeres afro descendientes colombianas. *Med UNAB* 2008;11(2):113-119.
25. Del Prado A Mónica, Fuenzalida Andrea, Jara Daniela, Figueroa J Rodrigo, Flores Daniel, Blumel M Juan E. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (*Menopause Rating Scale*) *Rev Méd Chile* 2008;136:1511-1517.
26. MRS-the menopause rating scale. <http://www.menopause-rating-scale.info/about.htm>.
27. Monterrosa-Castro Álvaro de Jesús, Paternina-Caicedo Ángel, Márquez-Vega Jhonmer, Romero-Pérez Ivette. Prevalencia de la sintomatología urogenital en mujeres indígenas colombianas en posmenopausia. *Iatreia* 2012;25(4):357-368.
28. Ruiz Cristina. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de psicología* 2007 Jun;23(1): 109-117.
29. Nenclares-Portocarrero A, Jiménez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental* 2005; 28:34-9.
30. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athenas Insomnia Scale: valitacion of an instrument base don ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 2000;48:555-60.
31. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Atenas Insomnia Scale. *J Psychosom Res* 2003;55:263-7.
32. Isidori A, Pozza C, Esposito K y cols. Development and Validation of a 6-Item Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a Diagnostic Tool for FemaleSexual Dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:1139–1146.

33. Fernández A, Pastor T, Romero M, Ruiz F, Chedraui D y Pérez F. Aplicación de la escala de calificación de la menopausia y el índice de función sexual femenina abreviado en mujeres climatéricas españolas. 31 Congreso Nacional SEGO. 17 al 20 de Mayo del 2011. ID 2439.
34. Chedraui P, Pérez F, Sánchez H y cols. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas* 2012;71(4):407-12.
35. Kamei J y Kamei L. Estudio de prevalencia e impacto en calidad de vida de la infección urinaria, incontinencia urinaria, y disfunción sexual en mujeres que concurren a control rutinario en consultorio externo de gineco-obstetricia. *Revista Chilena de Urología* 2005;70(4):210-213.
36. López O. Trastorno del deseo sexual hipoactivo: comparación de 2 cuestionarios (breve perfil de la función sexual de la mujer y salud y disfunción sexual femenina en atención primaria) en 2 grupos de mujeres (ovariectomizadas e hysterectomizadas, y normales). *Clin Invest Ginecol Obstet* 2010;37(1):14-26
37. Husnu C., Bilgin G. y cols. The effect of hysterectomy and bilaterally salpingo-oophorectomy on sexual function in post-menopausal women. *Maturitas* 2008;61:358–363.
38. Martínez M., Bustos H., Ayala R. y cols. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a hysterectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010;75(4):247–252.
39. Monterrosa A, Paternina A y Romero I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopaúsico. *Iatreia* 2011;24(2):136-145.
40. Monterrosa-Castro A, Carriazo S. y Ulloque L. Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el Caribe Colombiano. *Rev. Fecolsog* 2012;63(1):36-45.
41. Van Anders S, Chernick A, Chernick B, Hampson E, Fisher W. Preliminary clinical experience with androgen administration for pre- and postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(3):173-85.
42. Alexander J, Kotz K, Dennerstein L, Kutner S, Wallen K, col. The effects of postmenopausal hormone therapies on female sexual functioning: a review of double-blind, randomized controlled trials. *Menopause* 2004;11:749-65.
43. Alexander J, Kotz K, Dennerstein L, Kutner S, Wallen K, col. The effects of postmenopausal hormone therapies on female sexual functioning: a review of double-blind, randomized controlled trials. *Menopause* 2004;11:749-65.
44. Blümel J, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile* 2002;130(10):1131-8.

45. Gallo Vallejo JL. Conservación de los ovarios frente a ooforectomía bilateral en pacientes sometidas a histerectomía por procesos benignos. *Clin Invest Gin Obst* 2009;36(3):94–98.
46. Finch A y cols. The impact of prophylactic salpingo-oophorectomy on menopausal symptoms and sexual function in women who carry a BRCA mutation. *Gynecol Oncol* 2011;121(1):163-8.

