



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

TEMA DE TESIS

Estudio bicéntrico del índice de satisfacción sexual en pacientes con diagnóstico de síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser postratamiento quirúrgico.

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AUTOR DE TESIS

DRA. ILIANA MARIEL COLÍN GARDUÑO

ASESOR DE TESIS

DR. JUAN JIMÉNEZ HUERTA

GENERACIÓN 2016-2020

JULIO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DR. JAIME MELLADO ABREGO
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. VÍCTOR MANUEL FLORES MÉNDEZ
JEFE DE POSGRADO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. ANTONIO GUTIÉRREZ RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. JUAN JIMÉNEZ HUERTA
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS

ÍNDICE.

Agradecimientos.....	4
Antecedentes.....	6
Marco teórico.....	6
Justificación.....	11
Pregunta de investigación.....	11
Objetivos.....	12
Diseño de la investigación.....	12
Definición de la población.....	12
Definición de las variables.....	13
Técnicas instrumentos y procedimientos de recolección de la información	13
Análisis e interpretación de la información.....	14
Recursos	14
Aspectos éticos.....	15
Aspectos de bioseguridad	15
Cronograma de actividades	16
Análisis de resultados.....	17
Discusión de resultados	22
Conclusiones	22
Anexo 1	23
Referencias bibliográficas	28

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por iluminar y bendecir mi camino. Porque es quien me da fuerza y luz en la oscuridad, porque guía mi mano en cada procedimiento.

A mis padres por ser ejemplos dignos de honestidad, entereza y amor. Si volviera a nacer, elegiría mil veces ser su hija. Gracias por enseñarme a trabajar, por enseñarme que el verdadero valor de las cosas no es el costo sino el esfuerzo para conseguir las. Por abrir mi mundo cuando sentía que ya no había remedio. Gracias por su amor infinito e incondicional. A mi madre porque no hay mejor lugar que su cama y sus brazos. Por soportar mis ausencias con paciencia y amor, porque con sopita caliente me ha arreglado el alma cada vez que la he necesitado, por cuidar de mí como si aún fuera su niña chiquita... la amo mami. A mi padre por ser la voz que me levanta cada mañana cuando siento que ya no puedo, porque, aunque se me fue muy pronto, lo siento siempre junto a mí...esto va hasta el cielo wero, ¡lo logramos!.

A mis hermanas por marcar el camino que debía seguir, por ser ejemplo de fuerza, porque junto con mi madre, son las mujeres a las que más admiro y espero algún día ser, aunque sea un poquito como ustedes. ¡Gracias por cuidarme desde pequeña y seguirlo haciendo... son las mejores cómplices que se puede tener, las amo!

¡A mis hermanos porque con su fuerza e irreverencia, le otorgan esa pizca de sabor a mi día a día... los amo!

A Pepo... gracias amor por apoyarme e impulsarme, por creer en mi y enseñarme que todo es posible y los límites sólo existen en mi mente. Por mostrarme un mundo diferente... ¡Te amo Rokitansky!

A Lynda, Alin, Pamela y Diego por persistir pese al tiempo y la distancia. Por soportar las ausencias y estar siempre a la vuelta de una llamada. Por las llamadas de ánimo y desahogo, por secar las lágrimas de frustración. Porque nunca me permitieron flaquear. Porque en ustedes me busco y me encuentro cuando se me olvida quien soy. ¡Nunca podré agradecerles todo lo que han hecho por mí... al fin lo logré, lo logramos! ¡Los amo! ¡A Ana... esto va al cielo para ti!

A Yadi, Lui, Mon, Miri, Esteban e Irving por ser mi familia estos 4 años. Por las noches de estudio, las tardes de prealtas, las guardias eutócicas y en las que ardía el mundo. Por las palabras de aliento, los momentos de desahogo, los abrazos, las risas y todo el amor que nos compartimos... Porque supimos desde el inicio que sólo nos teníamos nosotros y no podíamos fallarnos. ¡Los quiero infinito y estoy muy orgullosa de quienes somos ahora! ¡Al fin... LO LOGRAMOS!

A mis profesores por contribuir con cada palabra de aliento y llamado de atención a mi formación, por permitir aprender de ustedes y por todas sus enseñanzas, no sólo académicas sino también de vida. ¡Gracias!

Al Dr. Juan Jiménez Huerta por ser pieza fundamental de mi formación como médico y especialista. Por ser ejemplo digno de integridad, lealtad y honestidad. Gracias por creer en mi y darme su voto de confianza sin el cual no podría pertenecer a esta institución. Por las palabras de aliento y por siempre tener la puerta abierta para escucharnos. Por su apoyo

infinito e incondicional. Nunca podré terminar de agradecerle lo que ha hecho por mí. Lo admiro infinitamente maestro.

Al Dr. Marcos Jesús Rodolfo Hernández Fierro simplemente por ser él... Por siempre tener una sonrisa y una palabra de aliento, por fomentar la inquietud por saber más para poder estar a la altura de su conversación. Por estar pendiente de nuestro crecimiento y contribuir a él. ¡No tengo palabras para describir lo mucho que lo admiro maestro, gracias por todo!

¡A mi pasado, mi presente y mi futuro... GRACIAS!

ANTECEDENTES.

La agenesia de los conductos de Müller ocurre en una de cada 4,000 a 10,000 mujeres y su expresión clínica más frecuente es la agenesia útero-vaginal o síndrome de Mayer-Rokitansky- Küster-Hauser (SMRKH). El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser afecta a una de cada 4,500 mujeres.

August Franz Joseph Karl Mayer reportó en 1829 el primer caso de ausencia de vagina en una recién nacida. Küster reconoció las malformaciones renales y urológicas en este padecimiento en 1910. Rokitansky publicó los resultados de las autopsias de 19 mujeres adultas con agenesia úterovaginal en 1938 y fue el primero en asociar la agenesia úterovaginal con las malformaciones renales. En 1961, Hauser observó, en algunas mujeres, malformaciones esqueléticas asociadas con estas anomalías. ^(1,2)

MARCO TEÓRICO.

Se realizó una búsqueda en la base de datos Medline, Psyc INFO, PsycLIT y CINAH en la que se utilizaron las palabras clave: síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, MRKH, agenesia vaginal, aplasia vaginal, los resultados psicológicos, identidad de género, roles de género, la orientación sexual, el funcionamiento sexual, la infertilidad, la concepción, el matrimonio / convivencia, el funcionamiento social, el funcionamiento cognitivo, la psicopatología, el autoconcepto, la carrera, la espiritualidad, la historia del derecho, la respuesta a la familia de MRKH, y el ajuste individual de MRKH, arrojando 20 artículos de los cuales se realizó una revisión y análisis que organiza los resultados en diferentes aspectos de la calidad de vida y efectos psicológicos.

