

**DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA, LA SATISFACCIÓN,  
ADAPTACIÓN FAMILIAR Y LABORAL DE LAS PACIENTES  
HISTERECTOMIZADAS EN LA CLÍNICA CAÑAVERAL DEL SEGURO SOCIAL  
DESDE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DE 2003**

**AUTOR:**

**Dr: ALEXÁNDER LUIS REYES NÚÑEZ.  
RESIDENTE III AÑO  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**Director**

**Dr: MIGUEL ANGEL ALARCÓN NIVIA.  
GINECO-OBSTETRA - EPIDEMIOLOGO  
DOCENTE GINECOLOGIA**

**Trabajo de Grado Presentado como Requisito para Optar al Título de  
Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
BUCARAMANGA  
2004**

**DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA, LA SATISFACCIÓN,  
ADAPTACIÓN FAMILIAR Y LABORAL DE LAS PACIENTES  
HISTERECTOMIZADAS EN LA CLÍNICA CAÑAVERAL DEL SEGURO SOCIAL  
DESDE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DE 2003**

**AUTOR:**

**Dr: ALEXÁNDER LUIS REYES NÚÑEZ.  
RESIDENTE III AÑO  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**Director:**

**Dr: MIGUEL ANGEL ALARCÓN NIVIA.  
GINECO-OBSTETRA - EPIDEMIOLOGO  
DOCENTE GINECOLOGIA**

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

**2004**

## CONTENIDO

	<b>Pág</b>
INTRODUCCION	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVO	11
GENERAL	11
ESPECIFICOS	11
1. MARCO TEORICO	13
1.1 INDICACIONES PARA HISTERECTOMÍA	14
1.1.1 Leiomiomas	14
1.1.2 Hemorragia Uterina Disfuncional	15
1.1.3 Dismenorrea Resistente al Tratamiento	15
1.1.4 Dolor Pélvico	16
1.1.5 Neoplasia Cervical Intraepitelial	16
1.1.6 Prolapso Genital	17
1.1.7 Urgencias Obstetricas	17
1.1.8 Enfermedad Inflamatoria Pelvica	17
1.1.9 Endometriosis	18
1.1.10 Cáncer	18
1.1.11 Tumor Ovarico Benigno	18
1.2 HISTERECTOMIA VAGINAL Vs ABDOMINAL	19
1.3 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA HISTERECTOMÍA	20
1.3.1 Infecciones de la Herida Quirúrgica	20
1.3.2 Hemorragia	20

	Pág
1.3.3 Lesion Ureteral	20
1.3.4 Fistula Vesicovaginal	21
1.4 ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA HISTERECTOMÍA	21
1.4.1 Depresión	21
1.4.2 Sexualidad	22
1.4.3 Calidad de Vida	23
2. PROPÓSITO	25
2.1 HIPÓTESIS ALTERNA	25
2.2 HIPÓTESIS NULA	25
2.3 MUESTRA	25
2.4 VARIABLES	25
3. METODOLOGÍA	26
3.1 DISEÑO	26
3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
3.4 PROCEDIMIENTO	26
3.5 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	27
3.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	28
4.1 DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Cuál fue la causa de que motivó la histerectomía?	29
Tabla 2. Se le extirparon los ovarios durante la histerectomía?	30
Tabla 3. Cuánto tiempo hace que se le practicó la cirugía?	31
Tabla 4. A qué edad se le practicó la cirugía?	32
Tabla 5. Por qué vía se le practicó la cirugía	33
Tabla 6. Después de la cirugía presentó alguna complicación por la que tuvo que ser hospitalizada nuevamente?	34
Tabla 7. Cuál de las siguientes complicaciones presentó	35
Tabla 8. Resolvió la histerectomía los problemas o síntomas que presentaba antes de ella?	36
Tabla 9. Los resultados de la cirugía fueron	37
Tabla 10. Su salud ahora, en comparación con antes de la cirugía es	39
Tabla 11. En este momento diría usted que está	39
Tabla 12. Su recuperación después de la cirugía ha sido	40
Tabla 13. La frecuencia de las relaciones sexuales después de la histerectomía	41
Tabla 14. La satisfacción sentida durante el coito después de la histerectomía	42
Tabla 15. Cuál de los siguientes problemas relacionados con la actividad sexual ha sido el más frecuente después de la cirugía	43
Tabla 16. La histerectomía que se le practicó fue	44
Tabla 17. Después de la histerectomía, su vínculo marital	45
Tabla 18. En caso de que haya sido positiva la respuesta, cuánto tiempo después de la cirugía ocurrió la separación?	46

	Pág
Tabla 19. La hysterectomía que se le practicó, mejoró la empatía hacia:	46
Tabla 20. La hysterectomía que se le practicó, empeoró la empatía hacia:	47
Tabla 21. La hysterectomía que se le practicó, mejoró el entorno social que compartía con	48
Tabla 22. La hysterectomía que se le practicó empeoró el entorno social que compartía con	49
Tabla 23. Qué tiempo tardó en realizar nuevamente sus labores cotidianas después de la cirugía	50
Tabla 24. Después de la hysterectomía presenta alguna limitación física o incapacidad para realizar sus labores cotidianas	51
Tabla 25. Antes de la cirugía presentaba algunos de los siguientes síntomas	51
Tabla 26. Después de la cirugía se incrementó algunos de los siguientes síntomas	52
Tabla 27. Síntomas antes vs síntomas después : Valor $P < 0.05$	53
Tabla 28. Después de la cirugía presentó algún síntoma de cansancio o fatiga que le impidiera realizar lo que usted deseaba	54
Tabla 29. Considera usted que su médico tratante antes de la cirugía resolvió	55
Tabla 30. Está tan satisfecha usted con los resultados de la cirugía que le recomendaría a otra paciente en su misma situación, que se practicara la hysterectomía	56

## LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Cuál fue la causa de que motivó la histerectomía?	29
Figura 2. Se le extirparon los ovarios durante la histerectomía?	30
Figura 3. Cuánto tiempo hace que se le practicó la cirugía?	31
Figura 4. A qué edad se le practicó la cirugía?	32
Figura 5. Por qué vía se le practicó la cirugía	33
Figura 6. Después de la cirugía presentó alguna complicación por la que tuvo que ser hospitalizada nuevamente?	34
Figura 7. Cuál de las siguientes complicaciones presentó	35
Figura 8. Resolvió la histerectomía los problemas o síntomas que presentaba antes de ella?	36
Figura 9. Los resultados de la cirugía fueron	37
Figura 10. Su salud ahora, en comparación con antes de la cirugía es	38
Figura 11. En este momento diría usted que está	39
Figura 12. Su recuperación después de la cirugía ha sido	40
Figura 13. La frecuencia de las relaciones sexuales después de la histerectomía	41
Figura 14. La satisfacción sentida durante el cóito después de la histerectomía	42
Figura 15. Cuál de los siguientes problemas relacionados con la actividad sexual ha sido el más frecuente después de la cirugía	43
Figura 16. La histerectomía que se le practicó fue	44
Figura 17. Después de la histerectomía, su vínculo marital	45
Figura 18. La histerectomía que se le practicó, mejoró la empatía hacia:	47
Figura 19. La histerectomía que se le practicó, empeoró la empatía hacia:	48

	Pág
Figura 20. La histerectomía que se le practicó, mejoró el entorno social que compartía con	49
Figura 21. Qué tiempo tardó en realizar nuevamente sus labores cotidianas después de la cirugía	50
Figura 22. Antes de la cirugía presentaba algunos de los siguientes síntomas	52
Figura 23. Después de la cirugía se incrementó algunos de los siguientes síntomas	53
Figura 24. Síntomas antes vs síntomas después : Valor $P < 0.05$	54
Figura 25. Después de la cirugía presentó algún síntoma de cansancio o fatiga que le impidiera realizar lo que usted deseaba	55
Figura 26. Considera usted que su médico tratante antes de la cirugía resolvió	56

## RESUMEN

### TITULO

“DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA, LA SATISFACCIÓN, LA ADAPTACIÓN FAMILIAR Y LABORAL DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN LA CLÍNICA CAÑAVERAL DEL ISS DESDE ENERO DE 1999 HASTA DICIEMBRE DE 2003”. \*

### AUTOR

Dr: ALEXÁNDER LUIS REYES NÚÑEZ. \*\*

### COAUTOR

Dr: MIGUEL ANGEL ALARCÓN NIVIA.

### PALABRAS CLAVES

Histerectomía, satisfacción, calidad de vida

### CONTENIDO

Estudio descriptivo, de corte transversal. La muestra son 200 pacientes que reúnen los criterios de inclusión. La información fue suministrada telefónicamente por las pacientes utilizando un cuestionario diseñado para evaluar los aspectos mencionados.

La miomatosis sigue siendo la causa mas frecuente de histerectomía.

Solo el 28 % de las pacientes conoce con certeza que se les practicó ooforectomía y llama la atención que un 15% lo desconoce.

La vía abdominal sigue siendo la mas frecuente, pero es la vaginal la que no presenta complicaciones en este estudio. La frecuencia de complicaciones no excede lo documentado en la literatura.

Las pacientes después del procedimiento se adaptaron normalmente a su ambiente familiar, social y laboral.

Existe un número considerado de pacientes (58,7 %) que después del procedimiento presenta problemas relacionados con la actividad sexual; sin embargo el 99,5% recomendarían a otra paciente con los mismos síntomas que se practicara la cirugía.

-Incentivar el diligenciamiento del consentimiento informado que explique riesgos, beneficios y tratamiento alternativos.

-Debe reforzarse el seguimiento posquirúrgico de la paciente a largo plazo.

-Mediante documento escrito dejar constancia del tipo de procedimiento, la causa y recomendaciones a la paciente.

-Continuar este estudio con la participación del psiquiatra , comparándolo con controles y teniendo en cuenta la opinión del compañero de la paciente.

-Hacer participe de la valoración prequirúrgica al psiquiatra y/o psicólogo.

---

\* Tesis de Grado

\*\* Residente III año Especialización Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. UIS

## SUMMARY

### TITLE

“DESCRIPTION OF THE CLINICAL EVOLUTION, SATISFACTION, THE FAMILIAR AND LABOR ADAPTATION OF THE PATIENTS WHO WERE WENT TO THE HYSTERECTOMY AT THE CAÑAVERAL CLINIC FROM THE I.S.S. SINCE JANUARY 1999 TO DECEMBER 2003”. \*

### AUTHOR

Dr: ALEXÁNDER LUIS REYES NÚÑEZ. \*\*

### COAUTHOR

Dr: MIGUEL ANGEL ALARCÓN NIVIA.

### KEY WORDS

Histerectomy, satisfaction, quality of life

### CONTENT

Descriptive study, of transversal cut. The sample are 200 patients who join the inclusion criterion. The information was collected by telephone from the patients using a test designed to evaluate the mentioned topics.

Still the myomas are the most frequent cause of hysterectomy.

Only the 28% from the patients knows certainly if the oophorectomy was practiced about them and the 15% from them do not know. Still the abdominal way is the most frequent, but the vaginal way do not present complications in this study. The frequency of the complications do not exceed that the literature shows. After the procedure the patients adapted normally at the familiar, social and labor ambient. There are an important amount of patients (58,7%) that after the procedure present some problems about the sexual activity; however the 99,5% recommended the hysterectomy to any patient with the same problems.

To incentive the accomplishment of the informed consent and explains the risks, benefits and alternative treatments. Through the writing document the doctor must make constancy of the procedure, cause and recommends to the patients. Following post – surgical of the patients must be reinforced. This study must be continued with the psychiatrist, making comparison with controls and paying attention to the partner's opinion. The pre – surgical evaluation must include the visit to the psychiatrist or psychologist.

---

\* Tesis de Grado

\*\* Residente III año Especialización Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. UIS

## INTRODUCCION

Puesto que la histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico de mayor frecuencia, después de la cesárea; con un promedio aproximado de 600000 al año en Estados Unidos, es fundamental por parte del médico pretender evaluar si ésta afecta la calidad de vida de la paciente y de que manera lo hace.

Ya desde tiempo atrás existen diversos estudios que manifiestan que la extracción del útero ocasiona preocupación en la paciente comparado con la extracción de otros órganos intraabdominales. Además diversos autores nos muestran como la paciente después de la cirugía presenta síntomas como por ejemplo depresión, irritabilidad, fatiga, entre otros.

Existe controversia si realmente la actividad sexual de la paciente mejora con la histerectomía o no, pero lo que si es claro en la mayor parte de los estudios es que los síntomas que produjeron la histerectomía se redujeron o desaparecieron en el mejor de los casos.

En nuestra región no existe publicado aún un estudio que evalúe la calidad de vida de las pacientes sometidas a histerectomía por lo que éste trabajo sería de gran ayuda para nuestras futuras pacientes.

## JUSTIFICACIÓN

Definitivamente la histerectomía influye positiva o negativamente en la vida de la paciente. La histerectomía practicada por diversas causas pudiera influir en aspectos como las labores diarias e incluso comprometer su estado de ánimo (depresión posquirúrgica) y en otros casos afectando la convivencia marital ya que en ocasiones se ven alteradas las relaciones sexuales en la pareja.

En vista de que no existe aún un primer estudio en nuestra región que nos indique cuáles serían los aspectos que mas se afectan en la vida de nuestras pacientes histerectomizadas, éste estudio será de gran ayuda ya que permitiría acceder de una manera óptima a eso que llamamos “relación médico – paciente” y brindarles a nuestras futuras pacientes la oportunidad de que se satisfagan todas las inquietudes que pudieran tener acerca del estado postquirúrgico.

## **OBJETIVO**

### **GENERAL**

Caracterizar la evolución clínica, la satisfacción, adaptación familiar y laboral de las pacientes después de la realización de la histerectomía en la Clínica Cañaverl del Seguro Social desde enero de 1999 a diciembre de 2003

### **ESPECIFICOS**

- Determinar dentro del grupo de pacientes la causa más frecuente por la cual se le practicó la histerectomía y establecer la vía más frecuente por la que se llevó a cabo el procedimiento.
- Evaluar el grado de ajuste de la paciente postquirúrgica a la vida familiar y laboral.
- Identificar el porcentaje de pacientes que retornaron a sus actividades cotidianas después del procedimiento quirúrgico.
- Evaluar la influencia de la histerectomía sobre las relaciones sexuales.
- Establecer cuál fue el tiempo promedio en el que la mayoría de las pacientes retornó a sus actividades cotidianas.
- Determinar el número de pacientes que siendo sometidas a ooforectomía saben con certeza el tratamiento efectuado.
- Identificar el número de pacientes que presentó depresión postquirúrgica.

- Determinar las complicaciones postquirúrgicas, tempranas o tardías más frecuentes.
- Establecer en que porcentaje de casos el médico tratante respondió satisfactoriamente las inquietudes de la paciente antes de la cirugía.
- Determinar el rango de edad promedio de la paciente al momento de la cirugía.
- Evaluar el número de pacientes que recomendarían la cirugía a otra paciente en su misma situación, por estar satisfecha con los resultados

## 1. MARCO TEORICO

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos efectuados más a menudo; después de la operación cesárea, ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores más frecuentes en Estados Unidos (1). En 1965 se efectuaron 426000 Histerectomías en el país mencionado, con una duración promedio de estancia en el hospital de 12,2 días. Este número llegó a su máximo en 1985, año en que se informaron 724000 procedimientos con una disminución de la estancia en el hospital a 9,4 días. Desde esa época ha disminuido el número de histerectomías, y en 1991 se efectuaron solo 544000 en Estados Unidos, con una duración promedio de estancia en el hospital de 4,5 días. De éstas 544000 histerectomías 408000 (75%) se efectuaron por vía abdominal y 136000 (25%) por vía vaginal (2,3). Por medio de las tasas de histerectomías específicas de edad en 1987 y las proyecciones de población calculadas por el U.S. Census Bureau, se planea efectuar 824000 histerectomías en el año del 2005 (4,5).

La tasa de histerectomías efectuadas en Estados Unidos ha variado entre 6,1 y 8,6 por mil mujeres de todas las edades; las de 20 a 49 años constituyeron el grupo más grande de la población femenina que se sometió al procedimiento. La edad promedio de las que se sujetan al procedimiento es de 42,7 años y la mediana de 40,9 años y se ha conservado constante durante los dos últimos decenios. Cerca del 75% de todas las histerectomías se efectúan en mujeres de 20 a 49 años de edad. Las tasas de este procedimiento quirúrgico varían según la región del país. La tasa global más elevada se produce en los estados del sur; en los que tienden a ser más elevada para las mujeres de 15 a 44 años de edad. Las tasas más bajas se han conservado sostenidamente en la porción del Noreste de Estados Unidos. La histerectomía se efectúa con mayor frecuencia en mujeres

Afroamericanas que Caucásicas, y mas a menudo el procedimiento lo efectúan ginecólogos del sexo masculino que del sexo femenino (6,7).