TABLA N°1
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
n= 202

EDAD PROMEDIO, X±SD [RI]	50.0 ± 5.0 [47.0-59.0]
NUMERO PROMEDIO HIJOS, X±SD [RI]	2.9±1.2[2.5-4.5]
AÑOS PROMEDIO ESTUDIO, X±SD [RI]	8.7 ±4.1 [6.0-11.0]
PESO PROMEDIO, X±SD [RI]	68.5 ±10.4 [62.0-74.0]
TALLA PROMEDIO, X±SD [RI]	1.61 ±0.05 [1.5-1.8]
IMC PROMEDIO, X±SD [RI]	26.2 ±3.8 [23.6-28.1]
ESTADO CIVIL SOLTERA, n (%) [IC95%]	22 (10.8) [6.9-16.0]
ESTADO CIVIL CASADA, n (%) [IC95%]	81.0 (40.1) [33.2-47.2]
ESTADO CIVIL UNION LIBRE, n (%) [IC95%]	91 (45.0) [38.0-52.1]
ESTADO CIVIL SEPARADA, n (%) [IC95%]	5 (2.4) [0.8-5.6]
ESTADO CIVIL VIUDA, n (%) [IC95%]	3 (1.4) [0.3-4.2]
MEDIA CALIFICACION SATISFACCION SEXUAL ENTRE LAS QUE TIENEN PAREJA ACTUALMENTE, X±SD [RI]	11.3 ± 4.0[10-15.5]
ETNIA AFRODESCENDIENTE, n (%) [IC95%]	61 (30.2) [23.9-37.0]
ETNIA MESTIZA, n (%) [IC95%]	141(69.8) [62.4-78.3]
TAZAS DE CAFÉ PROMEDIO DIA, X±SD	1.7 ± 1.9 [0.0-3.0]
CONSUMO DE CAFÉ, n (%) [IC95%]	127 (62.8) [55.8-69.5]
NO CONSUMO DE CAFÉ, n (%) [IC95%]	75 (37.1) [30.4-44.1]
NUNCA FUMADORAS, n (%) [IC95%]	146 (72.2) [65.5-78.3]
ALGUNA VEZ FUMADORAS, n (%) [IC95%]	43 (21.2) [15.8-27.5]
ACTUALMENTE FUMADORAS, n (%) [IC95%]	13 (6.4) [3.4-10.7]
CON HTA, n (%) [IC95%]	42 (20.7) [15.4-27.0]
SIN HTA, n (%) [IC95%]	160 (79.2) [72.4-86.8]
CON DIABETES MELLITUS, n (%) [IC95%]	25 (12.3) [8.1-17.7]
SIN DIABETES MELLITUS, n (%) [IC95%]	177 (87.6) [82.2-91.8]
OFORECTOMIA BILATERAL, n (%) [IC95%]	60 (29.7) [23.4-36.5]
CONSERVA UN SOLO OVARIO, n (%) [IC95%]	58 (28.7) [22.5-35.4]
CONSERVA AMBOS OVARIOS, n (%) [IC95%]	84 (41.5) [34.7-48.7]
UTILIZA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, n (%) [IC95%]	41 (20.3) [14.9-26.5]
NO UTILIZA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, n (%) [IC95%]	161 (79.7) [73.4-85.0]

TABLA N°2					
INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA (IFSF-6)					
n (%) [IC95%]					
DESEO	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Nulo
	1 (0.5) [0.0-2.7]	18 (8.9) [5.3-13.7]	81 (40.1) [33.2-47.2]	78 (38.6) [31.8-45.7]	24 (11.8) [7.7-17.1]
EXCITACIÓN	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Nulo
	1 (0.5) [0.0-2.7]	21 (10.4) [6.5-15.4]	80 (39.6) [32.8-46.7]	73 (36.1) [29.5-43.1]	27 (13.3) [9.0-18.8]
LUBRICACIÓN	Casi siempre	Mayoría	A veces	Algunas veces	Casi nunca o nunca
	9 (4.4) [2.0-8.2]	28 (13.8) [9.4-19.4]	83 (41.0) [34.2-48.2]	44 (21.7) [16.3-28.1]	38 (18.8) [13.6-24.8]
ORGASMO	Casi siempre	Mayoría	A veces	Algunas veces	Casi nunca o nunca
	11 (5.4) [2.7-9.5]	37 (18.3) [13.2-24.3]	51 (25.2) [19.4-31.8]	55 (27.2) [21.2-33.9]	48 (23.7) [18.0-30.2]
SATISFACCIÓN	Muy satisfecha	Moderada	Igual	Moderada insatisfacción	Muy insatisfecha
	23 (11.3) [7.3-16.5]	42 (20.7) [15.4-27.0]	53 (26.2) [20.3-32.8]	62 (30.6) [24.4-37.5]	22 (10.8) [6.9-16.0]
DOLOR	Casi nunca o nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Casi siempre o siempre
	23 (11.3) [7.3-16.5]	46 (22.7) [17.1-29.1]	69 (34.1) [27.6-41.1]	47 (23.2) [17.6-29.7]	17 (8.4) [4.9-13.1]