Durante años fue considerado una alteración esporádica, sin embargo, la creciente comunicación de casos familiares hace pensar que pueda tener una base genética. Esta tampoco ha podido ser aclarada de manera concluyente, aunque se han propuesto varios blancos de daño que involucran a genes del desarrollo de la familia Homeobox (genes HOX). Se trata de una familia de 39 genes con participación en el control del desarrollo, entre ellos HOXA y HOXD, responsables del control del desarrollo de los conductos de Müller. Otros genes de esta familia (HOXA 7, HOXA 9-13 y HOXD 9-13) son responsables del desarrollo del riñón y tejido óseo. Por su lado, HOXA9 y HOXA10 se expresan de manera selectiva durante el desarrollo de las trompas de Falopio y útero, respectivamente. Parece tratarse de un trastorno multifactorial. En estos casos, se cree que sigue un patrón de transmisión autosómico dominante, con penetrancia incompleta y expresividad variable. Está descrito que el riesgo de recurrencia en parientes de primer grado es bajo, pero existe, fluctuando entre un 1-5%. ^(1,3)

El fenotipo más común de esta enfermedad congénita se caracteriza por ausencia del canal vaginal, con introito vaginal estrecho, útero ausente o cuernos uterinos rudimentarios, con ovarios normales en estructura y función. En un bajo porcentaje de estas mujeres (2-7%) se aprecia un útero (rudimentario u obstruido) con endometrio funcional. Aproximadamente el 25-50% de las pacientes asocian anomalías del tracto genitourinario, tales como agenesia renal unilateral, riñón pélvico o alteraciones del sistema excretor. Asimismo, un 10-15% presentan alteraciones esqueléticas a diferentes niveles (la más común en estos casos es la escoliosis). Hasta 20% de las pacientes tienen deficiencias auditivas unilaterales o bilaterales. Aunque no es común, es necesario evaluar la función cardíaca en estas pacientes, que llegan a tener defectos valvulares. ^(1,2,3)

La presentación clínica habitual se refiere a mujeres jóvenes que acuden a la consulta ginecológica por amenorrea primaria, con características de desarrollo sexual secundarias normales y casi siempre sin alteraciones cromosómicas. Para establecer el diagnóstico y tratamiento se utilizan guías de práctica clínica que permiten distinguir diagnósticos diferenciales y el subtipo del síndrome que aparece como aplasia uterina y vaginal en sus dos tercios superiores (SMRKH tipo 1), o si está asociado con aplasia total de los conductos de Müller, displasia renal y anomalías de las somitas cervicales (SMRKH tipo 2). (3)

Los procedimientos clínicos acompañados de estudios de imagenología por resonancia magnética constituyen el patrón de referencia del diagnóstico. La distinción entre SMRKH tipo 1 y tipo 2 tiene el propósito de establecer el tratamiento adecuado. (3,4)

Aunque las manifestaciones relacionadas con la vida sexual y reproductiva de la mujer constituyen la razón más importante de consulta, es necesario tomar en cuenta la atención psicológica de estas pacientes ya que es una de las esferas con mayor repercusión en la salud. (4)

Diagnóstico.

En la mayoría de los casos se manifiesta con amenorrea primaria en jóvenes con proporciones corporales adecuadas y desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios. En el examen ginecológico, los genitales externos parecen normales, pero la vagina está ausente o hay un fondo de saco vaginal corto. Por lo común, la edad al momento del diagnóstico de síndrome de Mayer- Rokitansky-Küster-Hauser es de 15 a 18 años. En cuanto a los estudios de imagen en estas pacientes, la exploración generalmente comienza con la ultrasonografía pélvica, que puede ayudar a reconocer o confirmar la ausencia de útero e identificar los ovarios. Esto es fundamental para descartar algunos diagnósticos diferenciales y evaluar otros órganos, como los riñones. Es muy importante la prueba de cariotipo a la paciente para descartar otras enfermedades. Algunos autores afirman que la resonancia magnética constituye la herramienta más efectiva de valoración del aparato genital en estas pacientes. No es necesaria la laparoscopia diagnóstica, pero se recomienda una evaluación anatómica completa de las pacientes bajo visión directa. (2,4,5,7)

Anomalías asociadas con este síndrome.

Las anomalías del aparato urinario se observan en 25-50% de los casos. Las más frecuentes son:

- Riñón pélvico (uni o bilateral)
- Riñón en herradura
- Hidroureteronefrosis
- Duplicidad ureteral

Debido a la frecuencia de anomalías en el aparato urinario es común que la paciente requiera estudios de ultrasonido, pielografía intravenosa y pielotac para descartar malformaciones asociadas.

Se encuentran anomalías esqueléticas en 10-15% de las pacientes. En su mayor parte, son alteraciones vertebrales:

- En “cuña”
- Fusionadas

- Rudimentarias
- Supernumerarias

En ocasiones vienen acompañadas de alteraciones en las extremidades, por ejemplo, clinodactilia, polidactilia e hipoplasia del radio, escafoides o trapecio. Se reportan otras anomalías, como la asociación de la agenesia mülleriana con síndromes malformativos, como el de Klippel-Feil (fusión congénita de dos o más vértebras cervicales que causa disminución de movimiento y acortamiento del cuello) o el síndrome MURCS (aplasia mülleriana, aplasia renal y displasia cervicotorácica ocasionadas por alteraciones en las somitas correspondientes). (1,8)

Tratamiento.

El bienestar mental y la cooperación de la paciente son vitales para el éxito de cualquier tratamiento. Se recomienda la participación de un equipo multidisciplinario que incluya especialistas en salud mental. Debe insistirse que esta anomalía no altera la “naturaleza” femenina de la paciente, pues su función ovárica es absolutamente normal. Hay que dejar en claro que desde el inicio se dispone de técnicas que permiten la creación de una neovagina apta para una vida sexual casi normal. Por último, se deben aclarar las dudas de la paciente sobre su fertilidad.

El momento de la reconstrucción vaginal es elección de la paciente, sin importar el tratamiento en cuestión. Se recomienda hacerlo a una edad en que la paciente tenga conciencia de la naturaleza de su enfermedad y del procedimiento por realizar. Se debe evitar la corrección en la infancia por sus altas tasas de fracaso y reintervención.

El objetivo del tratamiento es crear una vagina adecuada para una vida sexual normal que idealmente requiera los menores cuidados posibles. Para ello se cuenta con técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, que no son perfectas ni aplicables en todos los casos. Se recomiendan las técnicas no quirúrgicas como tratamientos de primera línea, ya que su tasa de éxito es mayor de 90%.

Si se opta por un tratamiento quirúrgico debe tenerse un conocimiento preoperatorio de la anatomía pélvica de la paciente y descartar anomalías frecuentemente asociadas que puedan dificultar o alterar el procedimiento planificado, como un riñón pélvico o doble sistema ureteral.