## 1.1 INDICACIONES

La principal indicación para efectuar la histerectomía son los leiomiomas uterinos. Como cabe esperar difiere según la edad de la paciente (8); por ejemplo, en tanto que la relajación pélvica es la causa de 16% de las histerectomías, este diagnóstico es la base de 33% de ellas en mujeres mayores de 55 años de edad.

**1.1.1 Leiomiomas.** Los leiomiomas uterinos son los tumores pélvicos mas frecuentes en la mujeres; por tanto, el trastorno es causante de gran número de histerectomías (8). La necesidad de practicarlas por leiomiomas uterinos deberán considerarse solo en la pacientes que no desean tener mas hijos. Por lo demás el tratamiento quirúrgico indicado es la miomectomía. La decisión de efectuar histerectomía por miomectomía suele basarse en la necesidad de tratar síntomas como hemorragia uterina anormal, dolor o presión pélvica. Otras indicaciones para la intervención han incluido el aumento “rápido” del tamaño uterino (aunque este aspecto esté mal definido), compresión uretral o crecimiento después de la menopausia. Hace poco se puso en duda el concepto del “crecimiento rápido” (9), porque éstas pacientes no han demostrado con claridad tener trastornos malignos mas aún, no existe una definición claramente reproducible de “crecimiento rápido”. La indicación de extirpar el útero por alcanzar cierto tamaño se discute con amplitud. Algunos investigadores sugieren que si éste llega al tamaño de 12 semanas de gestación o más deberá resecarse, aunque sea asintomático. Entre los motivos que se ofrecen para una intervención de ésta clase están, incapacidad para palpar los ovarios durante la exploración bimanual y la suposición de que conforme aumenta de tamaño, se incrementa la morbilidad de la histerectomía. Sin embargo, las lesiones malignas son raras en pacientes premenopaúsicas y la palpación de los anexos no es posible en muchas cuyos ovarios tienen tamaño normal.

Si los procedimientos se efectúan por vía abdominal no se encuentran diferencias en la morbilidad quirúrgica entre pacientes con útero del tamaño de 12 semanas de gestación y las que lo tienen de 20 semanas (10).

Los datos disponibles sugieren con firmeza que la histerectomía por miomas debe considerarse solo en pacientes sintomáticas que no desean tener mas hijos (10). Las que tienen grandes miomas pueden tratarse previamente, a fin de reducir el tamaño uterino, con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (11).

**1.1.2 Hemorragia Uterina Disfuncional.** La hemorragia uterina disfuncional es la indicación para efectuar cerca del 20% de las histerectomías. Como suele deberse a anovulación, se puede controlar mediante intervenciones médicas con progestágenos, y estrógenos, combinación de un progestágeno y un estrógeno, anticonceptivos orales o agentes antiinflamatorios no esteroideos. En la mayoría de las pacientes la hemorragia no requiere de tratamiento, a menos que produzca anemia o sea excesiva. En las que tienen mas de 35 años de edad siempre deberán obtenerse muestras endometriales antes de la histerectomía.

Por lo tanto, la histerectomía deberá reservarse para las pacientes que no reaccionan o no toleran el tratamiento médico. En pacientes seleccionadas se debe considerar otras alternativas a la histerectomía (ablación endometrial) ya que tal operación puede justificar el costo y tienen una tasa menor de morbilidad (12).

**1.1.3 Dismenorrea Resistente al Tratamiento.** Cerca de 10% de las mujeres adultas quedan incapacitadas hasta durante tres días al mes por dismenorrea. Este trastorno se puede tratar con agentes antiinflamatorios no esteroides aisladamente o en combinación con anticonceptivos orales. Rara vez se requiere histerectomía para tratar la dismenorrea primaria. En pacientes que experimentan el tipo secundario primero deben tratarse el trastorno subyacente (p.ej.,

leiomiomas, endometriosis). Los agentes antiinflamatorios no esteroideos pueden ser eficaces. Solo si fracasa el tratamiento médico o la paciente no desea conservar la fertilidad se considerará la necesidad de efectuar histerectomía (13).

**1.1.4 Dolor Pélvico.** En una revisión de 418 mujeres en las que se efectuó histerectomía por diversos trastornos no malignos, 18% tenía dolor pélvico crónico y solo se efectuó laparoscopia en 66% de ellas. Después del procedimiento se produjo una reducción importante de los síntomas acompañada de mejoría en la calidad de vida de la paciente (14). Stovall y colaboradores revisaron los casos de 104 pacientes que se sometieron a histerectomías por dolor pélvico crónico que se consideraba de origen uterino. Las pacientes se vigilaron durante una media de 21,6 meses después de histerectomía, y se observó que 78% habían experimentado mejoría de su dolor (15). Sin embargo, 22% no manifestaron mejoría o incluso sufrieron exacerbación del dolor. La histerectomía debe efectuarse sólo en las pacientes que tienen dolor de origen uterino que no reaccionan a las medidas terapéuticas no quirúrgicas.

**1.1.5 Neoplasia Cervical Intraepitelial.** Antes se efectuaba histerectomía como tratamiento primario en caso de neoplasia cervical intraepitelial. Sin embargo, la profundidad máxima de la displasia a nivel de la unión escamocolumnar es de 5.2 mm; 99,7% de las displasias (incluido el carcinoma in situ) están localizadas dentro de los 3.8 mm de profundidad desde la superficie epitelial. Por tanto, para tratar la enfermedad pueden ser eficaces medidas terapéuticas más conservadoras, como crioterapia o procedimiento de resección electroquirúrgica con asa (LETZ), lo que en la mayoría de las mujeres con dichos trastornos vuelve innecesaria la histerectomía. Esta última es una opción terapéutica apropiada en las pacientes con displasia recurrente de alto grado que no desean preservar la fertilidad; incluso después de la histerectomía, sin embargo, se encuentran en peligro incrementado de neoplasia vaginal intraepitelial (16).

**1.1.6 Prolapso Genital.** La histerectomía por prolapso genital sintomático constituye el 15% de las efectuadas en Estados Unidos (16). A menos que haya un trastorno acompañante que requiera incisión abdominal, la histerectomía vaginal es el caso preferido para el prolapso genital. De manera característica, el prolapso uterino no es proceso aislado y se acompaña más a menudo por diversos defectos del sostén pélvico. Cada defecto debe corregirse para volver óptimo los resultados quirúrgicos y disminuir las posibilidades de desarrollo futuros de estos defectos.

**1.1.7 Urgencias Obstetricas.** La mayor parte de las histerectomías de urgencia se efectúan a causa de hemorragia posparto debida a atonía uterina. Entre otras indicaciones se encuentra ruptura del útero que no se puede reparar o absceso pélvico que no reacciona al tratamiento médico. En pacientes con placenta accreta o increta puede requerirse histerectomía (16).

**1.1.8 Enfermedad Inflamatoria Pelvica.** No deben resecarse útero, trompas y ovarios en una paciente que tiene enfermedad inflamatoria pélvica a menos que no haya reaccionado al tratamiento antibiótico intravenoso. Que se proceda con tratamiento quirúrgico conservador, drenaje de absceso o resección de órganos es una decisión subjetiva que debe basarse en la paciente específica. Si algunos abscesos pélvicos son accesibles, puede drenarse con buenos resultados mediante drenaje percutáneo y catéter guiado con ultrasonografía o tomografía computarizada (TAC).

También se requiere intervención quirúrgica si se encuentra signos abdominales agudos relacionados con peritonitis y signos de sepsis en presencia de un absceso tuboovárico roto. En la paciente que desea tener más hijos deberá prestarse consideración a la anexectomía unilateral o a la bilateral parcial sin histerectomía. En aquellas en que se requiere anexectomía bilateral se puede dejar el útero en su sitio para la posible donación de óvulos y la fecundación in Vitro (16).

**1.1.9 Endometriosis.** Los procedimientos médicos y quirúrgicos conservadores son, por lo general, medidas terapéuticas de utilidad para la endometriosis. Por tanto, deberá efectuarse anexectomía con hysterectomía o sin ella sólo en las pacientes que no reaccionen al tratamiento quirúrgico conservador (resección o supresión de los implantes endometriósicos) o al tratamiento médico. La mayoría de las pacientes con endometriosis que requieren hysterectomía tienen dolor pélvico incontrolable o dismenorrea. Otras situaciones menos frecuentes son las de las pacientes que no desean tener más hijos y que experimentan endometriosis que afectan a otros órganos pélvicos, como uréter o colon (16)

**1.1.10 Cáncer.** La hysterectomía se utiliza en el tratamiento de los estados iniciales del cáncer de cervix, endometrio, ovarios y en cánceres pélvicos no ginecológicos para evitar que ocurran metástasis.

Las metástasis a sitios no ginecológicos pueden producir síntomas que requieren hysterectomía. Como procedimiento primario deberá considerarse la necesidad de efectuar hysterectomía con salpingooforectomía bilateral en las pacientes con carcinoma colorrectal, por que se encuentran en peligro de experimentar cánceres pélvicos sincrónicos o metástasis ocultas (16).

**1.1.11 Tumor Ovarico Benigno.** Los tumores ováricos benignos que son resistentes o sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico. Desde luego, si la paciente desea conservar la capacidad de tener hijos deberá preservar el útero. Si la conservación de la fertilidad no es un problema, sin embargo, o la paciente es peri o posmenopáusica, deberá decirse si es conveniente o no reseca el útero. Gambone y colaboradores revisaron los casos de 100 pacientes que se sometieron a anexectomía más hysterectomía por enfermedad benigna de los anexos, y las compararon con aquellas que constituían un grupo de riesgo semejante y que se sometieron a anexectomía sin hysterectomía por la misma indicación (17). No se observó un incremento importante de la morbilidad

operatoria, pérdida de sangre estimada y duración de la estancia en el hospital en las pacientes en las que se efectuó histerectomía.

## **1.2 HISTERECTOMIA VAGINAL Vs ABDOMINAL**

La proporción entre histerectomías abdominales y vaginales no ha cambiado en grado importante durante los últimos 20 años: cerca de 75% de los procedimientos son abdominales. No se cuentan con criterios específicos que puedan aplicarse para determinar la vía por la que debe efectuarse la histerectomía. Esta vía deberá individualizarse en cada paciente.

Los riesgos y resultados de las histerectomías abdominal y vaginal se compararon en un gran estudio multicéntrico retrospectivo efectuado por los U.S. Centers for Disease Control entre 1978 y 1981. El estudio abarcó a 1851 pacientes de 15 a 44 años de edad, a las que se efectuó histerectomía por trastornos ginecológicos benignos (568 por vía vaginal y 1283 por vía abdominal). La tasa global de complicaciones fue de 24,5% en el caso de la histerectomía vaginal, en comparación con 42,8% mujeres en el caso de la abdominal. El riesgo de morbilidad febril fue de 2,1 veces mayor en el caso de la histerectomía abdominal que en el de la vaginal, y el riesgo de transfusión fue de 1,9 veces mayor cuando la operación fue abdominal. Kovac y colaboradores practicaron 617 histerectomías, 548 por vía vaginal; asistencia laparoscópica en 63 pacientes y se requirió acceso abdominal en solo 6 de ellas. En todo lo posible, el criterio preferido debiera ser la histerectomía vaginal por todo lo anotado previamente. (18)

## **1.3 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA HISTERECTOMÍA**

**1.3.1 Infecciones de la Herida Quirúrgica.** Después de la histerectomía abdominal, en 4 a 6% se producen infecciones en las heridas quirúrgicas. Las medidas que reducen la incidencia de infección del sitio operatorio consisten en

utilizar antibióticos profilácticos, retirar el pelo púbico con tijeras, emplear cubiertas adhesivas (16)

**1.3.2 Hemorragia.** La hemorragia que ocurre justo después de la histerectomía se puede presentar de dos maneras: en primer lugar el personal de enfermería o el médico observarán salida de sangre por la vagina dentro de las pocas horas siguientes a la operación. En segundo lugar, y con menos frecuencia, se observa que la paciente presenta hemorragia escasa por la vagina pero que se deterioran los signos vitales de la paciente.

En la primera presentación la hemorragia suele ser proveniente de la cúpula vaginal o de uno de los pedículos; mientras que en la segunda puede indicar hemorragia retroperitoneal. Cada situación se afronta de manera diferente pero en ambos casos se aplican los mismos principios de diagnóstico rápido, estabilización de los signos vitales, restitución apropiada de los líquidos y sangre; y vigilancia constante del estado general de la paciente (16).

**1.3.3 Lesion Ureteral.** Deberá sospecharse obstrucción ureteral en las pacientes con dolor en el flanco que se desarrolla poco después de la histerectomía. La incidencia de lesión ureteral es mas baja cuando se efectúa histerectomía vaginal que cuando ésta es abdominal. En la paciente que se sospeche obstrucción ureteral se deberá efectuar urografía excretora. Si se comprueba obstrucción, la primera medida que debe intentarse es pasar un catéter a través del uréter por visión cistoscópica (Urólogo) y si se puede pasar se deja por lo menos 4 a 6 semanas para permitir que se absorban los puntos y se libere la obstrucción o se corrija el doblez del uréter . Si no se puede pasar el catéter se debe reparar el uréter en el sitio donde se encuentra la obstrucción (16).

**1.3.4 Fistula Vesicovaginal.** Las fístulas vesicovaginales son mas frecuentes después de histerectomía abdominal total con una incidencia de 0,2%. Las

recomendaciones para que no se presenten estas fístulas son identificar correctamente el plano apropiado entre vejiga y cuello uterino, disección de la vejiga mediante instrumento cortante y no romo y cuidado al pinzar y suturar la cúpula vaginal (16).

#### **1.4 ASPECTOS SICOSOMÁTICOS DE LA HISTERECTOMÍA**

Paciente y médico deben tomar en conjunto la decisión de proceder con la histerectomía. En el caso de muchas pacientes la decisión de que se efectúe la histerectomía puede ser repentina. Afrontan los riesgos potenciales de la anestesia y la intervención quirúrgica y, si son premenopáusicas, deben hacer frente también a la pérdida de la menstruación y a la capacidad de procrear.

Muchas mujeres se preocupan de que el procedimiento origine pérdida de la feminidad, disminución de la satisfacción sexual o aumento de los problemas interpersonales con sus cónyuges. La preocupación por la pérdida de las vías reproductivas es mayor que la relacionada con la pérdida de otros órganos intraabdominales. Es esencial ofrecer consejo y preparación preoperatorios adecuados para volver mínima la posibilidad de que la paciente tenga malos resultados.

**1.4.1 Depresión.** La variación en las reacciones de las mujeres a la histerectomía es muy grande. En la mayor parte de los estudios se sugiere que hay pocas pruebas de que la histerectomía incremente el riesgo de depresión; aunque existen algunos autores que indican lo contrario; es decir que las pacientes si presentan un mayor índice de síntomas psiquiátricos después de la histerectomía (Richards 1973). Sin embargo algunos autores indican que hay disminución de los síntomas después de la histerectomía (Lalinec-Michaud 1988). No se ha podido dilucidar bien el impacto que tiene la histerectomía sobre el desarrollo de depresión porque la mayor parte de los estudios son retrospectivos y no están bien controlados para la depresión preoperatoria (16).

En 1999 en Caracas se presentó un estudio prospectivo que evaluaba parámetros de depresión antes de la cirugía y después de ésta encontrando que el 20% de las pacientes presentaban depresión antes del procedimiento y después de éste aumento a 26,7%. Estos resultados fueron comparables

con el grupo control que presentaban depresión pre histerectomía de 18,8% y post histerectomía de 25% (19). Dentro de los síntomas depresivos más comunes se encuentran: ideas negativas, cefalea, vértigo, irritabilidad, tristeza, insomnio, cansancio, fatiga, preocupaciones, pérdida de la memoria, entre otras de menor frecuencia.

Las pacientes que experimentaron ansiedad preoperatoria moderada evolucionan mucho mejor después de operarse que las que tienen poca ansiedad o ninguna. Tanto los retrasos prolongados de la cirugía como el tiempo muy breve antes de efectuarla aumentan la ansiedad de las pacientes. Por tanto, es necesario programarlas para cirugía con tiempo a fin de evitar éste problema (19).

**1.4.2 Sexualidad.** La incidencia de disfunción sexual después de la histerectomía oscila entre un 10 – 40% según algunos estudios. Algunas pacientes informan disminución de la libido después de la histerectomía, en tanto que otras sugieren incremento gracias a que se reduce el miedo a un embarazo no deseado. Humphries en 1980 encontró que la mayoría de las pacientes no experimentaban cambios de prácticas sexuales después de la histerectomía en tanto que otros autores habían informado lo contrario.(16).

