



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“IMPACTO DE LA HISTERECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES ENTRE 35 A 55 AÑOS DE EDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DURANTE EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2012”**

Requisito previo para optar por el título de Médico

**Autora:** Miranda Yanzapanta, Cristina Elizabeth

**Tutor:** Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Ambato – Ecuador

Mayo, 2013

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“IMPACTO DE LA HISTERECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES ENTRE 35 A 55 AÑOS DE EDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DURANTE EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2012”**,  
de Cristina Elizabeth Miranda Yanzapanta egresada de la Carrera de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2013

EL TUTOR

.....  
Dr. Fernando Salazar

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“IMPACTO DE LA HISTERECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES ENTRE 35 A 55 AÑOS DE EDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DURANTE EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

.....  
Cristina Elizabeth Miranda Yanzapanta

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autora.

Ambato, Mayo del 2013

**AUTORA**

.....  
Cristina Elizabeth Miranda Yanzapanta

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“IMPACTO DE LA HISTERECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES ENTRE 35 A 55 AÑOS DE EDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DURANTE EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2012”**, de Cristina Elizabeth Miranda Yanzapanta, egresada de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo del 2013

Para constancia firman

.....

## **DEDICATORIA**

La presente tesis y mi carrera completa, se la dedico a mi madre y amiga Gloria que gracias a su apoyo incondicional y su ejemplo de lucha incansable ha hecho de mí la persona que soy, gracias madre tú fuiste mi bendición y el mejor regalo que Dios me ha dado, también se la quiero dedicar a un ser muy especial que aunque hoy no esta conmigo supo brindarme las palabras adecuadas en el momento necesario lo cual me impulso a seguir adelante y no detenerme ante los obstáculos que se pueden presentar, ya que nadie se levanta sin previamente haber caído y nadie vence sin haber luchado, esa persona eres tu mi viejito querido Nicolás, nunca te olvidare tú fuiste la base de nuestra familia el mayor ejemplo de fortaleza y honestidad.

Cristina

## AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios quien es el único que impulsa nuestras vidas a cada paso, el que pone en contacto nuestra mano, mente y corazón para lograr que nos desempeñemos cada día de la mejor manera en esta noble profesión.

Al tutor de esta tesis Dr. Fernando Salazar, por el tiempo dedicado, la orientación en todos y cada uno de los capítulos, ya que su gran experiencia profesional permitió destacar lo mejor en esta investigación, a la Dra. Aida Aguilar por su ayuda incondicional y sus sabios consejos.

A mi familia por todos los consejos brindados, por el apoyo, los ánimos y el entendimiento brindado en los momentos mas difíciles.

A todo el personal administrativo y de servicio del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, institución que me abrió las puertas para el desarrollo de este trabajo investigativo con el mayor de los gustos, al Dr. Adrian Noboa, una gran ejemplo de docente y profesional de esta querida institución. A todas aquellas personas que aceptaron voluntariamente formar parte de este proyecto con el mayor de los deseos, contando sus vivencias contribuyeron al realce aún más del sentido humanitario y labor desinteresada del médico.

A todas aquellas personas que fueron partícipes de mi vida universitaria y que se convirtieron en parte de mi crecimiento como profesional, a todas ellas muchas gracias por todo, los llevo en mi corazón.

Cristina

## INDICE GENERAL

Portada.....	I
Aprobación del tutor.....	II
Autoría del trabajo de grado.....	III
Derechos del autor.....	IV
Aprobación del jurado examinador.....	V
Dedicatoria.....	VI
Agradecimiento.....	VII
Índice.....	VIII
Resumen.....	XIV
Summary.....	XVI

## ÍNDICE CAPITULOS

Introducción.....	1
-------------------	---

### CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1 TEMA:.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
1.2.2 ANALISIS CRÍTICO .....	6
1.2.3 PROGNOSIS .....	8
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8