(5,7)

- **Tratamiento psicológico.**

Hay asociaciones dedicadas al apoyo emocional de personas y familiares con este tipo de padecimientos. Ahí escuchan a las pacientes y se les pone en contacto con otras personas con su misma enfermedad; se les orienta y se les integra de manera directa o vía internet a terapias de grupo donde pueden compartir su experiencia de la enfermedad y del tratamiento.

(5,7)

- **Tratamiento no quirúrgico.**

Consiste en la creación de una neovagina por medio de presión intermitente sobre el esbozo vaginal, utilizando dilatadores progresivamente mayores. Esta modalidad, desarrollada por Frank en 1938, tiene varias ventajas: no es invasiva y, por lo tanto, no ofrece los riesgos inherentes a una cirugía, no deja cicatrices y crea una vagina con lubricación normal. Sin embargo, requiere una mujer altamente motivada, perseverante y paciente. En un esfuerzo por perfeccionar este procedimiento y minimizar sus inconvenientes, Ingram ideó una variante

que se basa en utilizar el propio peso de la mujer como presión dilatadora y acoplar un dilatador a una especie de “silla de bicicleta”, sobre la cual la paciente debe sentarse. Así, ella puede permanecer vestida y realizar otras actividades mientras se ejecuta la terapia. Sus resultados son comparables, e incluso mejores, a la técnica original sin aumentar la morbilidad asociada. (9,10)

- **Tratamiento quirúrgico.**

Se recomienda el tratamiento quirúrgico ante el fracaso o el rechazo de un procedimiento no quirúrgico. El tipo de cirugía y el momento de realizarla dependen de la decisión de la paciente.

Hay alrededor de 11 técnicas quirúrgicas descritas para crear una vagina, modelos plásticos con forma de oliva combinados con dispositivos de tracción para la formación de una cavidad entre la vejiga y el recto, con epitelización desde el exterior (técnica de Vecchiatti descrita en 1965, y desde 1994 existe la versión laparoscópica), trasplante de tejido intestinal, colgajos abdominales pudendos o del muslo, injertos de piel, mucosa, peritoneo o amnios.

Algunas de estas técnicas implican tiempo quirúrgico prolongado, amplia disección de tejidos (incisión abdominal y perineal, resección intestinal, disección de gran extensión en el periné), con los riesgos incrementados de una cirugía amplia y con considerable incapacidad posquirúrgica de la paciente. Otros requieren el empleo de recursos tecnológicos y dispositivos especialmente diseñados, como aquellos de tracción, dermatomo. (5,9)

Existe un amplio repertorio de cirugías de formación de una nueva vagina:

a) Técnica de Abbe-McIndoe. Es uno de los procedimientos quirúrgicos más utilizados. Consiste en una cuidadosa disección entre la vejiga y el recto que forma una cavidad donde se inserta un “molde” vaginal recubierto con injertos cutáneos, ya sea de espesor parcial (epidermis y parte de la dermis) o total (epidermis y dermis en su totalidad). (11)

b) Vaginoplastia por expansión tisular. Consiste en utilizar expansores subcutáneos (balones inflables) situados dentro de cada labio menor insuflándolos lentamente a razón de 5 mL/día. Cuando los balones alcanzan 80 mL cada uno, la paciente se lleva al quirófano, donde se procede a retirar los expansores y disecar el espacio entre la vejiga y el recto. La piel redundante resultante de este procedimiento se utiliza para crear colgajos cutáneos, con los que se hace una “bolsa” que se introduce en la cavidad preformada. El ápex de este saco se fija a los remanentes müllerianos por medio de la laparotomía. Ofrece las ventajas de menor tendencia a la retracción, prescindir de dilatadores postoperatorios, y la excelente irrigación de la cavidad, que aumenta las posibilidades de éxito del tratamiento. Su desventaja más frecuente es la infección, que lleva generalmente a prolongar la hospitalización. (11)

c) Vaginoplastia por tracción. Se puede hacer por laparotomía (técnica de Vecchiatti). Se basa en la tracción del manguito vaginal mediante un aparato especialmente diseñado para esto, que se “ancla” en el abdomen (área suprapúbica). La fase de invaginación comienza inmediatamente en el postoperatorio y continúa a una velocidad de 1 a 1.5 cm al día hasta alcanzar máximo 10 a 12 cm (7 a 8 días). Después se instruye a la mujer para proseguir con el uso de dilatadores vaginales. La tasa de complicaciones del procedimiento es baja y su éxito es comparable con las otras modalidades terapéuticas analizadas. (11)

- **Tratamiento laparoscópico.**

Se ha usado ampliamente la técnica de Vecchiatti modificada en Europa desde 1994. Consiste en aplicar tracción constante desde la cavidad abdominal con un botón móvil que provoca invaginación del espacio vesicorrectal. La neovagina obtenida debe mantenerse en el postoperatorio con dilatadores y terapia con estrógenos en crema aplicados localmente. Fedele y colaboradores publicaron una recopilación de resultados de 110 pacientes tratadas con esta técnica en 2008 y reportaron que era una técnica segura, sencilla y que permitía a las pacientes tener vida sexual. ⁽¹¹⁾

- **Vaginoplastia técnica JuJi-Hu.**

Es una adecuación a la técnica descrita por Vecchiatti con la modificación del uso de un balón para mantener el diámetro de esta, además de materiales más accesibles en hospitales que no cuentan con el tensor original, y un dilatador de titanio para el mantenimiento de la neovagina hasta el momento en que se inicia la vida sexual de la paciente.

Descripción de la técnica quirúrgica.

Se realiza preparación intestinal 24 h previo a la cirugía con Nulytely®, ayuno por 12 hrs. En la sala de quirófano se coloca a paciente en posición de Joe Davis, colocación de sonda vesical y campos quirúrgicos. Se inicia el abordaje laparoscópico a través de incisión periumbilical, con neumoperitoneo a 14 mmHg. Se realiza observación panorámica de la cavidad abdominal con lente de 10 mm y 0 grados. Se colocan dos puertos accesorios a 5 cm de la línea media y 5 cm por debajo de la cicatriz umbilical por donde se dará paso al instrumental. Se incide peritoneo para desplazar vejiga y se procede a realizar corte de cintilla uterina. De manera simultánea, el segundo cirujano coloca capuchón de silicón fenestrado de 2 pulgadas de diámetro en introito vaginal, por el cual se introducen dos agujas rectas de sutura Dexon del número 5, las cuales se dirigen hacia cavidad abdominal y son recibidas por el primer cirujano a través de los puertos accesorios. El segundo cirujano coloca sonda de balón de silicón de 8cm de longitud con capacidad de 100 cc en introito vaginal. Se coloca tractor externo y se introducen ambos cabos de las suturas a través de los orificios de salida, mientras se realiza tracción sostenida y se envuelve sobre el dispositivo central del tractor; cada vuelta es el equivalente a 1 cm de tracción y de elongación vaginal.