Muchos reportes tempranos indican que la disfunción sexual es la principal causa de insatisfacción después de la histerectomía. Bernhard (1992) reportó que aunque a los 3 meses después de la histerectomía mas salpingooforectomía bilateral existían un gran número de pacientes con resultados positivos en su sexualidad, a los 2 años ésta tasa ya no era tan alta; probablemente como

resultado de la deficiencia hormonal no tratada. De ahí que Khastgir y Studd (2000) decidieron continuar con la suplencia hormonal y por eso no hubo detrimento en la sexualidad (20).

**1.4.3 Evaluación Postquirúrgica.** La evaluación postquirúrgica de la paciente después de la histerectomía debe incluir la satisfacción que presenta en aspectos como por ejemplo el desenvolvimiento social, familiar, sexual y productivo.

Khastgir y Studd (2000) condujeron un estudio en el que evaluaban a 200 pacientes antes y dos años después de la histerectomía, con o sin ooforectomía y quienes recibieron terapia de restitución hormonal bien sea con estradiol o con testosterona; encontrando que el 77,4% de las pacientes tenía una visión positiva hacia la histerectomía, el 87,1% hacia la ooforectomía bilateral y el 76,3% hacia el reemplazo hormonal. La tasa de satisfacción fue positiva en el 88,7% de las pacientes, la resolución completa de los síntomas fue en el 77,9% (20).

En cuanto al centro donde se llevó a cabo el procedimiento, existe un mayor grado de satisfacción por las pacientes si la cirugía se practicó en una institución de carácter privado que si ésta se hizo en un centro universitario; sin embargo el mejoramiento de los síntomas es muy similar en ambos grupos de pacientes 98% para las pacientes de institución universitaria y el 100% de las pacientes de centros privados (21).

Gran parte de los estudios que intentan evaluar la calidad de vida post histerectomía concluyen que ésta fue muy beneficiosa para la paciente; sin embargo como afirma Kjerulff (2000) la satisfacción depende además de la no presencia de complicaciones que le obliguen a la paciente a consultar y hospitalizarse nuevamente (22).

Kritz-Silverstein (2002) evaluaron a 1177 mujeres entre 55 y 94 años, encontrando que la histerectomía no presentaba efectos adversos a largo plazo, antes por el

contrario las pacientes referían un incremento en la satisfacción por la resolución de sus síntomas (23).

## **2. PROPÓSITO**

Determinar de qué manera afecta la histerectomía realizada por diversas causas, la vida de la paciente y de ésta forma establecer parámetros para poder prever en nuestra futura paciente cualquier inconveniente secundario a la cirugía.

### **2.1 HIPÓTESIS**

La histerectomía afecta la evolución clínica, la satisfacción, la adaptación familia y laboral de las pacientes que se les ha realizado histerectomía

### **2.2 MUESTRA**

La muestra está dada por las pacientes histerectomizadas en la Clínica Cañaverel del Seguro Social entre Enero de 1999 y Diciembre de 2003. n = 200

### **2.3 VARIABLES**

Las variables evaluadas se relacionan con la satisfacción sexual, recuperación posquirúrgica, empatía familiar y social, complicaciones quirúrgicas, depresión y fatiga.

### **3. METODOLOGÍA**

Se utilizarán formularios de encuesta para pacientes operadas de histerectomía de manera reciente y tardía. Los resultados se analizarán con EXCEL, STATA 6 y SPSS.

#### **3.1 DISEÑO**

Este estudio es observacional, descriptivo y de corte trasversal.

#### **3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes de sexo femenino, mayores de 15 años, habitante de la región a quienes se le haya practicado histerectomía con o sin ooforectomía, bien sea por vía abdominal, vaginal o laparoscópica, provocada por cáncer, miomatosis, hemorragia uterina anormal, prolapso genital, infecciones uterinas severas, dolor pélvico crónico o adenomiosis y que pueda responder al cuestionario.

#### **3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes con antecedentes de histerectomía, comorbilidad médica de trastornos mentales, a quienes se les haya practicado cualquier cirugía a nivel vaginal durante el mismo procedimiento quirúrgico, que no suministren datos suficientes para poder evaluar si hubo modificación en su vida o en quienes los datos solicitados sean notoriamente escasos.

### **3.4 PROCEDIMIENTO**

En la base de datos de la Clínica Cañaveral del Instituto de Seguro Social “ISS”, se buscarán las pacientes que han sido sometidas a histerectomía y por medio de un cuestionario (Anexo 1) que será respondido por la paciente, telefónica o personalmente (si la paciente lo requiere); se evaluarán los aspectos mas importantes que afectan su vida después del procedimiento.

Una vez recolectada la información se procederá a tabularla y a realizar un análisis multivariado mediante el programa STATA 6, SPSS y Excel. Las conclusiones y resultados de éste análisis se discutirán mediante tablas y gráficas de barras y circulares, y se expondrán ante el Dpto. de Ginecología de la Universidad Industrial de Santander.

### **3.5 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN**

Una vez terminado este estudio se expondrá ante todos los profesores, residentes, internos y estudiantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Industrial de Santander en fecha aún por establecer.

### **3.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

La recolección de la información que se llevará a cabo mediante cuestionarios respondidos por las pacientes, se realizará durante el mes de Diciembre del 2003 y Enero del 2004. El análisis de los datos se efectuará una vez terminada la recolección.

La exposición y la discusión de los resultados se efectuará previo consentimiento del Departamento de Ginecología y asesores en fecha aún por establecer.

#### **4. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

A continuación se presenta el análisis de la encuesta realizada a 200 pacientes de sexo femenino mayores de 15 años a quienes se les practicó histerectomía en la Clínica Cañaveral del Seguro Social. La recolección de la información que se llevó a cabo mediante cuestionarios respondidos por las pacientes, realizados durante el mes de Diciembre del 2003, Enero y Febrero de 2004.

El formato de encuesta constó de 29 preguntas las cuales han sido tabuladas, graficadas y analizadas para determinar la influencia de la histerectomía en la calidad de vida del paciente. Igualmente se pretende conocer el desarrollo de su vida sexual activa después del procedimiento.

La información se sistematizó en una base de datos usando el programa Excel XP y se analizó con el software Stata, SPSS.

Se calcularon las medidas de resumen (promedios y proporciones) para describir cada una de las variables del estudio.

Los resultados son:

1. Cuál fue la causa de que motivó la histerectomía?

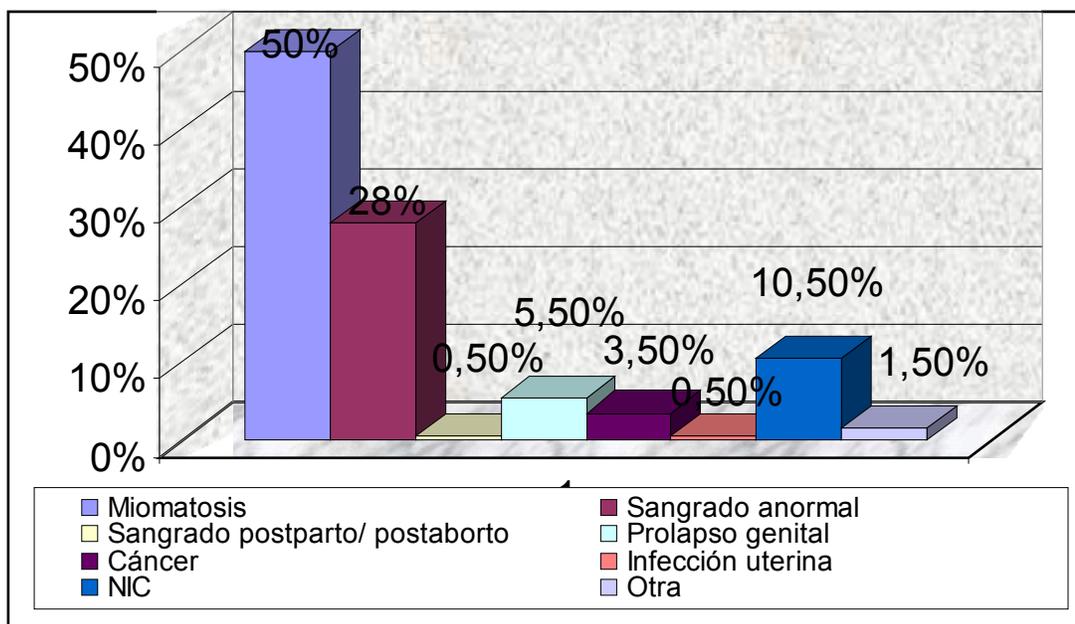
Tabla 1. Cuál fue la causa de que motivó la histerectomía?

Causa	Encuestados	%
Miomatosis	100	50%
Sangrado anormal	56	28%
Sangrado postparto/ postaborto	1	0.5%
Prolapso genital	11	5.5%
Cáncer	7	3.5%
Infección uterina	1	0.5%
NIC	21	10.5%
Otra	3	1.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 1. Cuál fue la causa de que motivó la histerectomía?



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

2. Se le extirparon los ovarios durante la histerectomía?

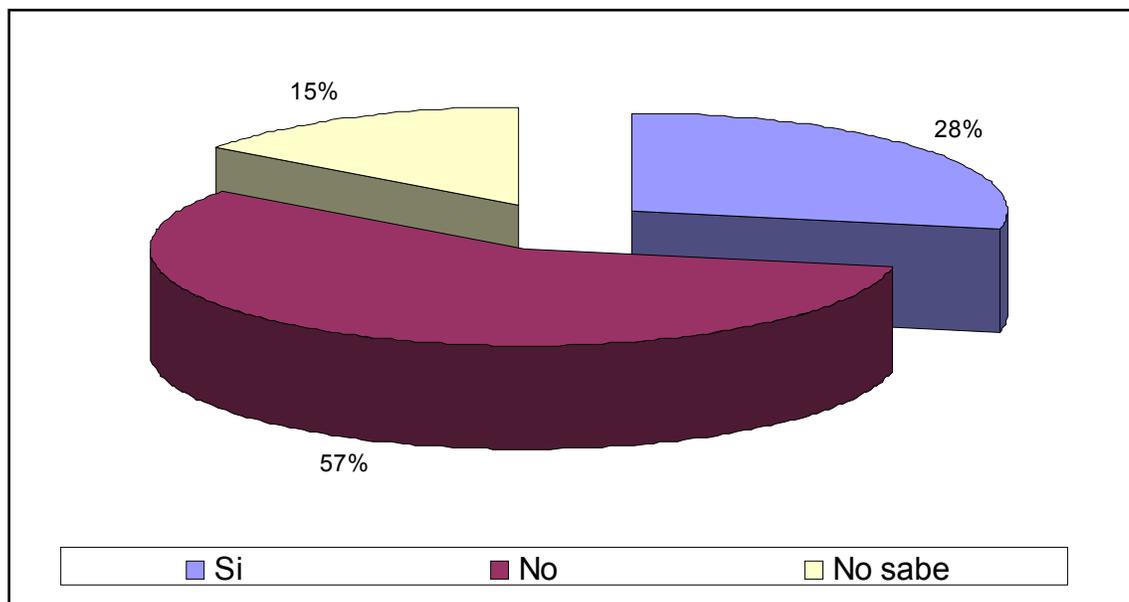
Tabla 2. Se le extirparon los ovarios durante la histerectomía?

Extirpación ovarios	Encuestados	%
Si	56	28%
No	114	57%
No sabe	30	15%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 2. Se le extirparon los ovarios durante la histerectomía?



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

### 3. Cuánto tiempo hace que se le practicó la cirugía?

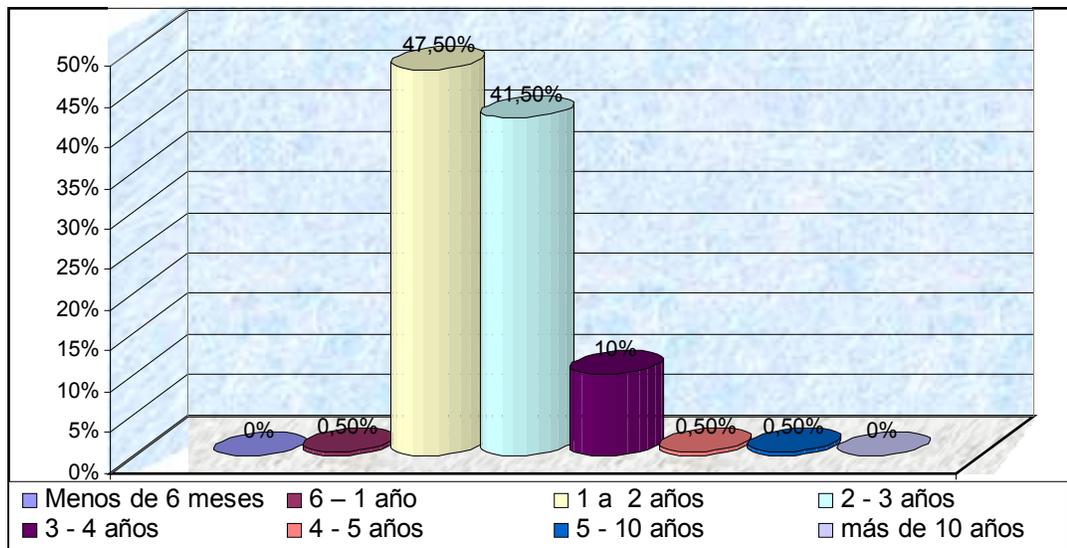
Tabla 3. Cuánto tiempo hace que se le practicó la cirugía?

Tiempo cirugía	Encuestados	%
Menos de 6 meses	0	0%
6 – 12 meses	1	0.5%
1 a 2 años	95	47.5%
2 a 3 años	83	45.5%
3 a 4 años	20	10%
4 a 5 años	1	0.5%
5 a 10 años	1	0.5%
Más de 10 años	0	0%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 3. Cuánto tiempo hace que se le practicó la cirugía?



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

#### 4. A qué edad se le practicó la cirugía?

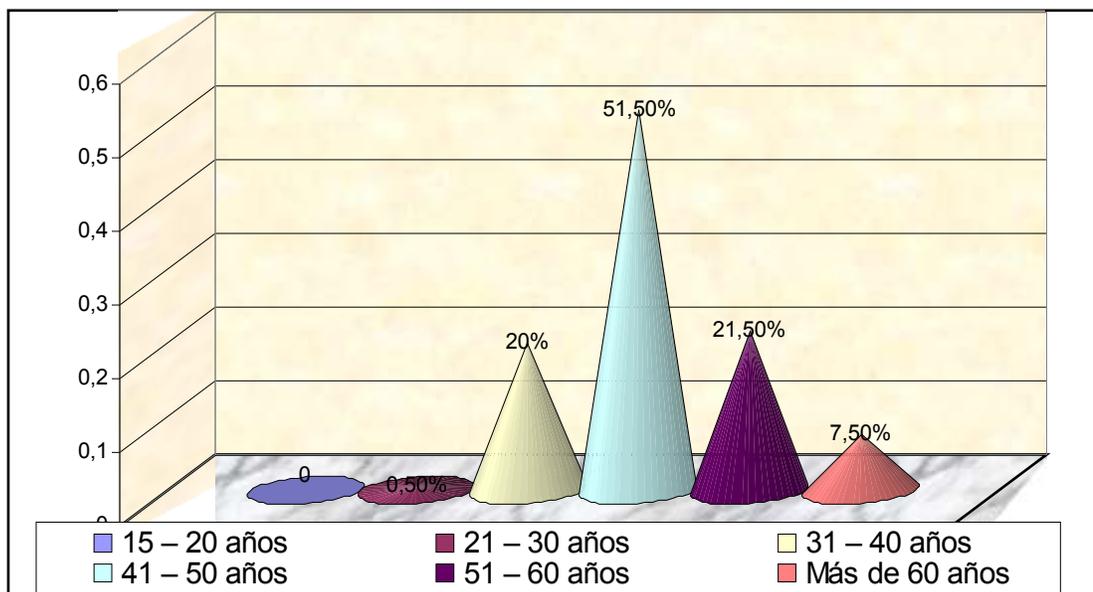
Tabla 4. A qué edad se le practicó la cirugía?

Edad para cirugía	Encuestados	%
15 – 20 años	0	0%
21 – 30 años	1	0.5%
31 – 40 años	40	20%
41 – 50 años	103	51.5%
51 – 60 años	41	21.5%
Más de 60 años	15	7.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 4. A qué edad se le practicó la cirugía?