TABLA N°3				
ATENAS				
n (%) [IC95%]				
ÍTEM	NINGÚN PROBLEMA	PROBLEMA LEVE	MODERADO PROBLEMA	SEVERO PROBLEMA
INDUCCIÓN DEL SUEÑO	56 (27.7) [21.6-34.4]	97 (48.0) [40.9-55.1]	40 (19.8) [14.5-25.9]	9 (4.4) [2.0-8.2]
DESPERTAR EN LA NOCHE	27 (13.3) [9.0-18.8]	117 (57.9) [50.7-64.8]	49 (24.2) [18.5-30.7]	9 (4.4) [2.0-8.2]
DESPERTAR MÁS TEMPRANO	39 (19.3) [14.1-25.4]	110 (54.4) [47.3-61.4]	40 (19.8) [14.5-25.9]	13 (6.4) [3.4-10.7]
DURACIÓN TOTAL DEL SUEÑO	45 (22.2) [16.7-28.6]	114 (56.4) [49.3-63.3]	37 (18.3) [13.2-24.3]	6 (2.9) [1.1-6.3]
CALIDAD DEL SUEÑO EN GENERAL	53 (26.2) [20.3-32.8]	94 (46.5) [39.5-53.6]	50 (24.7) [18.9-31.3]	5 (2.4) [0.8-5.6]
BIENESTAR DURANTE EL DÍA	55 (27.2) [21.2-33.9]	116 (57.4) [50.2-64.3]	23 (11.3) [7.3-16.5]	8 (3.9) [1.7-7.6]
FUNCIONAMIENTO DURANTE EL DÍA	65 (32.1) [25.7-39.1]	105 (51.9) [44.8-59.0]	29 (14.3) [9.8-19.9]	3 (1.4) [0.3-4.2]
SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA	73 (36.1) [29.5-43.1]	78 (38.6) [31.8-45.7]	42 (20.7) [15.4-27.0]	9 (4.4) [2.0-8.2]

TABLA N° 4
ESCALA MRS
SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS MENOPAÚSICOS
n (%) [IC95%]

	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO
SOFOCOS/SUDORACIÓN	19 (9.4) [5.7-14.3]	72 (35.6) [29.0-42.6]	73 (36.1) [29.5-43.1]	24 (11.8) [7.7-17.1]	14 (6.9) [3.8-11.3]
MOLESTIAS CARDIACAS	67 (33.1) [26.7-40.1]	71 (35.1) [28.5-42.1]	35 (17.3) [12.3-23.2]	27 (13.3) [9.0-18.8]	2 (0.9) [0.1-3.5]
TRASTORNOS DEL SUEÑO	39 (19.3) [14.1-25.4]	65 (32.1) [25.7-39.1]	54 (26.7) [20.7-33.4]	35 (17.3) [12.3-23.2]	9 (4.4) [2.0-8.2]
ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO	59 (29.2) [23.0-36.0]	70 (34.6) [28.1-41.6]	42 (20.7) [15.4-27.0]	23 (11.3) [7.3-16.5]	8 (3.9) [1.7-7.6]
IRRITABILIDAD	55 (27.2) [21.2-33.9]	73 (36.1) [29.5-43.1]	46 (22.7) [17.1-29.1]	21 (10.4) [6.5-15.4]	7 (3.4) [1.4-7.0]
ANSIEDAD	75 (37.1) [30.4-44.1]	65 (32.1) [25.7-39.1]	37 (18.3) [13.2-24.3]	23 (11.3) [7.3-16.5]	2 (0.9) [0.1-3.5]
CANSANCIO FÍSICO/MENTAL	49 (24.2) [18.5-30.7]	59 (29.2) [23.0-36.0]	62 (30.6) [24.4-37.5]	25 (12.3) [8.1-17.7]	7 (3.4) [1.4-7.0]
PROBLEMAS SEXUALES	40 (19.8) [14.5-25.9]	61 (30.2) [23.9-37.0]	49 (24.2) [18.5-30.7]	37 (18.3) [13.2-24.3]	15 (7.4) [4.2-11.9]
PROBLEMAS DE VEJIGA (INCONTINENCIA)	65 (32.1) [25.7-39.1]	62 (30.6) [24.4-37.5]	47 (23.2) [17.6-29.7]	16 (7.9) [4.6-12.5]	12 (5.9) [3.1-10.1]
SEQUEDAD VAGINAL	59 (29.2) [23.0-36.0]	48 (23.7) [18.0-30.2]	48 (23.7) [18.0-30.2]	29 (14.3) [9.8-19.9]	18 (8.9) [5.3-13.7]
MOLESTIAS MUSCULO ARTICULARES	49 (24.2) [18.5-30.7]	52 (25.7) [19.8-32.3]	67 (33.1) [26.7-40.1]	23 (11.3) [7.3-16.5]	11 (5.4) [2.7-9.5]