Posterior al tratamiento quirúrgico se indica desinsuflar el balón vaginal y colocar Triticum vulgare crema y estrógenos equinos diariamente durante los primeros 15 días del posquirúrgico. Posterior a esto, se espera una longitud vaginal de 10 a 12 cm en reposo y las pacientes pueden iniciar vida sexual un mes después del posquirúrgico.

Si la paciente no ha iniciado vida sexual en el primer mes posterior a la cirugía, se indicará continuar aplicación de estrógenos equinos tópicos diariamente y uso de dilatadores de 4 cm de diámetro hasta inicio de vida sexual. ⁽¹¹⁾

El SMRKH es uno de los muchos desordenes del desarrollo sexual (DSD). DSD se refiere a “condiciones congénitas en la que el desarrollo cromosómico, gonadal, o sexo anatómico es atípico”. DSD es un término relativamente nuevo y fue propuesto por expertos internacionales de la Wilkins Pediatric Endocrine Society Lawson y la Sociedad Europea de Endocrinología Pediátrica en la reunión de consenso en octubre, 2005. La sensación de bienestar y la calidad de vida de la mujer se ven afectados por la enfermedad al presentar dificultad para

practicar penetración vaginal, no menstruar y ser incapaces de embarazarse; por lo tanto, se ha sugerido que el manejo de la paciente con SMRKH debe abordar tanto el aspecto anatómico como el impacto psicológico de la enfermedad. Aunque se han reportado los resultados de los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos para crear una neovagina, existen pocos informes que aborden el resultado del impacto psicológico y de la calidad de vida. (2,3,5)

JUSTIFICACIÓN.

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad (12). Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana (13). Las pacientes con síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser son un grupo considerable de pacientes que, por definición, y como ya se ha mencionado previamente, se caracteriza por la ausencia congénita del tercio superior de la vagina, útero y trompas, en quienes ser sometidas a tratamiento mediante la realización de una neovagina, ofrece una oportunidad de desarrollar la sexualidad plenamente. Sin embargo, en la actualidad los estudios en los cuales se analizan los índices para evaluar la capacidad de satisfacción en este grupo son limitados, y en México inexistentes. El diagnóstico de este padecimiento provoca un fuerte estrés emocional en la paciente debido a las implicaciones en la vida sexual y reproductiva futura. Esta situación demanda del médico un gran esfuerzo para controlar el impacto inicial de la noticia y evitar que se transforme en una amenaza para las metas terapéuticas trazadas. Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y 4. dolor sexual (14). Con esta clasificación Laumann y cols., encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual (15).

La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos, sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción (16).

Rosen y cols, desarrolló un instrumento que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó "Índice de Función Sexual Femenina" y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina (17).

A través de este estudio se intenta conocer el grado de satisfacción sexual en pacientes tratadas mediante implementaciones de neovagina con la finalidad de saber puntos de intervención en aspectos físicos, psicológicos y sociales.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Las pacientes con SMRKH pueden desarrollar satisfacción sexual tras ser tratadas mediante neovagina por tracción y uso de balón con asistencia laparoscópica?

OBJETIVOS.

- **Principal:**
Determinar el grado de satisfacción sexual en pacientes con síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser posterior a tratamiento quirúrgico
- **Secundarios:**
Integrar el grupo de pacientes sometidas a este procedimiento en Hospital Juárez de México durante el periodo 2010-2018
Integrar el grupo de pacientes sometidas a este procedimiento en Hospital Ángeles Clínica Londres durante el periodo 2010- 2018
Aplicar el cuestionario de satisfacción sexual a pacientes con síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser posterior a tratamiento quirúrgico

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se trata de un estudio retrospectivo bicéntrico en pacientes adultos del sexo femenino con síndrome de Mayer Rokitansky-Küster-Hauser tratadas mediante implementación de neovagina por tracción y uso de balón con asistencia laparoscópica en el periodo comprendido del Enero de 2010 a Enero de 2018 en el Hospital Juárez de México y en Hospital Ángeles Clínica Londres en el cual se pretende conocer la presencia y el grado de satisfacción sexual mediante la aplicación de un cuestionario estandarizado (ANEXO 1) aplicado de modo personal mediante entrevista con la Tesista.

Posterior a recabar la información estadística general se utilizarán medidas de tendencia central para determinar la frecuencia, el promedio (media) y la moda de las respuestas otorgadas en los cuestionarios. Posteriormente se analizarán los datos obtenidos para tratar de establecer la relación del procedimiento quirúrgico con la satisfacción.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN.

El estudio se realizará en pacientes del sexo femenino, de edad adulta, con diagnóstico de síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser tratadas mediante implementación de neovagina por tracción y uso de balón con asistencia laparoscópica en el Hospital Juárez de México y en el Hospital Ángeles Clínica Londres en el periodo comprendido desde enero de 2010 a enero de 2018.

De inclusión:

- Descripción clara y del estudio de gabinete mediante el cual se realizó el diagnóstico quirúrgico de síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser.
- Descripción clara y por escrito de los hallazgos quirúrgicos (nota posquirúrgica).

De no inclusión:

- Pacientes fuera del rango de tiempo del estudio.
- Pacientes cuyo diagnóstico o tratamiento se haya realizado en otro centro.
- Pacientes con estudio diagnóstico incompleto, a decir: donde el estudio se haya realizado, pero no se encuentren todos los hallazgos propios del síndrome.

De exclusión:

- Pacientes con alguna otra alteración Mülleriana
- Pacientes que no aceptaron elaboración de cuestionario.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

A continuación, se enlistan las variables con las que se trabajará durante el estudio a la vez se identifican los conceptos y características para cada una de ellas.

- Satisfacción sexual: Se trata de un tipo de variable dependiente, cualitativa, ordinal, cuyas posibles respuestas son: buena (29.1 +/- 4.9 puntos en cuestionario de índice de función sexual femenina = IFSF), regular (21 +/- 6 puntos en cuestionario de IFSF) y mala (15 +/- 4 puntos en cuestionario de IFSF). Por definición, esta cualidad evalúa el estado de plenitud derivado de la función sexual.

- Deseo sexual: se trata de un tipo de variable independiente, cualitativa, ordinal, cuyas posibles respuestas son: Muy bajo, Bajo, moderado, alto, muy alto. Por definición es la sensación que incluye tener interés por una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja, así como la presencia de pensamientos o fantasías de tener sexo.

- Excitación: Se trata de una variable independiente, cualitativa, ordinal, cuyas posibles respuestas son: casi nunca, pocas veces, a veces, la mayoría de las veces, siempre. Por definición sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal o contracciones musculares.

- Falla orgásmica: Se trata de una variable independiente, cualitativa, ordinal, cuyas posibles respuestas son: muy insatisfecha, moderadamente insatisfecha, indiferente, moderadamente satisfecha, muy satisfecha. Por definición es la dificultad o incapacidad de una mujer para alcanzar el orgasmo cuando esta sexualmente excitada.