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

5. Por qué vía se le practicó la cirugía

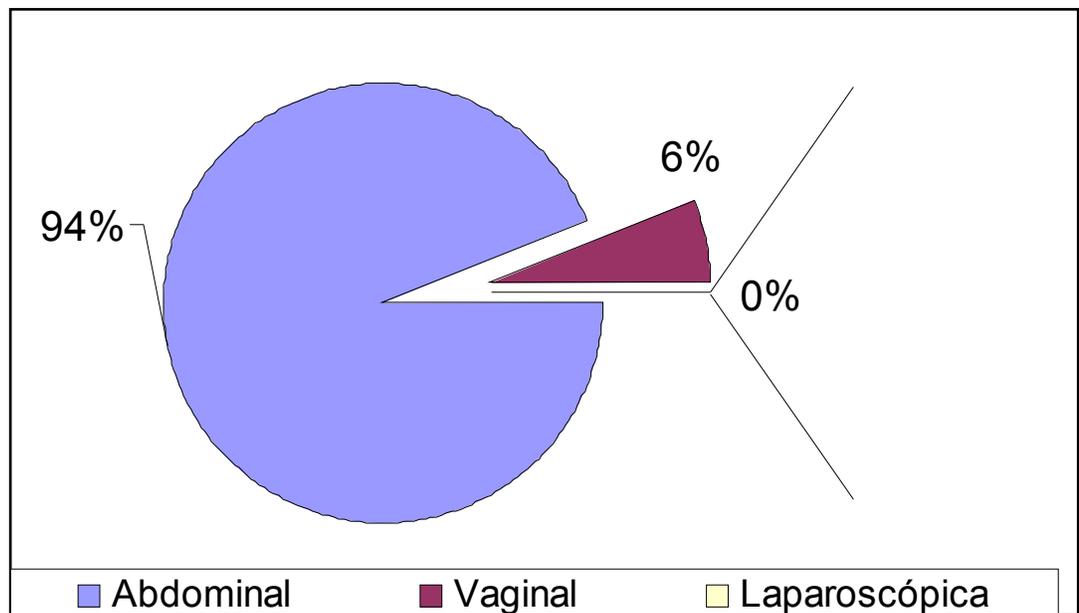
Tabla 5. Por qué vía se le practicó la cirugía

Vía de cirugía	Encuestados	%
Abdominal	188	94%
Vaginal	12	6%
Laparoscópica	0	0%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 5. Por qué vía se le practicó la cirugía



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

6. Después de la cirugía presentó alguna complicación por la que tuvo que ser hospitalizada nuevamente?

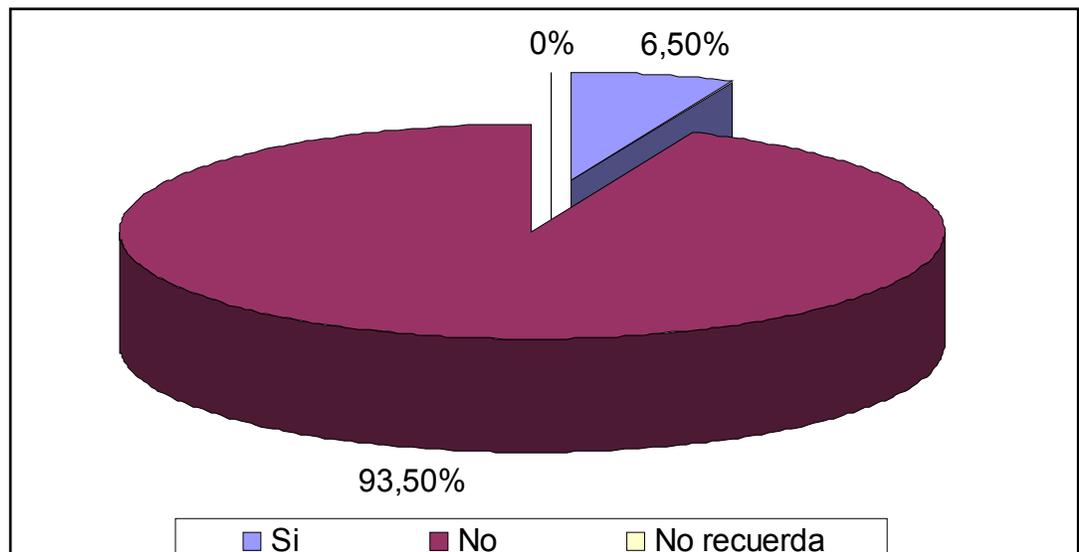
Tabla 6. Después de la cirugía presentó alguna complicación por la que tuvo que ser hospitalizada nuevamente?

Complicación después cirugía	Encuestados	%
Si	13	6.5%
No	187	93.5%
No recuerda	0	0.0%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004: Diciembre 2003 – Febrero 2004

Figura 6. Después de la cirugía presentó alguna complicación por la que tuvo que ser hospitalizada nuevamente?



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

7. Cuál de las siguientes complicaciones presentó

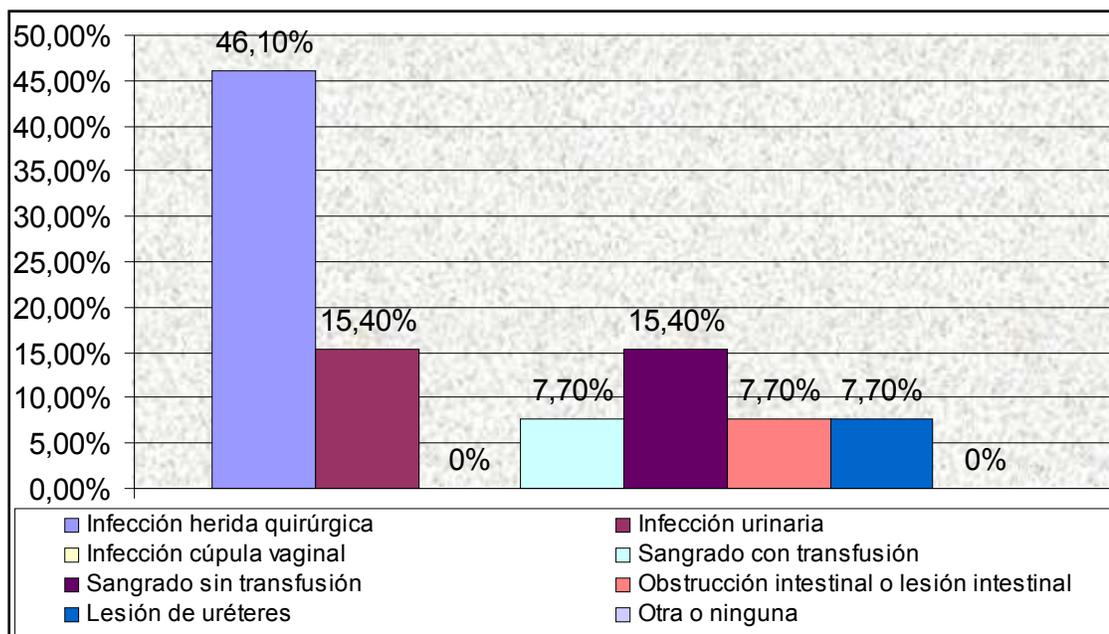
Tabla 7. Cuál de las siguientes complicaciones presentó

Cuál complicación	Encuestados	
Infección herida quirúrgica	6	46.1%
Infección urinaria	2	15.4%
Infección cúpula vaginal	0	0.0%
Sangrado con transfusión	1	7.7%
Sangrado sin transfusión	2	15.4%
Obstrucción intestinal o lesión intestinal	1	7.7%
Lesión de uréteres	1	7.7%
Otra o ninguna	0	0.0%
Total	13	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 7. Cuál de las siguientes complicaciones presentó



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

8. Resolvió la histerectomía los problemas o síntomas que presentaba antes de ella?

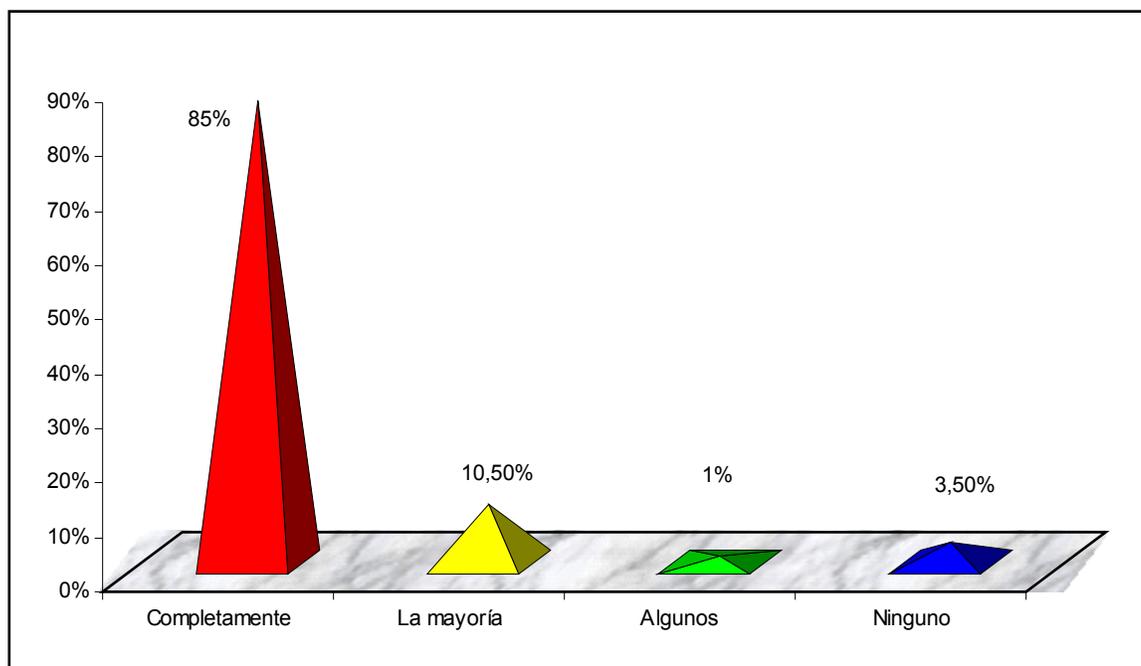
Tabla 8. Resolvió la histerectomía los problemas o síntomas que presentaba antes de ella?

Resolvió problemas	Encuestados	%
Completamente	170	85.0%
La mayoría	21	10.5%
Algunos	2	1.0%
Ninguno	7	3.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 8. Resolvió la histerectomía los problemas o síntomas que presentaba antes de ella?



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

9. Los resultados de la cirugía fueron

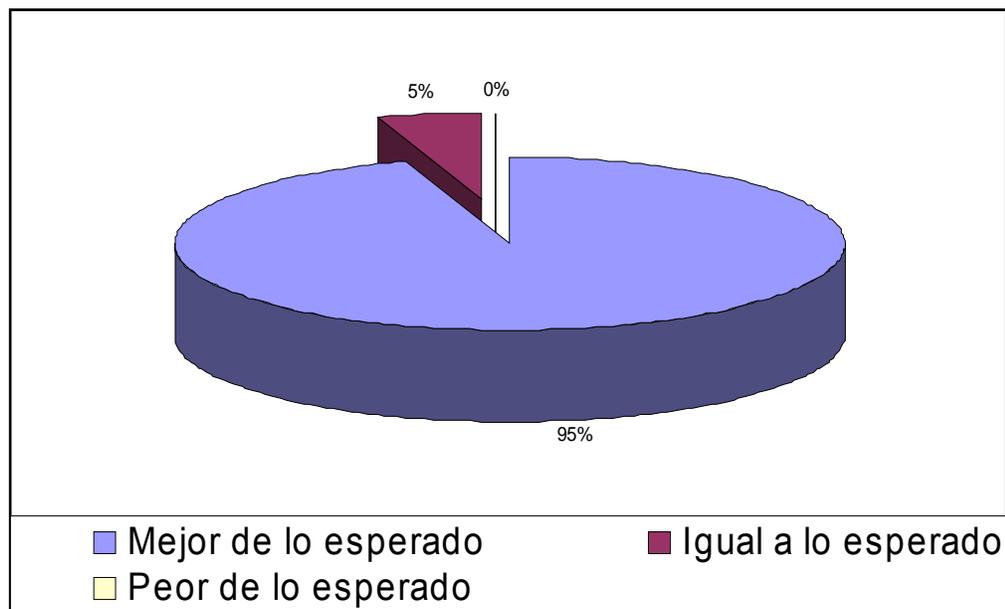
Tabla 9. Los resultados de la cirugía fueron

Resultados cirugía	Encuestados	%
Mejor de lo esperado	190	95%
Igual a lo esperado	10	5%
Peor de lo esperado	0	0%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 9. Los resultados de la cirugía fueron



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

10. Su salud ahora, en comparación con antes de la cirugía es

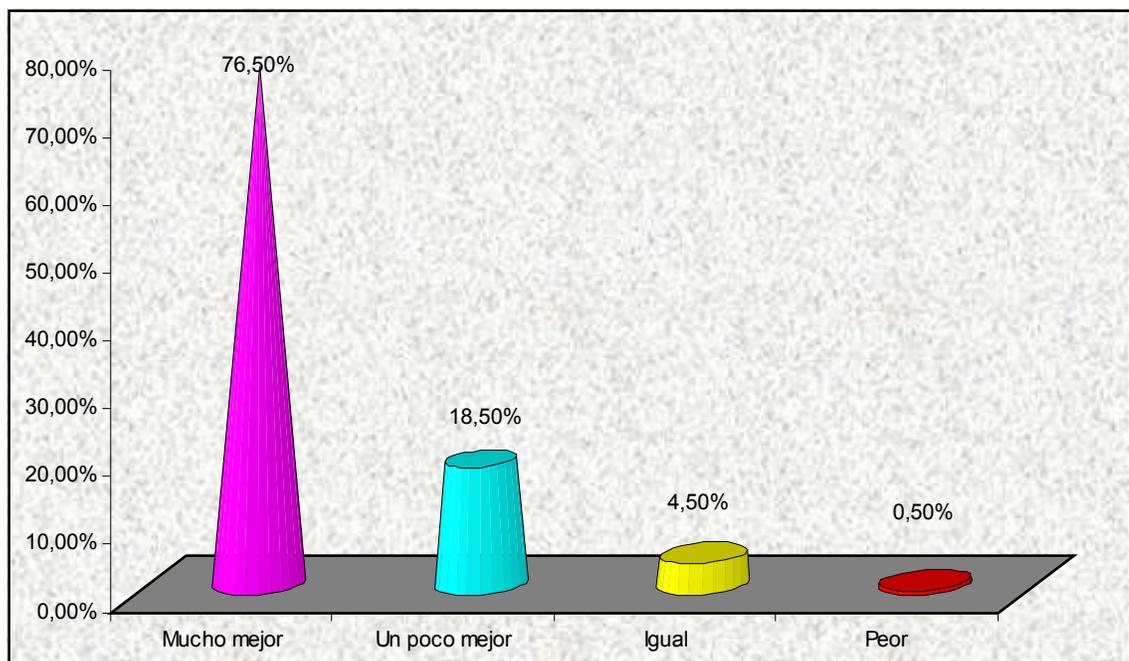
Tabla 10. Su salud ahora, en comparación con antes de la cirugía es

Salud ahora	Encuestados	%
Mucho mejor	153	76.5%
Un poco mejor	37	18.5%
Igual	9	4.5%
Peor	1	0.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 10. Su salud ahora, en comparación con antes de la cirugía es



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

11. En este momento diría usted que está

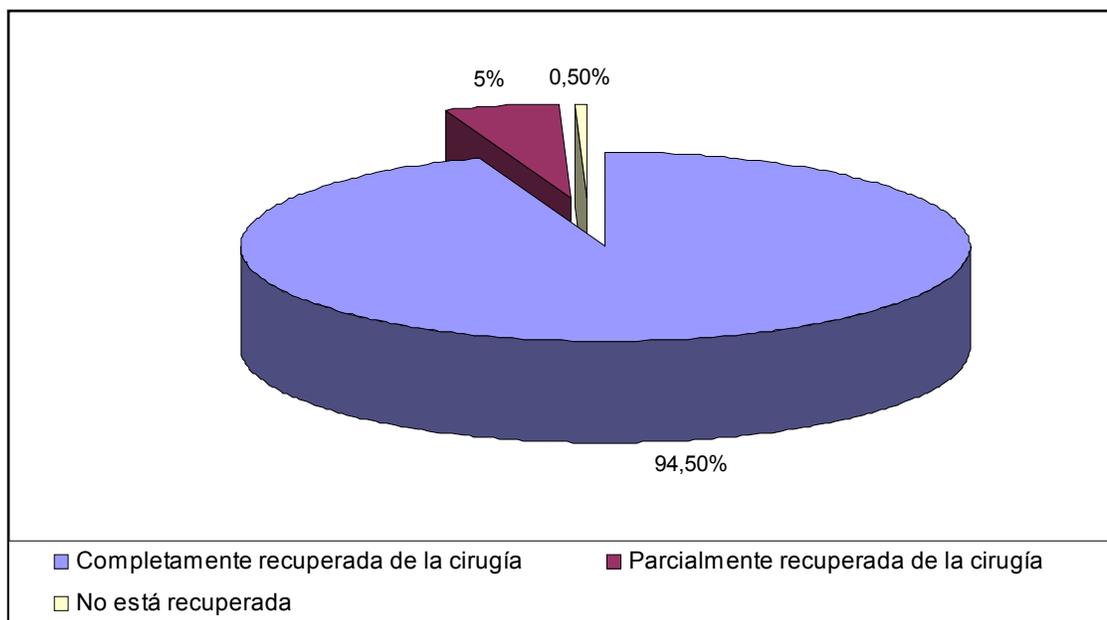
Tabla 11. En este momento diría usted que está