TABLA N°5
n (%) [IC95%]

DETERIORO SEVERO ESCALA MRS		
	SI	NO
DIMENSIÓN SOMATO-VEGETATIVA	46 (22.7) [17.1-29.1]	156 (77.2) [70.8-82.8]
DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	76 (37.6) [30.9-44.6]	126 (62.3) [55.3-69.0]
DIMENSIÓN UROGENITAL	107 (52.9) [45.8-60.0]	95 (47.0) [39.9-54.1]
CALIDAD DE VIDA	86 (42.5) [35.6-49.7]	116 (57.4) [50.2-64.3]
DISFUNION SEXUAL ESCALA IFFS6		
SI	145 (71.7) [65.0-77.8]	
NO	57 (28.2) [22.1-34.9]	
INSOMNIO ESCALA DE ATENAS		
SI	144 (71.2) [64.5-77.4]	
NO	58 (28.7) [22.5-35.4]	

TABLA N°6					
DETERIORO SEVERO DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL E INSOMNIO					
		DETERIORO SEVERO DE CALIDAD DE VIDA n (%) [IC95%]		OR %[IC95%]	Valor p*
		Si	No		
DISFUNCIÓN SEXUAL	Si	69 (47.5) [39.2-56.0]	76 (52.4) [43.9-60.7]	2.1 [1.1-4.1]	0.02
	No	17 (29.8) [18.4-43.4]	40 (70.1) [56.6-81.5]		
INSOMNIO	Si	70 (48.6) [40.2-57.0]	74 (51.3) [42.9-59.8]	2.4 [1.2-4.8]	0.00
	No	16 (27.5) [16.6-40.9]	42 (72.4) [59.1-83.3]		

*Chi-cuadrado

Tabla N°7				
DISFUNCIÓN SEXUAL, INSOMNIO, CALIDAD DE VIDA Y TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL				
		TRH	NO TRH	Valor p*
DISFUNCION SEXUAL	SI	29 (20) [13.8-27.4]	116 (80.0) [72.5-86.1]	0.97
	NO	12 (21.0) [11.3-33.8]	45 (78.9) [66.1-88.6]	
INSOMNIO	SI	24 (16.6) [10.9-23.7]	120 (83.3) [76.2-89.0]	0.06
	NO	17 (29.3) [18.0-42.7]	41 (70.6) [57.2-81.9]	
DETERIORO DE CALIDAD DE VIDA	SEVERO	18 (43) [28.4-60.2]	68 (42.2) [34.5-50.2]	0.98
	NO SEVERO	23 (56.1) [39.7-71.5]	93 (57.7) [49.7-65.5]	

*chi cuadrado

Tabla N°8				
DISFUNCIÓN SEXUAL Y PRESERVACIÓN O NO DE LOS OVARIOS				
		SIN OOFORECTOMIA	CON OOFORECTOMIA	Valor p*
DISFUNCION SEXUAL	SI	99 (69.7) [61.4-77.1]	46 (76.6) [63.9-86.6]	0.40
	NO	43 (30.2) [22.8-38.5]	14 (23.3) [13.3-36.0]	
INSOMNIO	SI	101 (71.1) [62.9-78.4]	43 (71.6) [58.5-82.5]	0.92
	NO	41 (28.8) [21.5-37.0]	17 (28.3) [17.4-41.4]	
DETERIORO DE CALIDAD DE VIDA	SEVERO	59 (41.5) [33.3-50.1]	27 (45.0) [32.1-58.3]	0.76
	NO SEVERO	83 (58.4) [49.8-66.6]	33 (55.0) [41.6-67.8]	

*chi cuadrado