- Dolor sexual: Se trata de una variable independiente, cualitativa, ordinal, cuyas posibles respuestas son: casi nunca o nunca, pocas veces, a veces, la mayoría de las veces, siempre o casi siempre. Por definición se trata de una sensación desagradable antes, durante o después de la relación sexual (penetración vaginal).

TÉCNICAS INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información necesaria para la elaboración de este proyecto será obtenida mediante el análisis de los expedientes clínicos obtenidos en el archivo clínico del Hospital Juárez de México y Hospital Ángeles Clínica Londres, para los años correspondientes mediante los criterios de inclusión, no inclusión, exclusión y eliminación previamente citados. Se analizará cada uno de los expedientes utilizando el siguiente método:

1. El número de identificación (expediente) y diagnóstico clínico se obtendrá en el censo médico que se realiza diariamente en el servicio de Ginecología y Obstetricia bajo las siguientes consideraciones:

- Síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser
- Pacientes posoperadas de neovagina por tracción y uso de balón con asistencia laparoscópica.

2. Se contactará a las pacientes y se les realizará el cuestionario de índice de función sexual femenina previa explicación del propósito del mismo.

3. La información recabada anteriormente será expresada de acuerdo a las variables estudiadas y ya mencionadas en los rubros anteriores.

4. Esta información se expresará y analizará bajo una cédula estadística utilizando Microsoft Excel Professional 2016.

5. Los datos de los resultados obtenidos serán expresados solamente con fines de documentar los objetivos previamente planteados.

6. Se realizarán conclusiones generales y particulares, basadas en la evidencia recabada en este documento.

7. Se realizará una discusión del tema tomando en cuenta la perspectiva particular de los autores.

8. Se someterá a revisión por el grupo de expertos (Departamento de Investigación, Hospital Juárez de México).

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Una vez teniendo la información estadística necesaria recabada desde las encuestas del IFSF y agrupadas en variables en la cédula se procederá al análisis de resultados en dos tiempos, utilizando el programa de Microsoft Excel para suma de puntajes y graficar resultados.

En el primer tiempo se establecerán las medidas de frecuencia para cada una de las variables independientes: deseo, excitación, falla orgásmica y dolor. Lo anterior nos permitirá relacionar directamente una causa (p ej. Deseo bajo) a un efecto (falla orgásmica).

En el segundo tiempo se realizará estadística de análisis multivariado lo cual nos permitirá establecer la relación directa de las variables independientes con la variable dependiente.

Una vez realizado lo anterior se habrán resuelto los objetivos generales y particulares.

Como último paso se someterán los resultados obtenidos a valoración por el comité de expertos en investigación del Hospital Juárez de México para corroborar que la metodología utilizada es la adecuada para demostrar lo planteado.

RECURSOS.

A continuación, se enumeran los recursos que se requerirán durante la elaboración e integración de este protocolo de investigación:

- Recursos humanos: únicamente el equipo de tesista y asesores previamente mencionado, así como los responsables de la revisión serán participes del proyecto.
- Recursos materiales: Se cuenta en la actualidad con los recursos materiales para desarrollar el proyecto, a decir: la estructura hospitalaria (archivo clínico), el equipo de cómputo y el software, el material de impresión y papelería.
- Recursos financieros: el proyecto no requiere financiamiento.

ASPECTOS ÉTICOS.

Por su carácter retrospectivo el proyecto no cuenta con aspectos éticos involucrados que deban ser sometidos a valoración; se trata solo del análisis, estudio, resultados y conclusiones de hechos que ya han ocurrido, en donde el observador no tiene inferencia. Por el hecho señalado en las líneas anteriores no se ha extendido una carta de consentimiento bajo información.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

Durante el desarrollo de este protocolo de investigación en ningún momento se expondrá a algún paciente ante un entorno peligroso.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

INTEGRANTES	TIEMPO (PERIODO MENSUAL 2018-2019)						
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Tesista	Elaboración de la propuesta de tesis		Corrección de la propuesta	Recolección de la información	Corrección final de la estadística	Corrección a la propuesta	Presentación final
Titular	Revisión de la propuesta		Revisión de la propuesta final		Revisión de la propuesta final.	Análisis de resultados	
Asesores	Revisión de la propuesta		Revisión de los cambios			Revisión	
Revisores		Revisión y corrección de la propuesta		Revisión de la nueva propuesta	Revisión de la propuesta final		Revisión

Existen periodos que son sujetos a cambios, los tiempos expresados en este cronograma son los máximos estimados.

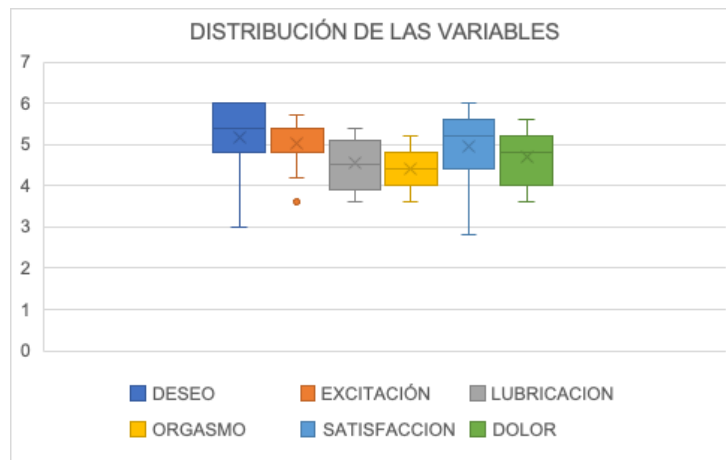
ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En el estudio se incluyeron un total de 15 pacientes a las que se les realizó el cuestionario de IFSF, los cuales fueron recabados, analizados y graficados con Microsoft Excel 2016.