En este momento está	Encuestados	%
Completamente recuperada de la cirugía	189	94.5%
Parcialmente recuperada de la cirugía	10	5.0%
No está recuperada	1	0.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 11. En este momento diría usted que está



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

12. Su recuperación después de la cirugía ha sido

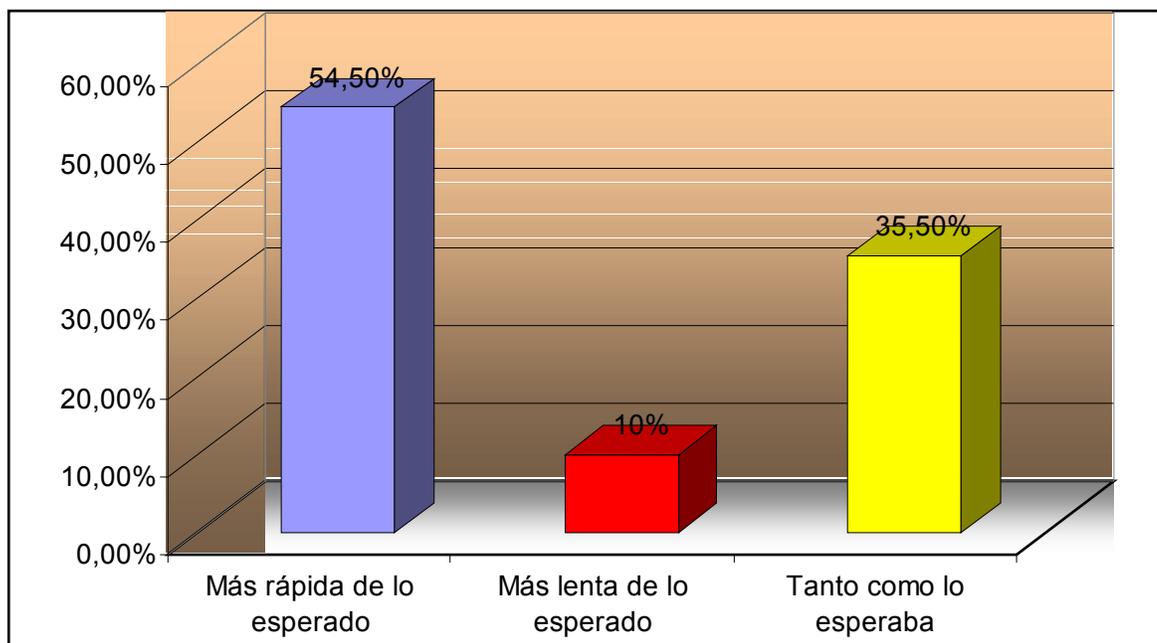
Tabla 12. Su recuperación después de la cirugía ha sido

Recuperación después cirugía	Encuestados	%
Más rápida de lo esperado	109	54.5%
Más lenta de lo esperado	20	10.0%
Tanto como lo esperaba	71	35.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 12. Su recuperación después de la cirugía ha sido



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

### 13. La frecuencia de las relaciones sexuales después de la histerectomía

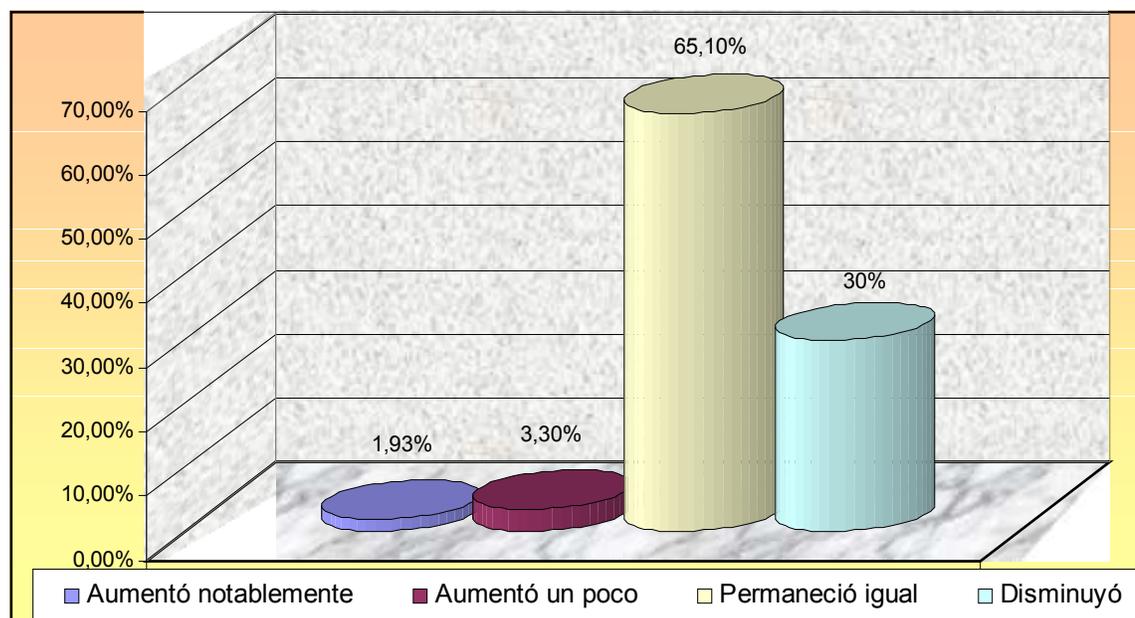
Tabla 13. La frecuencia de las relaciones sexuales después de la histerectomía

Frecuencia relaciones sexuales	Encuestados	%
Aumentó notablemente	3	1.9%
Aumentó un poco	5	3.3%
Permaneció igual	101	65.2%
Disminuyó	46	29.6%
Total	155	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 13. La frecuencia de las relaciones sexuales después de la histerectomía



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

14. La satisfacción sentida durante el coito después de la histerectomía

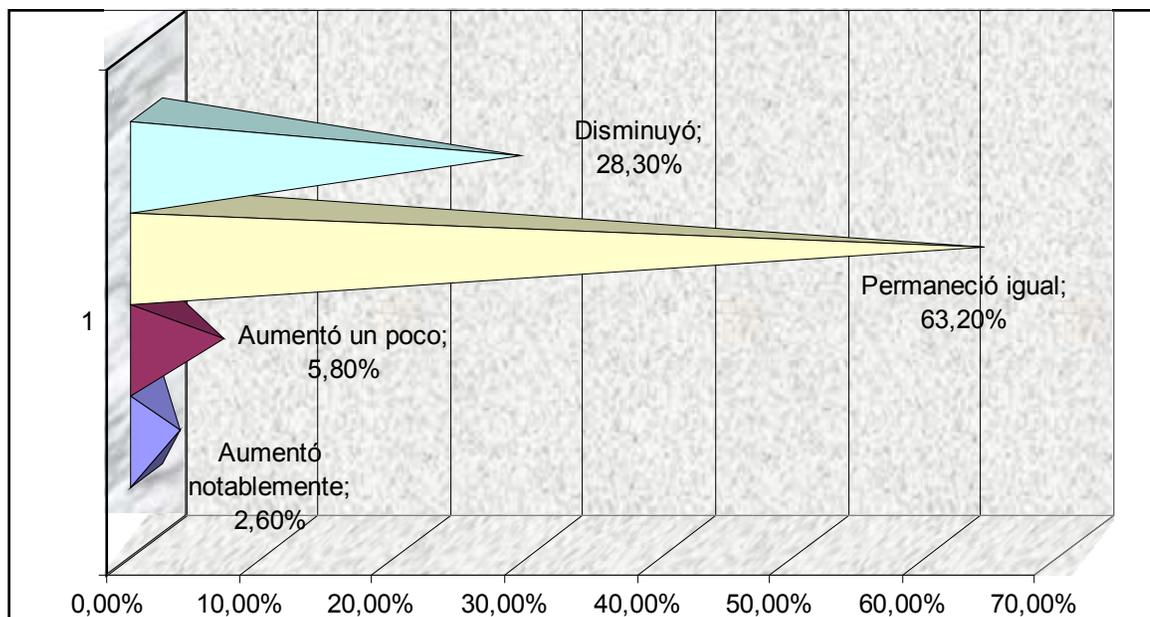
Tabla 14. La satisfacción sentida durante el coito después de la histerectomía

Satisfacción durante cóito	Encuestados	
Aumentó notablemente	4	2.5%
Aumentó un poco	9	5.8%
Permaneció igual	98	63.2%
Disminuyó	44	28.3%
Total	155	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 14. La satisfacción sentida durante el coito después de la histerectomía



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

15. Cuál de los siguientes problemas relacionados con la actividad sexual ha sido el más frecuente después de la cirugía

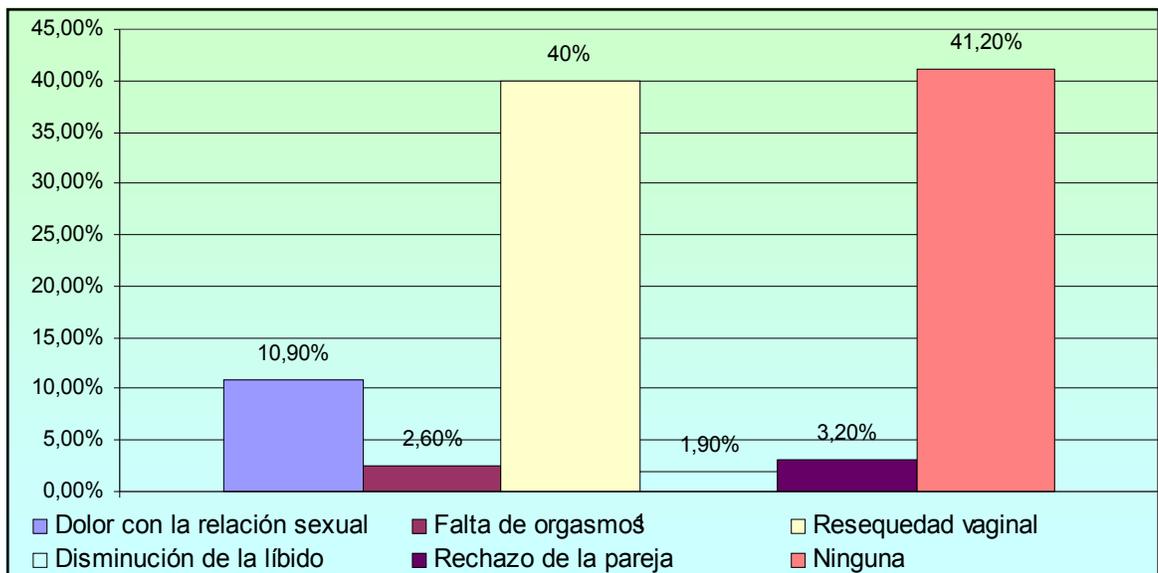
Tabla 15. Cuál de los siguientes problemas relacionados con la actividad sexual ha sido el más frecuente después de la cirugía

Problemas actividad sexual	Encuestados	%
Dolor con la relación sexual	17	10.9%
Falta de orgasmos	4	2.6%
Resequedad vaginal	62	40%
Disminución de la libido	3	1.9%
Rechazo de la pareja	5	3.2%
Ninguna	64	41.2%
Total	155	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 15. Cuál de los siguientes problemas relacionados con la actividad sexual ha sido el más frecuente después de la cirugía



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

16. La histerectomía que se le practicó fue

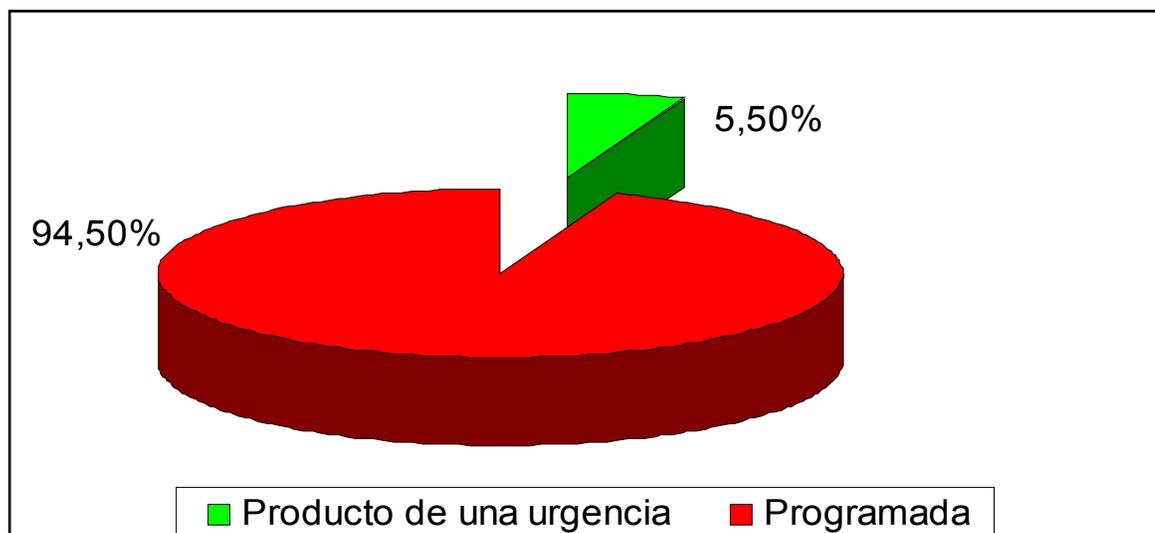
Tabla 16. La histerectomía que se le practicó fue

Histerectomía practicada	Encuestados	%
Producto de una urgencia	11	5.5%
Programada	189	94.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 16. La histerectomía que se le practicó fue



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

17. Después de la histerectomía, su vínculo marital

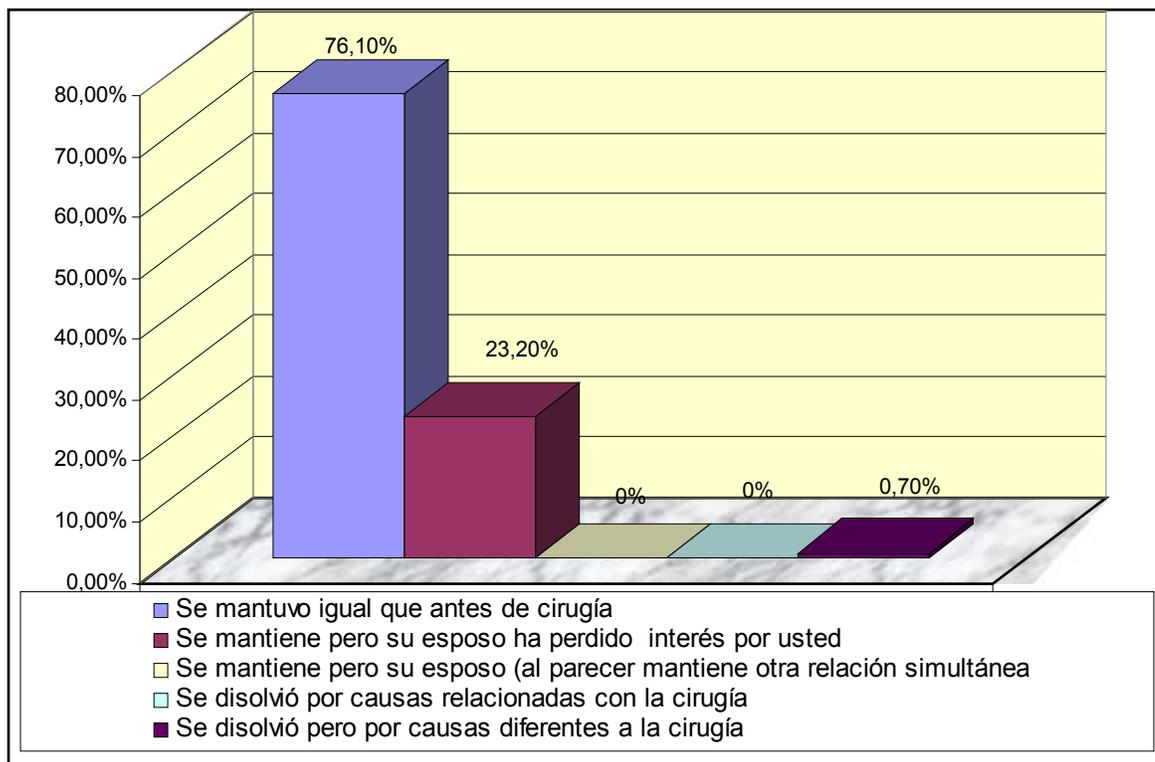
Tabla 17. Después de la histerectomía, su vínculo marital

Vínculo marital	Encuestad	%
Se mantuvo igual que antes de cirugía	118	76.0%
Se mantiene pero su esposo ha perdido interés por usted	36	23.3%
Se mantiene pero su esposo (al parecer mantiene otra relación simultánea	0	0.0%
Se disolvió por causas relacionadas con la cirugía	0	0.0%
Se disolvió pero por causas diferentes a la cirugía	1	0.7%
Total	155	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 17. Después de la histerectomía, su vínculo marital



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

18. En caso de que haya sido positiva la respuesta, cuánto tiempo después de la cirugía ocurrió la separación?

Tabla 18. En caso de que haya sido positiva la respuesta, cuánto tiempo después de la cirugía ocurrió la separación?