1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	8
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4 OBJETIVOS.....	10
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	11
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA .....	14
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	14
2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	16
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	17
2.5.1 HISTERECTOMIA.....	17
2.5.1.1 GENERALIDADES.....	17
2.5.1.2 ANATOMIA APARATO GENITAL FEMENINO .....	17
2.5.1.3 DEFINICION .....	28
2.5.1.4 EPIDEMIOLOGIA.....	28
2.5.1.5 TIPOS HISTERECTOMIA .....	28
2.5.1.6 ABORDAJES QUIRURGICOS HISTERCTOMIA .....	29
2.5.1.7 INDICACIONES PARA UNA HISTERECTOMIA.....	32
2.5.2 CALIDAD DE VIDA.....	32
2.5.2.1 DEFINICION SEGÚN OMS.....	32
2.5.2.2 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA .....	32
2.5.2.3 INDICES DE CALIDAD DE VIDA.....	33
2.5.3 CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA.....	34
2.5.3.1 GENERALIDADES .....	34
2.5.3.2 DIMENSIONES QUE SE DEBE VALORAR.....	35
2.5.4 REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMIA EN LA MUJER.....	37
2.5.5 EFECTOS DE LA HISTERECTOMIA EN LA PACIENTE.....	38
2.5.6 IMPLICACIONES HISTERCTOMIA EN LA IMAGEN CORPORAL....	39

2.5.7 REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DE LA HISTERECTOMIA.....	40
2.5.8 PSICOTERAPIA EN LA HISTERECTOMIA .....	41
2.5.9 CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.....	41
2.5.9.1 EVALUACION Y PUNTUACION DEL CUESTIONARIO.....	42
2.5.9.2 CONTENIDO DEL SF-36.....	43
2.6 HIPOTESIS.....	45
2.7 SEÑALIZACIÓN DE VARIABLES.....	45

### CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE.....	46
3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACION.....	46
3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN. ....	46
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	46
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	47
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	47
3.5 CRITERIOS ÉTICOS .....	47
3.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	48
3.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	48
3.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE .....	49
3.7 PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION .....	50
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	50

### CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANALISIS RESULTADOS/INTERPRETACION DATOS.....	51
4.1.1 CARACTERISTICS DE LA POBLACION .....	51
4.1.1.1 EDAD .....	51
4.1.1.2 ESTADO CIVIL.....	52
4.1.1.3 PROCEDENCIA .....	53
4.1.1.4 NIVEL DE INSTRUCCION .....	54
4.1.1.1 OCUPACION.....	55
4.1.2 CONDICION SOCIOECONOMICA .....	55
4.1.3 ABORDAJE QUIRURGICO.....	56

4.1.4 INFORMACION MEDICA .....	57
4.1.4.1 ADMINISTRACIÓN DE IM PRE-POSTQUIRÚRGICA .....	57
4.1.4.2 TIPO DE INFORMACION MEDICA RECIBIDA.....	58
4.1.5 CALIDAD DE VIDA PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.....	59
4.2 VALIDACION DE LA HIPOTESIS .....	61

## CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.....	62
5.2.RECOMENDACIONES.....	63

## CAPÍTULO VI PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	64
6.1.1 TÍTULO .....	64
6.1.2 INSTITUCIÓN EFECTORA.....	64
6.1.3 BENEFICIARIOS .....	64
6.1.4 UBICACIÓN.....	64
6.1.5 TIEMPO.....	64
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.....	64
6.1.7 COSTO .....	65
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	65
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	66
6.4 OBJETIVOS .....	66
6.4.1 OBJETIVO GENERAL .....	66
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	66
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....	66
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA TECNICA .....	68
6.6.1 REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMIA EN LA MUJER.....	68
6.6.2 REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DE LA HISTERECTOMIA.....	69
6.6.3 PSICOTERAPIA EN LA HISTERECTOMIA.....	70
6.7 MODELO OPERATIVO .....	71

6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA .....	72
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALACIÓN .....	73
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>

## INDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Grafico 1. Corte Ovario.....	19
Grafico 2. Partes Trompas de Falopio.....	21
Grafico 3. Corte Transversal Utero.....	22
Grafico 4. Capas Utero.....	23
Grafico 5. Utero alojando embrión.....	24
Figura 1. Distribución según grupo de edad.....	51
Figura 2. Distribución por estado civil.....	52
Figura 3. Distribución según procedencia.....	53
Figura 4. Distribución según nivel de instrucción.....	54
Figura 5. Distribución según ocupación.....	55
Figura 6. Distribución según condicion socioeconómica.....	56
Figura 7. Distribución según tipo de abordaje quirúrgico.....	57
Figura 8. Distribución según información médica.....	58
Figura 9. Distribución según tipo de información médica recibida.....	59
Figura 10. Distribución según calidad de vida pacientes histerectomizadas.....	60

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

**“IMPACTO DE LA HISTERECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES ENTRE 35 A 55 AÑOS DE EDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DURANTE EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2012”**