#PACIENTE	AÑO DE CIRUGIA	INTERVALO	ESCOLARIDAD CUANDO SE REALIZO LA CIRUGIA	ESTADO CIVIL ACTUAL	EDAD DE REALIZACION DE CIRUGIA	DESEO	EXCITACIÓN	LUBRICACION	ORGASMO	SATISFACCION	DOLOR	TOTAL INDICE
1	2010	12 MESES	PREPARATORIA	UNION LIBRE	19	5.4	4.8	4.5	5.2	5.6	5.2	30.7
2	2011	10 MESES	PREPARATORIA	CASADA	20	5.4	5.4	5.4	5.2	5.6	5.2	32.2
3	2011	10 MESES	PREPARATORIA	UNION LIBRE	18	4.8	4.2	3.9	4.8	5.2	4.8	27.7
4	2012	11 MESES	PREPARATORIA	SOLTERA	19	5.4	5.4	5.4	4.8	5.2	5.2	31.4
5	2012	9 MESES	PREPARATORIA	UNION LIBRE	19	6	5.4	5.1	4.4	5.6	5.2	31.7
6	2013	12 MESES	PREPARATORIA	SOLTERA	18	5.4	4.8	4.8	4.8	5.2	4.8	29.8
7	2014	8 MESES	PREPARATORIA	UNION LIBRE	20	6	5.1	5.1	4.4	4.8	5.2	30.6
8	2015	8 MESES	LICENCIATURA	SOLTERA	23	3	4.2	4.5	3.6	2.8	4.8	22.9
9	2015	6 MESES	PREPARATORIA	UNION LIBRE	19	6	5.4	5.1	5.2	6	5.6	33.3
10	2016	7 MESES	PREPARATORIA	SOLTERA	19	4.8	5.1	4.8	4	5.2	4.8	28.7
11	2017	7 MESES	PREPARATORIA	SOLTERA	20	4.8	5.4	4.2	4	5.2	3.6	27.2
12	2017	12 MESES	SECUNDARIA	SOLTERA	18	3.6	3.6	3.6	3.6	4.4	3.6	22.4
13	2017	5 MESES	PREPARATORIA	UNION LIBRE	20	6	5.7	4.2	4	4.8	4.4	29.1
14	2018	7 MESES	LICENCIATURA	SOLTERA	27	5.4	5.4	3.9	4	4.4	4	27.1
15	2018	6 MESES	PREPARATORIA	SOLTERA	17	5.4	5.7	3.9	4	4.4	4	27.4
DS						0.8724	0.61272226	0.591366456	0.5656854	0.767928568	0.6319	3.154558304

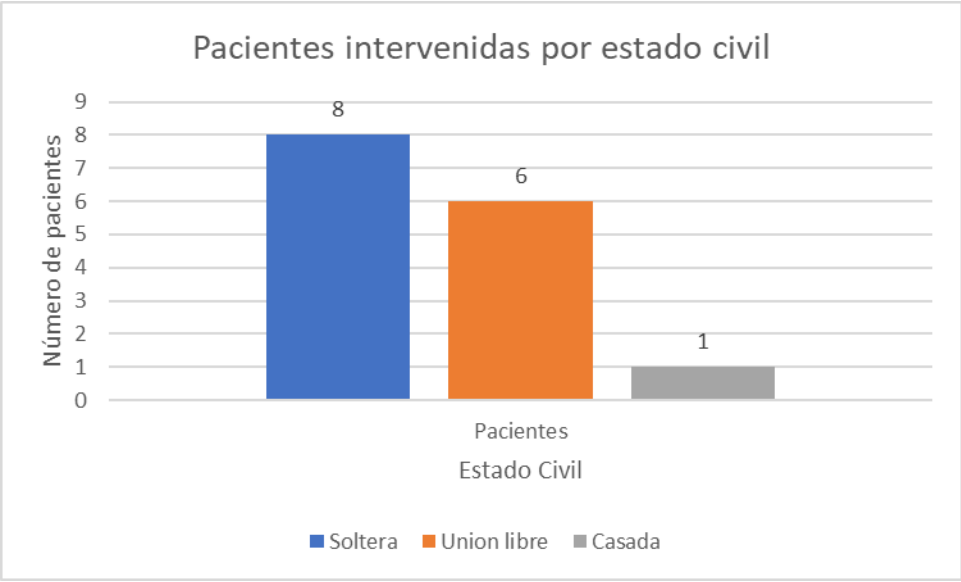
Se distribuyeron por escolaridad cuando se realizó el procedimiento en 80%(n=12) para preparatoria, 13.3% (n=2) de licenciatura y 6.6% de secundaria(n=1).

La edad promedio de realización de cirugía fue de 19 años.

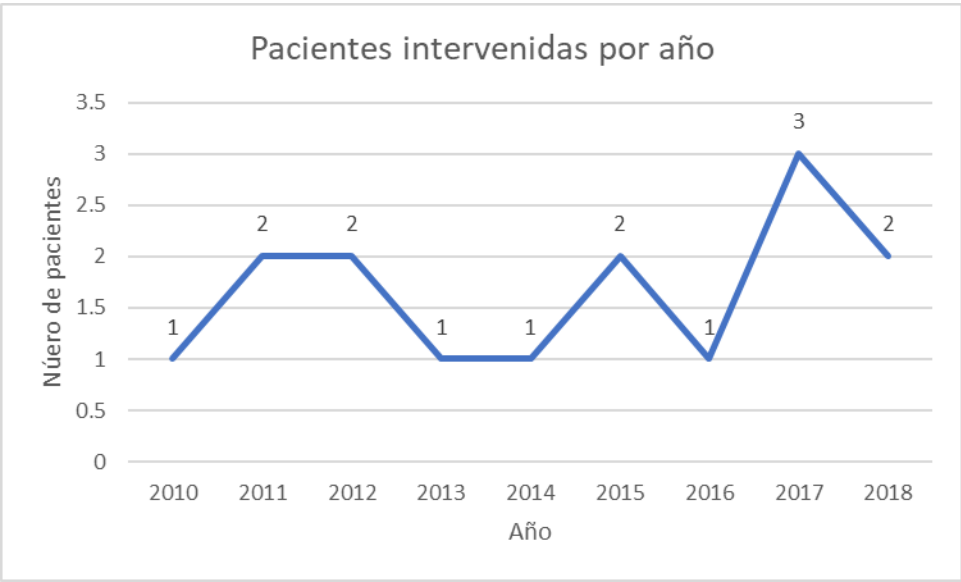


Se encuentra amplia distribución de las diferentes variables, principalmente de excitación y satisfacción.

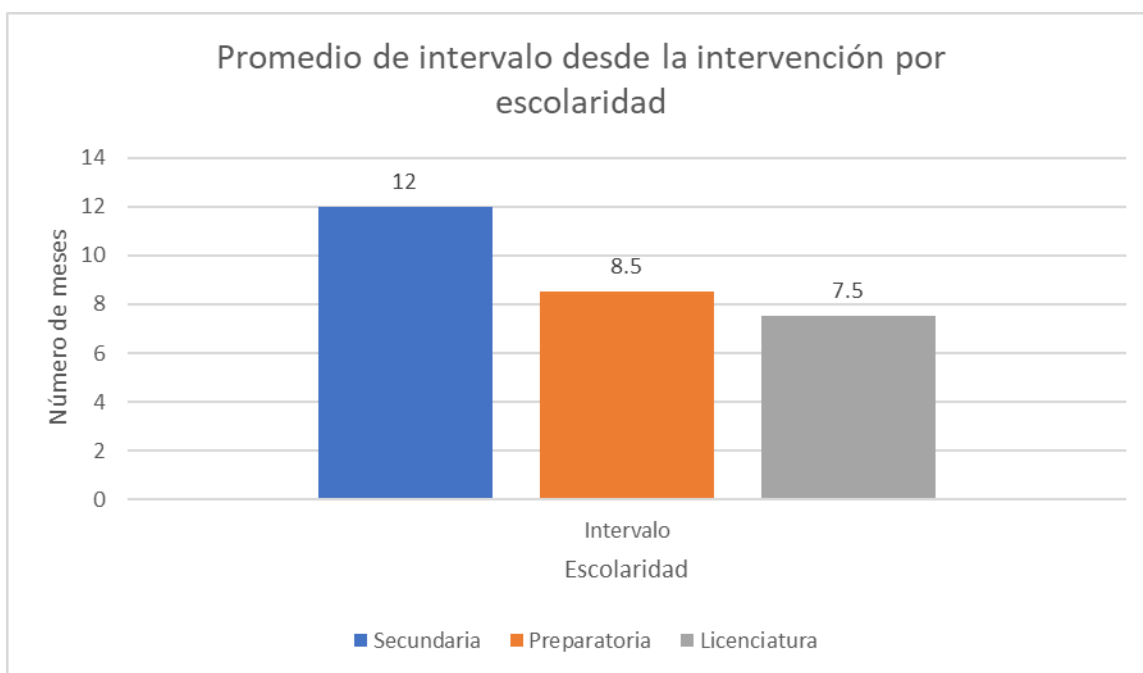
El 53.3% de las participantes se encuentran solteras, 40% en unión libre y 6.6% están casadas.