Separación	Encuestados	%
Ninguna	154	99.3%
Si (un año después)	1	0.7%
Total	155	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

19. La histerectomía que se le practicó, mejoró la empatía hacia:

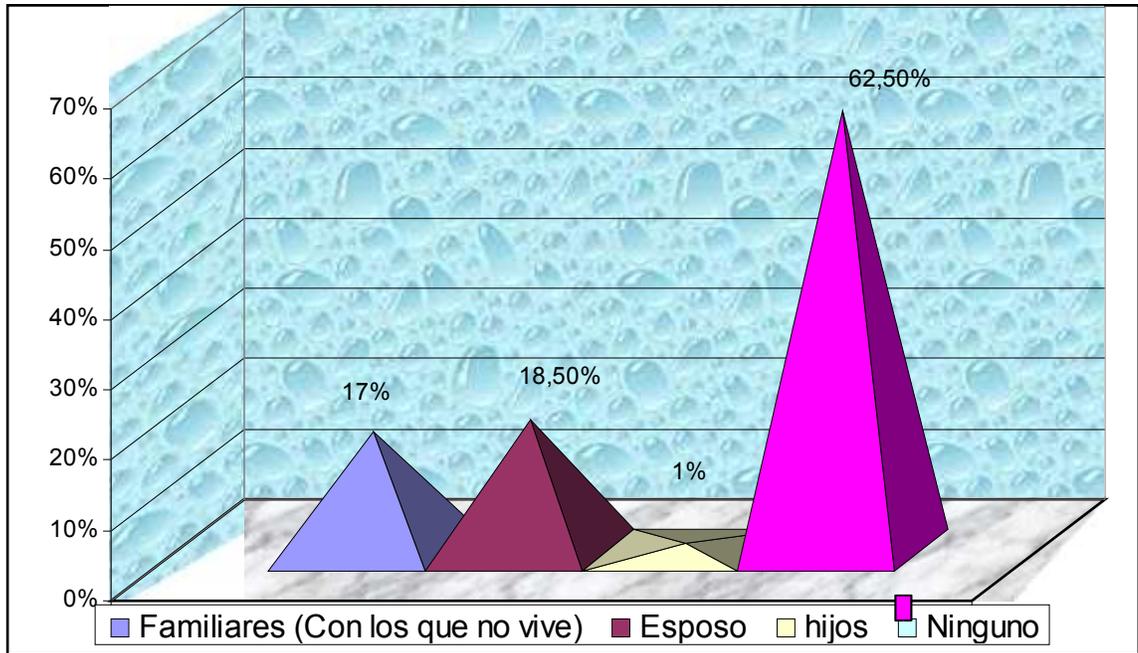
Tabla 19. La histerectomía que se le practicó, mejoró la empatía hacia:

Mejóro empatía hacia	Encuestados	%
Familiares (Con los que no vive)	34	17.0%
Esposo	39	18.5%
hijos	2	1.0%
Ninguno	125	62.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 18. La histerectomía que se le practicó, mejoró la empatía hacia:



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

20. La histerectomía que se le practicó, empeoró la empatía hacia:

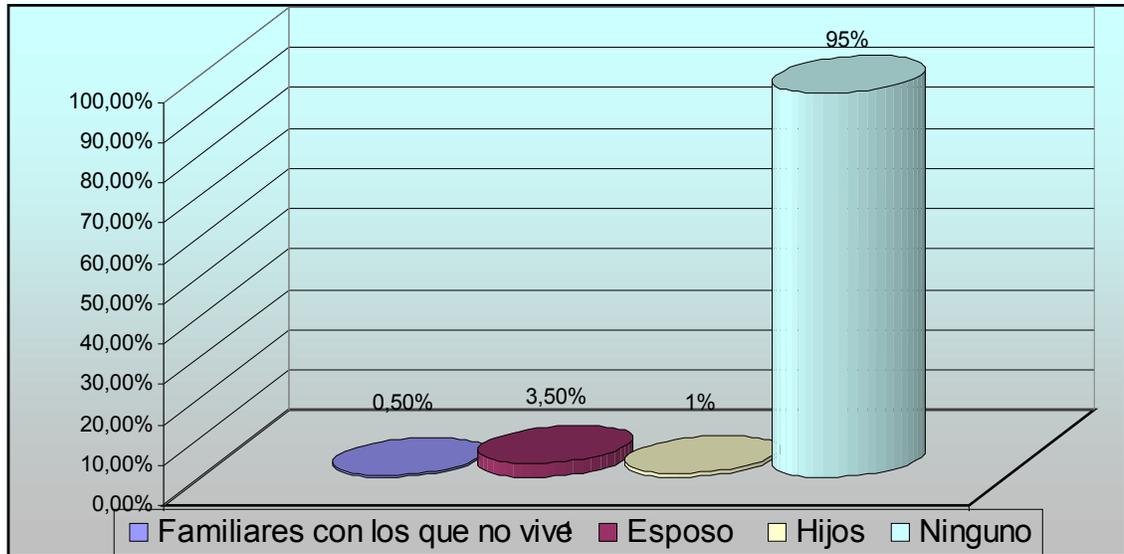
Tabla 20. La histerectomía que se le practicó, empeoró la empatía hacia:

Empeoró empatía hacia	Encuestados	%
Familiares con los que no vive	1	0.5%
Esposo	7	3.5%
Hijos	2	1.0%
Ninguno	190	95.0%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 19. La histerectomía que se le practicó, empeoró la empatía hacia:



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

21. La histerectomía que se le practicó, mejoró el entorno social que compartía con

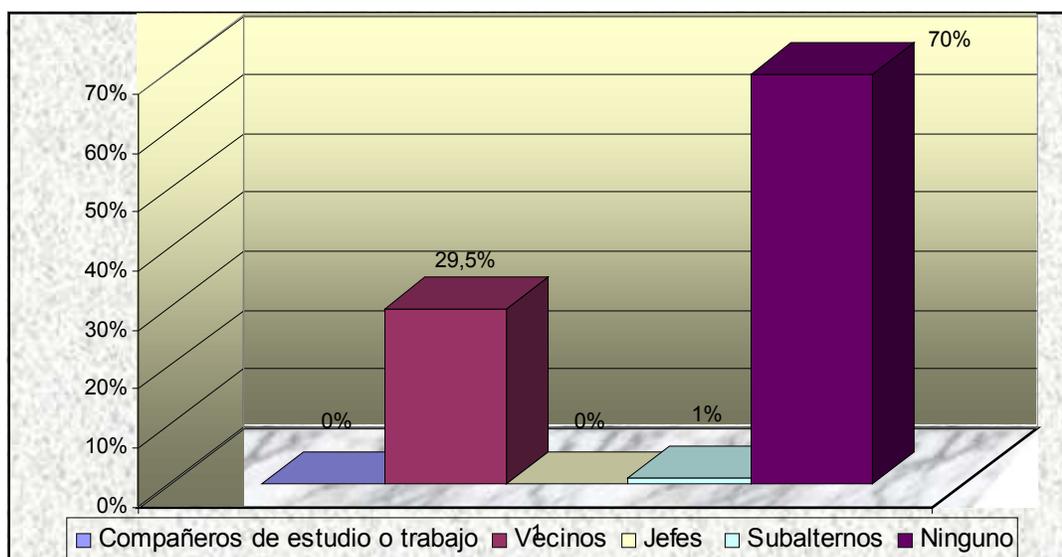
Tabla 21. La histerectomía que se le practicó, mejoró el entorno social que compartía con

Mejóro	Encuestados	%
Compañeros de estudio o trabajo	0	0.0%
Vecinos	59	29.5%
Jefes	0	0.0%
Subalternos	2	1.0%
Ninguno	139	69.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 20. La histerectomía que se le practicó, mejoró el entorno social que compartía con



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

22. La histerectomía que se le practicó empeoró el entorno social que con

Tabla 22. La histerectomía que se le practicó empeoró el entorno social que con

Empeoró	Encuestados	%
Compañeros de trabajo o estudio	0	0%
Vecinos	0	0%
Jefes	0	0%
Subalternos	2	1%
Ninguno	198	99%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

23. Qué tiempo tardó en realizar nuevamente sus labores cotidianas después de la cirugía

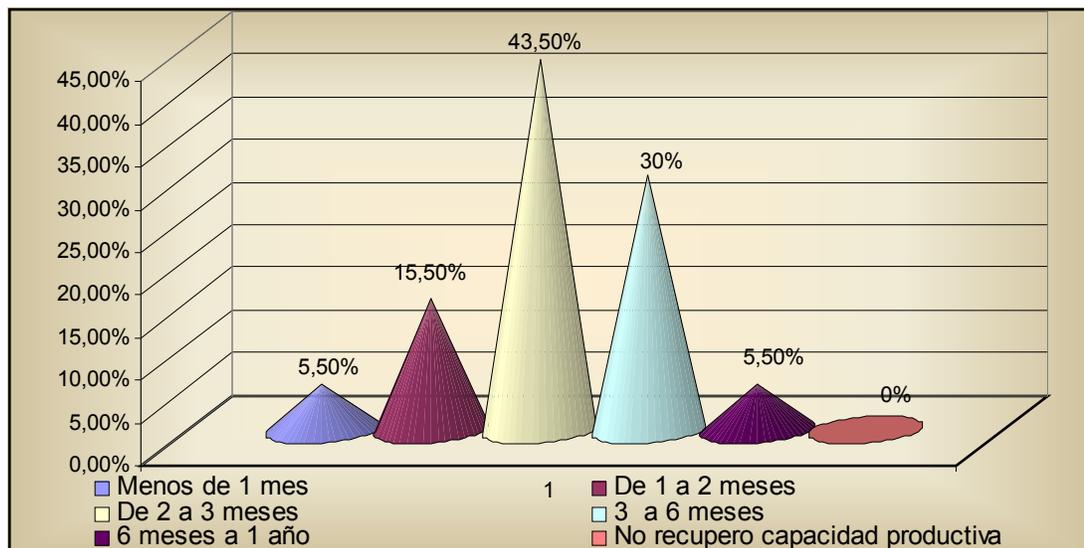
Tabla 23. Qué tiempo tardó en realizar nuevamente sus labores cotidianas después de la cirugía

Tiempo para realizar actividades	Encuestados	%
Menos de 1 mes	11	5.5%
De 1 a 2 meses	31	15.5%
De 2 a 3 meses	87	43.5%
3 a 6 meses	60	30.0%
6 meses a 1 año	11	5.5%
No recupero capacidad productiva	0	0.0%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 21. Qué tiempo tardó en realizar nuevamente sus labores cotidianas después de la cirugía



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

24. Después de la histerectomía presenta alguna limitación física o incapacidad para realizar sus labores cotidianas

Tabla 24. Después de la histerectomía presenta alguna limitación física o incapacidad para realizar sus labores cotidianas

Limitación física	Encuestados	%
Si	5	2.5%
No	195	97.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

25. Antes de la cirugía presentaba algunos de los siguientes síntomas

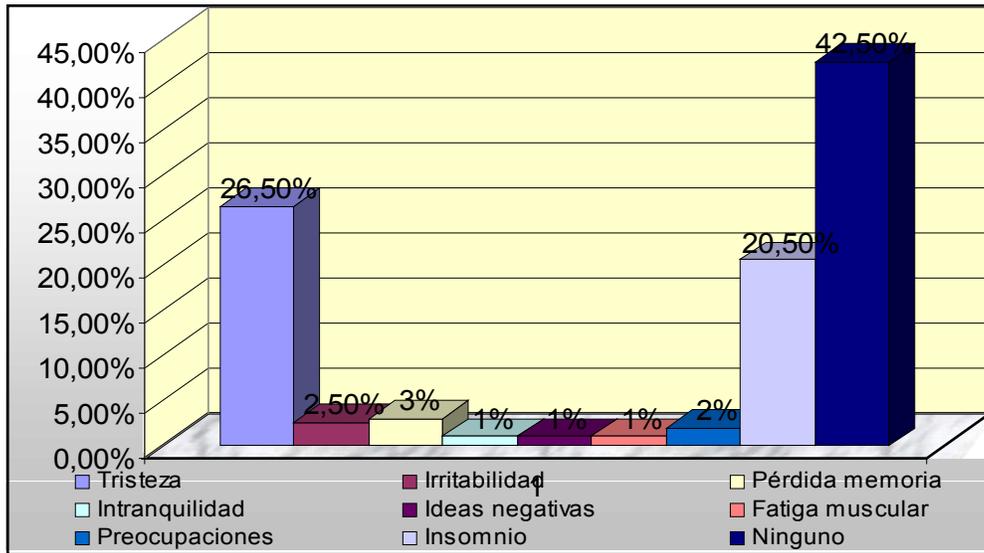
Tabla 25. Antes de la cirugía presentaba algunos de los siguientes síntomas

Síntomas antes cirugía	Encuestados	%
Tristeza	53	26.5%
Irritabilidad	5	2.5%
Pérdida memoria	6	3.0%
Intranquilidad	2	1.0%
Ideas negativas	2	1.0%
Fatiga muscular	2	1.0%
Preocupaciones	4	2.0%
Insomnio	41	20.5%
Ninguno	85	42.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 22. Antes de la cirugía presentaba algunos de los siguientes síntomas



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

26. Después de la cirugía se incrementó algunos de los siguientes síntomas

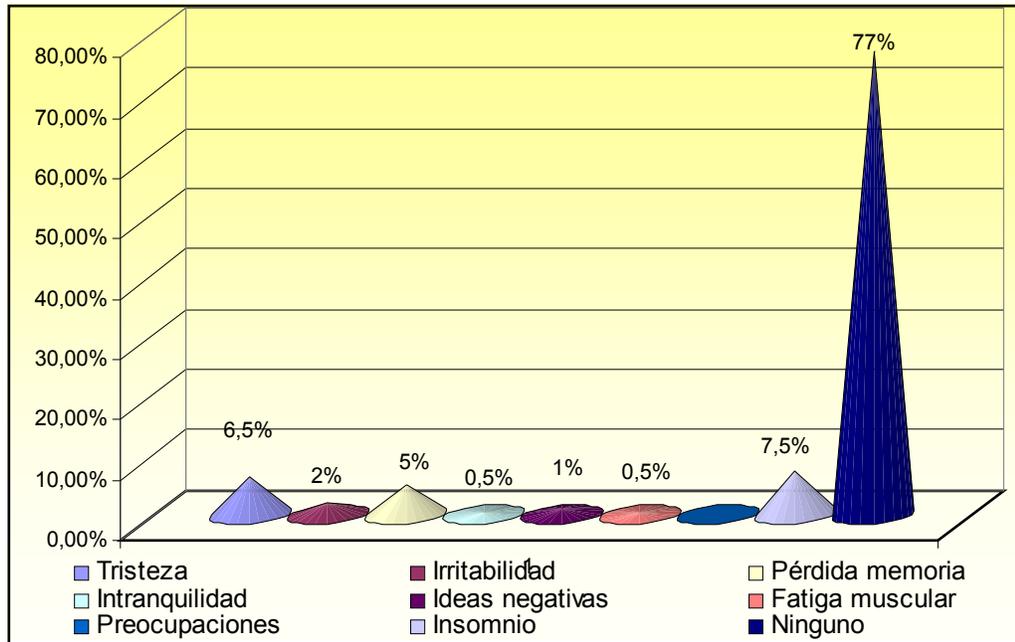
Tabla 26. Después de la cirugía se incrementó algunos de los siguientes síntomas

Síntomas después cirugía	Encuestados	%
Tristeza	13	6.5%
Irritabilidad	4	2.0%
Pérdida memoria	10	5.0%
Intranquilidad	1	0.5%
Ideas negativas	2	1.0%
Fatiga muscular	1	0.5%
Preocupaciones	0	0.0%
Insomnio	15	7.5%
Ninguno	154	77.0%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 23. Después de la cirugía se incrementó algunos de los siguientes síntomas



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Síntomas antes y después de la cirugía

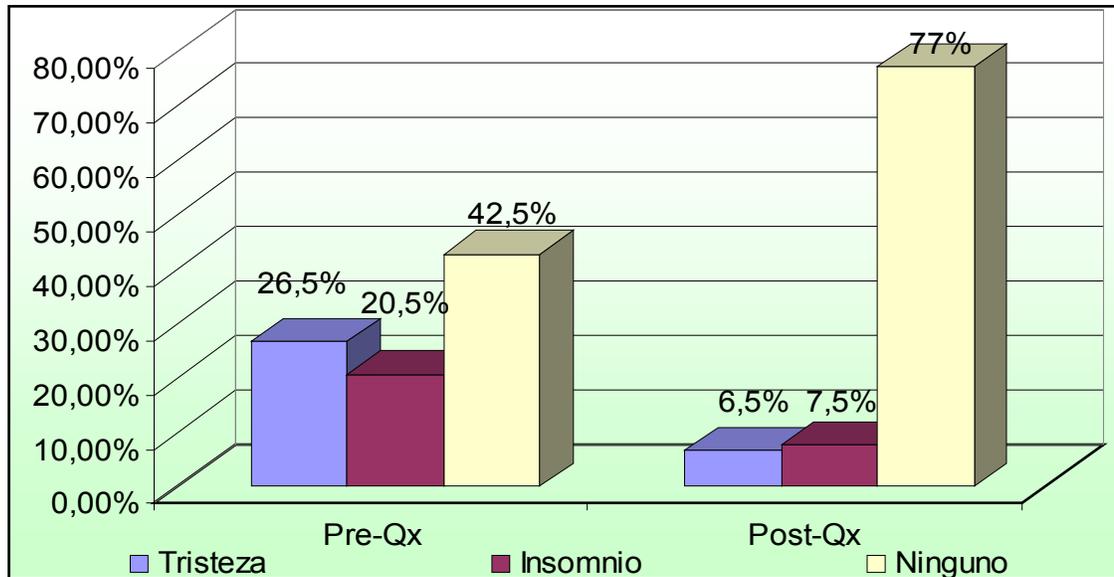
Tabla 27. Síntomas antes vs síntomas después: Valor p.

Síntomas antes vs después	Pre	%	Post	%	Valor P
Tristeza	53	26.5	13	6.5	< 0.05
Insomnio	41	20.5	15	7.5	< 0.05
Ninguno	85	42.5	154	77.0	< 0.05

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 24. Síntomas antes vs síntomas después: Valor  $p < 0.05$



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

27. Después de la cirugía presentó algún síntoma de cansancio o fatiga que le impidiera realizar lo que usted deseaba

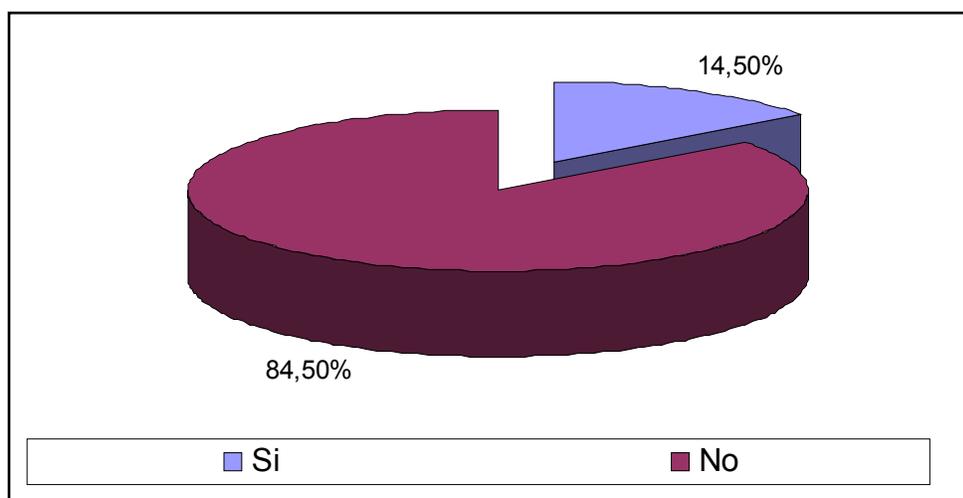
Tabla 28. Después de la cirugía presentó algún síntoma de cansancio o fatiga que le impidiera realizar lo que usted deseaba

Limitación física	Encuestados	%
Si	29	14.5%
No	171	74.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 25. Después de la cirugía presentó algún síntoma de cansancio o fatiga que le impidiera realizar lo que usted deseaba



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

28. Considera usted que su médico tratante antes de la cirugía resolvió

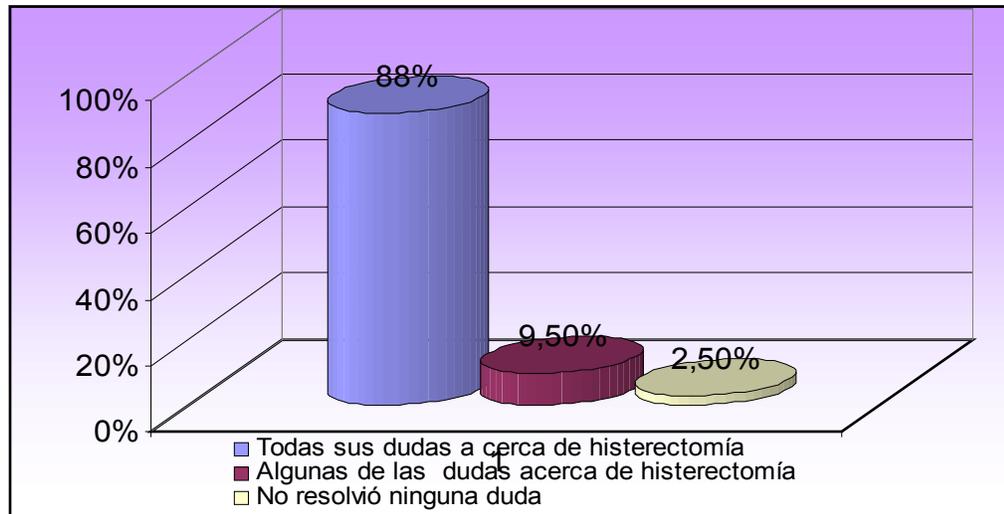
Tabla 29. Considera usted que su médico tratante antes de la cirugía resolvió

Médico resolvió antes de cirugía	Encuestados	%
Todas sus dudas a cerca de histerectomía	176	88.0%
Algunas de las dudas acerca de histerectomía	19	9.5%
No resolvió ninguna duda	5	2.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

Figura 26. Considera usted que su médico tratante antes de la cirugía resolvió



Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

29. Está tan satisfecha usted con los resultados de la cirugía que le recomendaría a otra paciente en su misma situación, que se practicara la histerectomía

Tabla 30. Está tan satisfecha usted con los resultados de la cirugía que le recomendaría a otra paciente en su misma situación, que se practicara la histerectomía

Está satisfecha	Encuestados
Si	199
No	1
No sabe	0
Total	200

Fuente: Encuesta

Fecha estimación: Diciembre 2003 – Febrero 2004:

## 4.1 DISCUSIÓN

Después de haber encuestado a las 200 pacientes del estudio, se tabuló la información en una hoja de Excel y de allí se procedió a analizar los datos; encontrando los resultados que mencionaremos a continuación.

En cuanto a la primera pregunta del cuestionario, la causa más frecuente de histerectomía fue la miomatosis en el 50 % de los casos con 100 pacientes, el sangrado anormal le sigue en un 28 % de los casos con 56 pacientes, el NIC en un 10,5 % con 21 pacientes, el prolapso genital en un 5,5 % con 11 pacientes. Llama la atención que el cáncer fue el 3,5 % de los casos con solo 7 pacientes; y a quienes se les confirmó el diagnóstico por patología según lo expresado por la paciente. Otras causas menos frecuentes fueron la infección uterina (0,5 %), el sangrado posparto (0,5 %) entre otras.

Observamos que sigue siendo la miomatosis la principal causa de histerectomía entre nuestras pacientes. Sin embargo, a nivel mundial las estadísticas reflejan un 30% como causa de histerectomía. El 60% de las pacientes con miomatosis fueron operadas en edades que oscilan entre 41 y 50 años.

En la segunda pregunta, se encontró que al 57 % de las pacientes (114 pacientes) no se les realizó ooforectomía, y que al 28 % de ellas si; con un número de 56 pacientes. Llama la atención que el 15 % de las pacientes (30 pacientes) no sabe con certeza si se le practicó ooforectomía. El 60.7% de las pacientes con ooforectomía se les practicó después de los 50 años de edad. El 35.7% de las pacientes ooforectomizadas presentaron posteriormente síntomas como dolor y resequedad vaginal (manifestaciones de hipoestrogenismo) en la relación sexual.

La mayoría de las pacientes encuestadas se les había practicado la histerectomía en el lapso de 1 a 5 años con un número de 199 pacientes para un 99,5 %; y solo

una paciente encuestada se la realizó la cirugía en el lapso de 5 a 10 años. Entre las que se les practicó la cirugía entre uno y cinco años se tiene que el 47.5% sucedió de 1 a dos años; el 45.5% de dos a tres años; el 10% de tres a cuatro años y de cuatro a cinco años 0.5%.

El rango de edad más frecuente a la que se le practicó la histerectomía a las pacientes fue el de 41 a 50 años con 103 pacientes para un 51,5 %, le sigue de 51 a 60 años con 41 pacientes para un 20,5 % y en tercer lugar el de 31 a 40 años con 40 pacientes para un 20 %. A las pacientes mayores de 60 años se les realizó la cirugía con una frecuencia del 7,5 % (15 pacientes).

En cuanto a la quinta pregunta de la encuesta, se encontró que la vía abdominal fue la más frecuente en un 94 % de las pacientes y la vía vaginal en un 6 % de los casos. Llama la atención el alto número de pacientes operadas por vía abdominal, que no corresponden con los índices mundiales (75%).

Solo el 6,0 % de los casos presentaron complicaciones (12 pacientes) y el resto, es decir 94 % no presentaron complicaciones posquirúrgicas. Las pacientes que fueron operadas por vía vaginal no presentaron complicaciones posquirúrgicas. Estos datos corresponden a las estadísticas mundiales que van del 4 al 6%.

Dentro del grupo de pacientes con complicaciones (12 pacientes) 5 de ellas presentaron infección de herida quirúrgica para un 41,6 %; 2 infección urinaria para un 16,6 %; 2 sangrado sin transfusión para un 16,6 % y las otras 3 presentaron sangrado con transfusión, lesión intestinal y lesión de uréter respectivamente para un total de 25 %. El 50% de las pacientes con complicaciones presentaron como diagnóstico hemorragia uterina anormal. De las cinco pacientes con infección de herida quirúrgica, tres de ellas fueron operadas por miomatosis y dos por hemorragia uterina anormal, para un 41.6% de las pacientes con complicaciones. Solo dos pacientes a quienes se les

practicó la cirugía de urgencia tuvieron complicaciones. Una presentó infección de herida quirúrgica y la otra lesión de uréteres.

Al preguntárseles a las pacientes si la histerectomía había resuelto los problemas o síntomas de ella el 85 % respondió que si y completamente. El 10,5 % manifestó que la mayoría; el 1 % dijo que algunos síntomas y el 3,5 % que ninguno. De las pacientes que manifestaron que sus síntomas no mejoraron después de la cirugía (3.5%), el 28.5% de ellas presentaban miomatosis y el 28.5% por hemorragia uterina anormal.

Según lo expresado por las pacientes el 95% de ellas manifestó que los resultados de la cirugía habían sido mejores de lo esperado y solo el 5 % expresó que era igual a lo esperado.

El 76,5 % de las pacientes expresó que su salud ahora es mucho mejor que antes de la cirugía, manifestando un alto sentimiento de satisfacción por el procedimiento. El 18,5 % de las pacientes dijo que su salud ahora es solo un poco mejor que antes y el 4,5 % que es igual que antes. Llama la atención que el 95 % de las pacientes expresa una mejoría de su salud en comparación con antes de la cirugía. Solo el 0,5 % de las pacientes expresó que su salud ahora es peor que antes.

En cuanto a la recuperación, las pacientes respondieron que se encontraban completamente recuperadas en el 94,5 %, parcialmente en el 5 % y solo el 0,5 % aún no se sentían recuperadas.

Al preguntárseles a las pacientes que tan rápido había sido la recuperación, éstas expresaron que mas rápida de lo esperado en el 54,5 %, tan rápido como lo esperaban en el 35,5 % y mas lento de lo esperado en el 10 %.

En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales las pacientes manifestaron que permaneció igual en un 50,5 %, que disminuyó en el 23 %, que aumentó notablemente en el 1,5 % y que aumento un poco en el 2,5 %. Cabe anotar que 45 pacientes de las 200, lo que equivale al 22,5 % de todas dijeron no tener relaciones sexuales después de la cirugía ya que no tenían pareja.

Al preguntárseles acerca de la satisfacción sexual a las pacientes que tenían relaciones sexuales (155 pacientes), éstas dijeron que permaneció igual en 98 pacientes (63,2 %), disminuyó en 44 pacientes (28,3 %), aumento notablemente en 4 pacientes (2,5 %) y aumentó un poco en 9 de ellas (5,8 %).

A esas mismas pacientes se les indagó acerca de si hubo problemas relacionados con la actividad sexual posterior a la cirugía y el 58,7 % respondieron afirmativamente de la siguiente manera: resequedad vaginal en 62 pacientes (40 %), dolor en 17 pacientes (10,9 %), rechazo de la pareja en 5 pacientes (3,2 %), falta de orgasmos en 4 pacientes (2,5 %), disminución de la libido en 3 pacientes (1,9 %). Llama la atención que solo en 64 pacientes no existió ningún tipo de problemas relacionados con la actividad sexual (41,2 %).

Se pudo encontrar además que solo a 11 pacientes se les había practicado la cirugía de manera urgente (5,5 %) y el resto 189 pacientes de forma programada (94,5 %).

Al preguntarle a las pacientes con pareja (155) acerca de su vínculo marital las pacientes respondieron que había permanecido igual en 118 de ellas (76,1 %), el marido había perdido interés por la relación en 36 pacientes (23,2 %); y solo 1 paciente (0,6 %) mencionó que se había separado al año de la cirugía pero por causas distintas al procedimiento. Durante la encuesta nos encontramos a 3 pacientes que ya no vivían con sus esposos pero no pudimos interrogarlas.

En cuanto a si la cirugía había mejorado las relaciones con alguien las pacientes respondieron de la siguiente manera: con los familiares en 34 pacientes (17 %), con el esposo en 39 pacientes (19,5 %), con los hijos en solo 2 pacientes (1 %). La mayoría de las pacientes expresó que con ninguno en 125 ocasiones (62,5 %).

La cirugía empeoró las relaciones solo en 10 pacientes discriminados así; con el esposo 7 pacientes (3,5 %), con los hijos 2 pacientes (1 %), con los familiares 1 paciente (0,5 %). A la mayoría de las pacientes (190) no se les empeoró las relaciones que tenían en su familia para un 95 %.

También se pudo observar que la cirugía no modificó el entorno social de las pacientes ya que la gran mayoría 139 de ellas (69,5 %) respondieron que no mejoraron su entorno social. Por el contrario 59 pacientes ( 29,5 %) manifestaron que si habían mejorado las relaciones con sus vecinos y 2 pacientes con sus subalternos (1 %).

En 198 pacientes (99 %) se manifestó que no empeoró el entorno social con nadie; mientras solo en 2 pacientes si se empeoró con los subalternos (1 %).

En cuanto al tiempo en que las pacientes pudieron comenzar a realizar sus labores cotidianas éstas respondieron así: menos de 1 mes 11 pacientes (5,5 %), de 1 a 2 meses 31 pacientes (15,5 %), de 2 a 3 meses 87 pacientes (43,5 %), de 3 a 6 meses 60 pacientes (30 %), de 6 meses a 1 año 11 pacientes (5,5 %).

El 97,5 % (195 pacientes) respondieron que no quedaron con alguna limitación física o incapacidad para realizar sus labores; y solo el 2,5 % manifestó lo contrario (5 pacientes). De las cinco pacientes que manifestaron haber quedado con alguna limitación física el dolor fue la causa común; cuatro de ellas presentaban con diagnóstico prequirúrgico miomatosis una cáncer de cervix.