El año que más pacientes intervenidas registró fue el 2017 con tres y el resto de los años reportaron dos y una paciente intervenida.



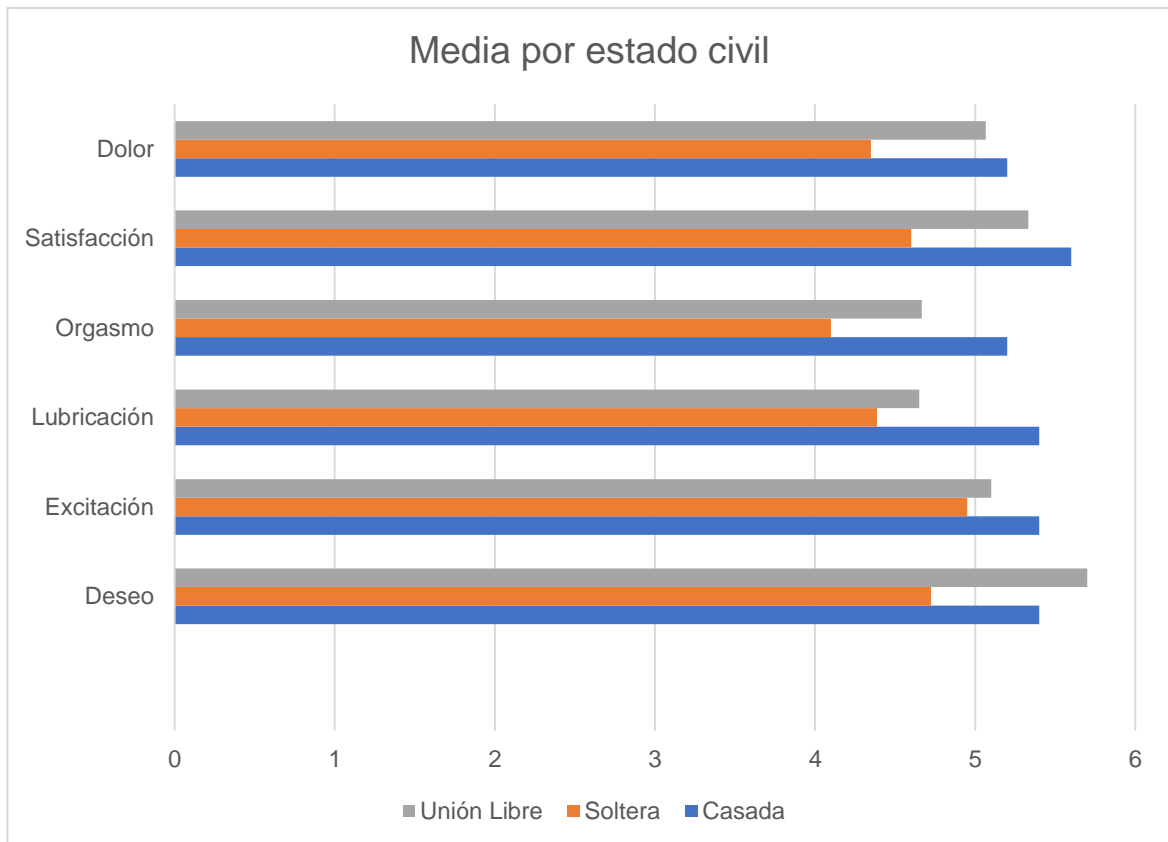
El intervalo entre la intervención y el inicio de vida sexual tuvo un promedio mayor para las pacientes con escolaridad secundaria y fue menor para aquellas con licenciatura.

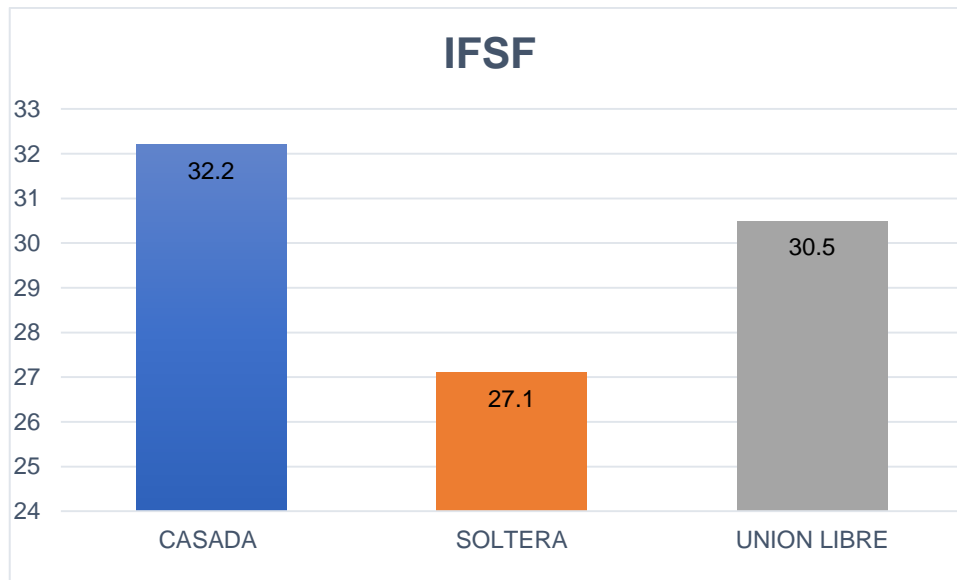


De los parámetros contenidos en el examen se estimaron el promedio, el valor máximo, mínimo y mediana.