Llama la atención que al intentar evaluar sobre la presencia de síntomas de depresión se encontró que 115 pacientes de las 200, lo que equivale a 57,5 %, manifestaron al menos 1 de ellos antes de la cirugía, los cuales se mencionan a continuación: tristeza en 53 pacientes (46 %), insomnio en 41 pacientes (35,6 %), pérdida de la memoria en 6 pacientes (5,2 %), irritabilidad en 5 pacientes (4,3 %), preocupaciones en 4 pacientes (3,4 %) y fatiga muscular, intranquilidad e ideas negativas 2 pacientes cada una para un 5,2 % restante. Solo 85 pacientes no expresaron ningún síntoma de depresión prequirúrgica

Si bien es cierto que después de la cirugía se incrementa el número de pacientes asintomáticas, es importante establecer que de las 85 que antes de la cirugía lo eran, después de la cirugía 11 padecen algún tipo de síntoma relacionado con depresión, siendo 4 con sentimientos de tristeza, 3 con pérdida de la memoria, 2 con irritabilidad y 2 con insomnio.

Posterior a la cirugía, solo 46 pacientes de las 200 lo que equivale a 23 % ; expresaron al menos 1 síntoma de depresión los cuales se mencionan a continuación: insomnio en 15 pacientes (32,6 %), tristeza en 13 pacientes (28,2 %), pérdida de la memoria en 10 pacientes (21,7 %), irritabilidad en 4 pacientes (8,6 %), ideas negativas en 2 pacientes (4,3 %), fatiga muscular e intranquilidad con 1 paciente cada una para un 4,3 % restante.

Del total de pacientes que antes de la cirugía eran asintomáticas hoy son sintomáticas el 12.94 (11 de 85 pacientes). Del total de las que después de la cirugía son sintomáticas no lo eran antes de la cirugía representa el 23.91% (11 de 46 pacientes). Y del total de pacientes que antes eran sintomáticas y hoy son asintomáticas se logra una recuperación del 48% (74 de 154). Del total de pacientes que eran sintomáticas y hoy no lo son (80 de 115 pacientes) se alcanza una recuperación del 69.5%. y del total de pacientes que hoy son asintomáticas antes lo eran (80 de 154 pacientes) representa el 52%.

En cuanto a cansancio o fatiga muscular 171 pacientes respondieron negativamente para un 85,5 % y 29 pacientes manifestaron que si para un 14,5 %.

Al preguntársele a las pacientes si su médico tratante había resuelto las dudas que ellas tenían acerca de de su estado posquirúrgico o acerca de la cirugía; respondieron que: SI a todas las dudas 176 pacientes para un 88 %, SI algunas dudas 19 pacientes para un 9,5 %, No ninguna duda 5 pacientes para un 2,5 %.

El 99,5 % de las pacientes le recomendaría a las otras en su misma situación que se realizaran la cirugía, dada la satisfacción de ellas sobre el procedimiento. Sin embargo, cabe destacar lo positivo de la respuesta teniendo en cuenta la creencia o el convencimiento que este tipo de procedimiento afecta la vida sexual de la paciente y por ende de la pareja.

## CONCLUSIONES

- La causa mas frecuente por la que fue llevada la paciente a cirugía fue la miomatosis en un 50 % de los casos.
- El 28 % de las pacientes saben con certeza que se les practicó ooforectomía y un 15% desconocen si se les realizó o no este procedimiento.
- El rango de edad mas frecuente en el que se practicó el procedimiento quirúrgico fue de 41 a 50 años.
- La vía mas frecuente por la que se practicó la histerectomía fue la vía abdominal en el 94 % de los casos.
- Muy pocas pacientes presentaron complicaciones posquirúrgicas, solo el 6,0 % de ellas y la más frecuente fue la infección de la herida quirúrgica.
- El 95 % de las pacientes observaron que los resultados de la cirugía fueron mejores a lo esperado.
- El 94,5 % de las pacientes regresó a sus labores cotidianas antes de los seis meses después del procedimiento.
- Las pacientes después del procedimiento quirúrgico se adaptaron normalmente a su ambiente familiar, social y laboral, ya que retornaron rápidamente a sus labores diarias; la mayoría no presentaron limitaciones físicas ni incapacidades y de manera similar tampoco se vieron afectadas las relaciones familiares y sociales.

- En el 50.5% de las pacientes no presentó cambios significativos en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales y para la satisfacción sentida durante el coito después del procedimiento quirúrgico fue del 62.5%, solo el 29,6 % de las pacientes vieron disminuidas la frecuencia de las relaciones sexuales y el 28,3 % sintieron disminución en la satisfacción sexual durante el coito.
- El médico tratante respondió satisfactoriamente a las dudas de las pacientes en un 97,5 % de los casos.
- La satisfacción de las pacientes por el procedimiento llevado a cabo fue tan alto que el 99, 5% de ellas recomendarían la cirugía a otra mujer que presentara los mismos síntomas o problemas.
- El nivel de satisfacción de las pacientes no es acorde al porcentaje de pacientes que presentan alteración en la actividad sexual.

## RECOMENDACIONES

El grupo investigador recomienda:

- Que el médico tratante una vez programe a la paciente para cirugía, se exponga a la pareja sus ventajas, como por ejemplo resolución de síntomas y los posibles cambios en la actividad sexual.
- Hacer énfasis a la paciente del tipo de tratamiento llevado a cabo (mediante documento escrito), por cuanto es frecuente encontrarse con pacientes que lo desconocen, como por ejemplo la ooforectomía.
- Continuar la presente investigación comparada con controles; y realizar un estudio teniendo en cuenta la opinión o el punto de vista del compañero de la paciente para determinar la frecuencia de las alteraciones psicosexuales.
- Hacer partícipe de los futuros trabajos que de la presente investigación se deriven a especialistas como por ejemplo psiquiatras, psicólogos, etc.
- Idealmente se recomienda practicar valoración prequirúrgica por parte de psiquiatría o psicología a la paciente con indicación de histerectomía para lograr determinar con certeza la frecuencia de síntomas relacionados con depresión.
- Incentivar el diligenciamiento del consentimiento informado que explique los riesgos, beneficios y tratamiento alternativo.
- Reforzar el seguimiento postquirúrgico de la paciente a largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benrubi GI. History of hysterectomy J Fla Med Assoc 1988; 75: 533-8.
2. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Center for disease Control. National Hospital Discharge Survey, Annual Summary. ( Viral and Health Statistics. Series 13, Data from the National Health Survey) Hyattsville, MD; U.S. Department of Health of Human Services, 1991.
3. Pokras R. Hysterectomy: Past, present and future. Stat Bull Metrop Insur Co 1989; 70: 12.
4. Spencer G. Projections of the population of the United States, by Age, Sex, and Race, 1983to 2080 ( Current population reports. Population and projections. Series P – 25; no 952) Washington, DC:U.S. dept of Commerce. Bureau of the Census, 1984.
5. Pokras R. Hysterectomy in the United States. Am J Public Health 1988; 78: 852-3.
6. Roos NP. Hysterectomy: variations in rates across small areas and across physicians' practice. Am J Public Health 1984; 74: 327-35.
7. Kjerulff KH et al. Hysterectomy and race. Obstet Gynecol 1993; 82:757-64.
8. Gambone JC, Reifer RC. Hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 1990; 33: 205-11.

9. Parker WH. Uterine sarcoma in patients operated for presumed leiomyomata and presumed rapidly growing leiomyoma. *Obstet Gynecol.* 1994; 83: 814-78.
10. Friedman AJ. Should uterine size be an indication for surgical intervention in women with myomas? *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 751-5.
11. Stovall TG. A randomized trial evaluating leuprolide acetate prior to hysterectomy for leiomyomata. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164: 1420-5.
12. Ke RW. Endometrial ablation to control the excessive uterine bleeding. *Human Reprod* 1991; 6: 574-80.
13. Gambone JC. Nonsurgical management of chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 205-11.
14. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ. The Maine women's health study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 556-65.
15. Stovall TG, Ling FW, Crawford DA. Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 676-9.
16. Stovall TG. Histerectomia Ginecología de Novak Cap 22; 12a Ed. 1997: 727-67.
17. Gambone JC. Short-term outcome of incidental hysterectomy at the time of adnexectomy for benign disease. *J Womens Health* 1992; 1: 197-200.
18. Kovac SR. Guidelines to determine the route of the hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 18-23.

19. Alvarez M, Cruz P, De Andrade J. Depresión en pacientes hysterectomizadas: Un problema de desinformación. Rev Ven Psiquiatría 2000.
20. Khastgir G, Studd J. Patients' outlook, experience, and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy. 2000; 183: 1427-33.
21. Unger JB. Satisfaction with hysterectomy: Low-income underinsured teaching hospital patients versus insured patients at a private hospital. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187 (6): 1528-32.
22. Kjerulff KH, Rodhes JC, Langenberg PW, Harvey LA. Patients satisfaction with results of hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 1440-7.
23. Kritz-Silverstein D. Hysterectomy status and life satisfaction in older women. J Womens Health Gend Based Med 2002; 11(2): 181-90.

# ANEXOS

**ANEXO No 1**

**PROTOCOLO CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES  
POSTHISTERECTOMÍA.**

A. ¿Cuál fue la causa que motivó la histerectomía ?

- |                                  |                          |                      |                          |         |                          |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| 1. Miomatosis                    | <input type="checkbox"/> | 4. Prolapso genital  | <input type="checkbox"/> | 7. NIC  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sangrado anormal              | <input type="checkbox"/> | 5. Cáncer            | <input type="checkbox"/> | 8. Otra | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sangrado posparto/ postaborto | <input type="checkbox"/> | 6. Infección uterina | <input type="checkbox"/> |         |                          |

B. Se le extirparon los ovarios durante la histerectomía?

1. SI                       2. NO                       3. NO SABE

C. Hace cuanto tiempo se le practicó la cirugía:

- |                          |                          |   |   |   |
|--------------------------|--------------------------|---|---|---|
| 1. Hace menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> | Fecha de la Cirugía:                              |   |   |
| 2. De 6 – 12 meses       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. De 1 a 5 años         | <input type="checkbox"/> | día   | mes   | año   |
| 4. De 5 a 10 años        | <input type="checkbox"/> |   |   |   |
| 5. Mas de 10 años        | <input type="checkbox"/> |   |   |   |

CH. A que edad se le practicó la cirugía:

- |                 |                          |                   |                          |
|-----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. 15 – 20 años | <input type="checkbox"/> | 4. 41 – 50 años   | <input type="checkbox"/> |
| 2. 21 – 30 años | <input type="checkbox"/> | 5. 51 – 60 años   | <input type="checkbox"/> |
| 3. 31 – 40 años | <input type="checkbox"/> | 6. Mas de 60 años | <input type="checkbox"/> |

D. Por que vía se le practicó la cirugía:

- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 1. Abdominal     | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vaginal       | <input type="checkbox"/> |
| 3. Laparoscópica | <input type="checkbox"/> |

E. Después de la cirugía presentó alguna complicación por la que tuvo que ser hospitalizada nuevamente:

- |                |                          |
|----------------|--------------------------|
| 1. Si          | <input type="checkbox"/> |
| 2. No          | <input type="checkbox"/> |
| 3. No recuerda | <input type="checkbox"/> |

F.Cuál de las siguientes complicaciones presentó:

- |                                      |                          |   |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Infección de la herida quirúrgica | <input type="checkbox"/> | 5. Sangrado sin transfusión                   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Infección urinaria                | <input type="checkbox"/> | 6. Obstrucción intestinal o lesión intestinal | <input type="checkbox"/> |
| 3. Infección de la cúpula vaginal    | <input type="checkbox"/> | 7. Lesión de uréteres                         | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sangrado con transfusión          | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| 8. Otra o ninguna:                   |                          |   |                          |
- 

G. Resolvió la histerectomía los problemas o síntomas que presentaba antes de ella:

- |                  |                          |            |                          |
|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 1. Completamente | <input type="checkbox"/> | 3. Algunos | <input type="checkbox"/> |
| 2. La mayoría    | <input type="checkbox"/> | 4. Ninguno | <input type="checkbox"/> |

H. Los resultados de la cirugía fueron:

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Mejores de lo esperado | <input type="checkbox"/> |
| 2. Igual a lo esperado    | <input type="checkbox"/> |
| 3. Peor de lo esperado    | <input type="checkbox"/> |

I. Su salud ahora, en comparación con antes de la cirugía es:

- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 1. Mucho mejor   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Un poco mejor | <input type="checkbox"/> |
| 3. Igual         | <input type="checkbox"/> |
| 4. Peor          | <input type="checkbox"/> |

J. En este momento diría usted que está:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Completamente recuperada de la cirugía | <input type="checkbox"/> |
| 2. Parcialmente recuperada de la cirugía  | <input type="checkbox"/> |
| 3. No está recuperada                     | <input type="checkbox"/> |

K. Su recuperación después de la cirugía ha sido:

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Mas rápida de lo esperado | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mas lenta de lo esperado  | <input type="checkbox"/> |
| 3. tanto como lo esperaba    | <input type="checkbox"/> |

L. La frecuencia de las relaciones sexuales después de la histerectomía:

- |                         |                          |                     |                          |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. Aumentó notablemente | <input type="checkbox"/> | 3. Permaneció igual | <input type="checkbox"/> |
| 2. Aumentó un poco      | <input type="checkbox"/> | 4. Disminuyó        | <input type="checkbox"/> |

LL. La satisfacción sentida durante el coito después de la histerectomía:

1. Aumentó notablemente  
2. Aumentó un poco

3. Permaneció igual  
4. Disminuyó

M. Cual de los siguientes problemas relacionados con la actividad sexual ha sido el más frecuente después de la cirugía:

1. Dolor con la relación sexual  
2. Falta de orgasmos  
3. Resequedad vaginal

4. Disminución de la libido  
5. Rechazo de la pareja

N. La histerectomía que se le practicó fue:

1. Producto de una urgencia.  
2. Programada

Ñ. Después de la histerectomía su vínculo marital:

1. Se mantuvo igual que antes de la cirugía.  
2. Se mantiene pero su esposo ha perdido interés por usted  
3. Se mantiene pero su esposo (al parecer) mantiene otra relación simultánea  
4. Se disolvió por causas relacionadas a la cirugía  
5. Se disolvió pero por causas diferentes a la cirugía

O. En caso de que haya sido positiva la respuesta, cuánto tiempo después de la cirugía ocurrió la separación ?

1. A los 6 meses  2. De 6 meses a 1 año  3. Después del año

P. La histerectomía que se le practicó, Mejóro la empatía hacia:

1. Familiares (con los que no vive)  
2. Esposo

3. Hijos  
4. Ninguno

Q. La histerectomía que se le practicó, Empeoró la empatía hacia:

1. Familiares (con los que no vive)  
2. Esposo

3. Hijos  
4. Ninguno

R. La histerectomía que se le practicó, Mejóro el entorno social que compartía con:

- 1. Compañeros de estudio o trabajo
- 2. Vecinos
- 3. Jefes


- 4. Subalternos
- 5. Ninguno


S. La histerectomía que se le practicó Empeoró el entorno social que compartía con:

- 1. Compañeros de estudio o trabajo
- 2. Vecinos
- 3. Jefes


- 4. Subalternos
- 5. Ninguno


T. Qué tiempo tardó en realizar nuevamente sus labores cotidianas después de la cirugía:

- 1. Menos de 1 mes
- 2. De 1 a 2 meses
- 3. de 2 a 3 meses


- 4. De 3 a 6 meses
- 5. De 6 a 1 año

- 6. No pudo recuperar su capacidad productiva


U. Después de la Histerectomía presenta alguna limitación física o incapacidad para realizar sus labores cotidianas:

1. Si

2. No

V. Antes de la cirugía presentaba algunos de los siguientes síntomas:

- 1. Tristeza
- 2. Irritabilidad
- 3. Pérdida de la memoria
- 4. Intranquilidad


- 5. Ideas negativas
- 6. Fatiga muscular
- 7. Preocupaciones


- 8. Insomnio
- 9. Ninguno


W. Después de la cirugía se incrementó algunos de los siguientes síntomas:

- 1. Tristeza
- 2. Irritabilidad
- 3. Pérdida de la memoria
- 4. Intranquilidad


- 5. Ideas negativas
- 6. Fatiga muscular
- 7. Preocupaciones


- 8. Insomnio
- 9. Ninguno


X. Después de la cirugía presentó algún síntoma de cansancio o fatiga que le impidiera realizar lo que usted deseaba:

1. Si

2. No

Y. Considera usted que su médico tratante antes de la cirugía, resolvió:

- 1. Todas sus dudas acerca de la histerectomía
- 2. Algunas dudas acerca de la histerectomía
- 3. No resolvió ninguna duda.

Z. Está tan satisfecha usted con los resultados de la cirugía que le recomendaría a otra paciente en sus misma situación, que se practicara histerectomía ?

- 1. SI
- 2. NO
- 3. NO SABE

SUGERENCIAS DE LA PACIENTE

---

---

---

---

---

---

---

Muchas Gracias