Escolaridad	Estimador	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor
Secundaria	Promedio	3.6	3.6	3.6	3.6	4.4	3.6
	Max	3.6	3.6	3.6	3.6	4.4	3.6
	Min	3.6	3.6	3.6	3.6	4.4	3.6
	Med	3.6	3.6	3.6	3.6	4.4	3.6
Preparatoria	Promedio	5.45	5.2	4.7	4.5	5.23	4.8
	Max	6	5.7	5.4	5.2	6	5.6
	Min	4.8	4.2	3.9	4	4.4	3.6
	Med	5.4	5.4	4.8	4.6	5.2	5
Licenciatura	Promedio	4.2	4.8	4.2	3.8	3.6	4.4
	Max	5.4	5.4	4.5	4	4.4	4.8
	Min	3	4.2	3.9	3.6	2.8	4
	Med	4.2	4.8	4.2	3.8	3.6	4.4

Estado civil actual	Estimador	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor
Casada	Promedio	5.4	5.4	5.4	5.2	5.6	5.2
	Min	5.4	5.4	5.4	5.2	5.6	5.2
	Máx	5.4	5.4	5.4	5.2	5.6	5.2
	Med	5.4	5.4	5.4	5.2	5.6	5.2
Soltera	Promedio	4.725	4.95	4.3875	4.1	4.6	4.35
	Min	3	3.6	3.6	3.6	2.8	3.6
	Máx	5.4	5.7	5.4	4.8	5.2	5.2
	Med	5.1	5.25	4.35	4	4.8	4.4
Unión libre	Promedio	5.7	5.1	4.65	4.666667	5.333333	5.066667
	Min	4.8	4.2	3.9	4	4.8	4.4
	Máx	6	5.7	5.1	5.2	6	5.6
	Med	6	5.25	4.8	4.6	5.4	5.2





Para el valor total en la prueba se calculó el promedio por estado civil encontrándose que las pacientes casadas obtuvieron en promedio las calificaciones más altas (32.2) y las solteras las menores (27.1), siendo la lubricación y el orgasmo, los parámetros con menor puntaje para las pacientes.

Se observó también que las pacientes que tenían una pareja estable refieren mayor deseo, excitación y satisfacción, así como menor dolor al tener relaciones sexuales. Se encuentra también similitud en las gráficas de lubricación y orgasmo en pacientes solteras y en unión libre.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

De las 15 mujeres estudiadas, el promedio del puntaje de IFSF fue de 28.1 ± 3.15 . La máxima expresión del puntaje del IFSF se presenta en pacientes con escolaridad de preparatoria y disminuye significativamente en aquellas con escolaridad básica, cursando con mayor falla orgásmica, dispareunia, trastornos de lubricación, así como disminución del deseo e insatisfacción.

Tener pareja estable es otro factor que mejora la función sexual femenina. Se observó que la pacientes solteras presentan mayor falla orgásmica, seguida por dispareunia y trastornos de lubricación. Por otro lado, en el caso de pacientes casadas o en unión libre, se ven incrementados los valores de deseo y satisfacción sexual, los cuales se ha demostrado no sólo tienen un componente físico, sino también psicológico.

CONCLUSIONES.

El Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento sencillo de aplicar, que tiene propiedades psicométricas adecuadas y nos permite evaluar la sexualidad de la mujer posterior al tratamiento quirúrgico de neovagina, sin dejar de lado el manejo multidisciplinario y el apoyo psicológico complementario que requieren las pacientes con síndrome de Mayer-Rokitansky- Küster-Hauser, identificando el dominio afectado y permitiendo corregirlo para mejorar la vida sexual de la paciente.

Comparando nuestros resultados con estudios previos de función sexual femenina, chilenos y españoles, se concluye que la pacientes posoperadas de neovagina por síndrome de Mayer-Rokitansky- Küster-Hauser son capaces de tener una vida sexual satisfactoria, tomando como base los parámetros del estudio original de Rosen y cols. en el que un puntaje menor a 26, se considera en riesgo de disfunción sexual.

ANEXO 1.



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

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

Definiciones

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

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (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
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

DOMINIO	PREGUNTAS	PUNTAJE	FACTOR	MÍNIMO	MÁXIMO
Deseo	1-2	1-5	0.6	1.2	6
Excitación	3-6	1-5	0.3	1.2	6
Lubricación	7-10	1-5	0.3	1.2	6
Orgasmo	11-13	1-5	0.4	1.2	6
Satisfacción	14-16	1-5	0.4	1.2	6
Dolor	17-19	1-5	0.4	1.2	6
Rango Total				7.2	36

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Bean et al, **Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome: Sexuality, Psychological Effects, and Quality of Life.** J Pediatr Adolesc Gynecol (2009) 22:339e346.
- 2.- Manuel Álvarez Navarro, Elizabeth Cabrera Carranco, Ana Isabel Hernández Estrada, Xavier Aguirre Osete, **Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía relacionada con su tratamiento.** Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):473-479.
- 3.- Breech LL, Laufer MR, **Müllerian anomalies review article.** Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2009; 36(1): 47-68.
- 4.- Walch K. et al, **Functional and anatomic results after creation of a neovagina according to Wharton-Sheares-George in patients with Mayer- Rokitansky-Küster-Hauser syndrome-long-term follow-up.** Original Research Article. Fertility and Sterility 2011; 96(2): 492-97.e1.
- 5.- Fedele, L, Bianchi, S, Frontino G, Fontana E., **The laparoscopic Vecchietti's modified technique in Rokitansky syndrome: anatomic, functional, and sexual long-term results.** Am J Obstet Gynecol 2008; 98(4):377.
- 6.- Edmonds DK., **Congenital malformations of the genital tract.** Obstet Gynecol Clin North Am 2000;27(1):49-62.
- 7.- Marwah V, Bhandari SK., **Laparoscopic creation of a neovagina in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome by modification of vecchietti's procedure original research article.** J American Association of Gynecologic Laparoscopists 2001; 8(3): 416-24.
- 8.- Mazouni C. et al, **Diagnosis of Müllerian anomalies in adults: evaluation of practice.** Original Research Article Fertility and Sterility 2008; 89(1): 219-22.
- 9.- Laufer MR., **Congenital absence of the vagina: in search of the perfect solution. When, and by what technique, should a vagina be created?.** Curr Opin Obstet Gynecol 2002;14(5):441-444.
- 10.- Juan Enrique Blümel et al, **Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer.** Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(2).
- 11.- Juan Jiménez Huerta et al. **Neovagina por tracción y uso de balón expansor por abordaje laparoscópico.** Rev Hosp Jua Mex 2012; 79(3): 133-139
- 12.- Gramegna G. Sexualidad Humana. En: Heerlein A (ed.) Psiquiatría Clínica. Santiago de Chile: Ediciones World Psychiatric Association - Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2000.
- 13.- McCoy NL. **Methodological problems in the study of sexuality and the menopause.** Maturitas 1998; 29: 51-60

14.- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.

15.- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. **Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors**. JAMA 1999; 281: 537-44.

16.- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergurson D, Fourcroy J y cols. **Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications**. J Urol 2000; 163: 888-93

17.- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. **The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function**. Journal of Sex & Marital Therapy 2000; 26: 191-208