**Autora:** Miranda Yanzapanta, Cristina Elizabeth

**Tutor:** Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Fecha: Mayo del 2013

**RESUMEN**

La investigación realizada determino el impacto de la Histerectomía sobre la Calidad de vida de quienes fueron sometidas a la misma, fue un estudio de campo, de corte transversal, el estudio estuvo constituido por 50 pacientes Histerectomizadas del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, que cumplieron con los criterios de selección, obteniéndose lo siguiente: la edad media de la población de estudio fue de 44 años con un rango edad comprendido entre los 35 y los 55 años, el estado civil que predominó fue el casado con el 60% del grupo, la escolaridad la instrucción primaria lidera la lista con el 46% seguido por el grupo que tiene instrucción secundaria con el 28%. De acuerdo a la procedencia el grupo rural representó el 60% y el urbano el 40%. En cuanto a la ocupación las labores domésticas predominaron con el 86% seguido por otras ocupaciones con un porcentaje similar y mínimo. La condición

socioeconómica que predominó fue regular con el 50%, seguido por el de mala con el 36%, en cuanto al tipo de cirugía mas empleada fue la de tipo abdominal con un 92%, y la de tipo vaginal tuvo apenas un 8%.

En lo referente acerca de que si las pacientes recibieron información médica pre-quirúrgica el 96% tuvo una respuesta afirmativa y el 4% fue negativa. En cuanto a si las pacientes recibieron información médica post-quirúrgica el 92% tuvieron una respuesta afirmativa y el 8% fue negativa. De acuerdo al tipo de información que recibieron el 52% tuvo una información poco precisa, seguida por 34% que refirió que esta fue escasa, el 8% dijo que esta fue clara y precisa y el 6% se refiere a esta como escasa.

El análisis demostró que el 42% del grupo vive con una calidad de vida considerada como regular, el 30% manifestó que tiene una mala calidad de vida, el 18% refirió como buena su calidad de vida, el 6% como muy buena y el 4% como pésima.

Se definió que la calidad de vida es peor en aquellos pacientes que recibieron información médica poco precisa-escasa pre-post/histerectomía. En el estudio no se encontró relación entre el tipo de abordaje quirúrgico y la apreciación de calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** HISTERECTOMIA, INFORMACION\_MEDICA, CALIDAD\_VIDA.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER

**"HYSTERECTOMY IMPACT ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS  
BETWEEN 35 TO 55 YEARS OF SERVICE HOSPITAL OBSTETRICS  
GYNECOLOGY AND MONTENEGRO ALFREDO NOBOA DURING  
FEBRUARY - AUGUST 2012"**

**Author:** Miranda Yanzapanta, Cristina Elizabeth

**Tutor:** Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

**Date:** May 2013

**ABSTRACT**

The investigation determined the impact of hysterectomy on the quality of life of those who were subjected to it, was a field study, cross-sectional study consisted of 50 patients hysterectomized Hospital Alfredo Montenegro Noboa, who met selection criteria, obtaining the following: the average age of the study population was 44 years with an age range between 35 and 55 years, marital status that prevailed was married to the 60% group, schooling primary education tops the list with 46% followed by the group with secondary education with 28%. According to the source the group accounted for 60% rural and 40% urban. Regarding occupation housework predominated with 86% followed by other occupations with similar percentages and minimum. The prevailing socio-economic status was regular with 50%, followed by the poor with 36%, in the type of surgery plus type used was a 92% abdominal, vaginal type and only 8% had.



Regarding about whether patients received pre-surgical medical information 96% had a positive response and 4% was negative. As to whether the patients received postoperative medical information, 92% had a positive response and 8% was negative. According to the type of information they received 52% had inaccurate information, followed by 34% who said that this was low, 8% said this was clear and precise and 6% refers to this as weak.

The analysis showed that 42% of the group live with a quality of life considered as fair, 30% reported having a poor quality of life, 18% reported as good quality of life, 6% as very good and 4% as bad.

It was decided that quality of life is worse in patients who received inaccurate medical information-poor pre-post/hysterectomy. The study found no relationship between the type of surgical approach and the assessment of quality of life.

**KEYWORDS:** HISTERECTOMY, MEDICAL\_INFORMATION, QUALITY\_LIFE.

## INTRODUCCION

La histerectomía se considera la intervención quirúrgica más común dentro de las ginecológicas para la mujer en edad fértil, y el diagnóstico más frecuente es el de mioma uterino. La consecuencia fisiológica inmediata de la histerectomía es la falta de menstruación, y, si se realiza además la anexectomía, la paciente se enfrenta a la menopausia quirúrgica.

No a existido estudios suficientes que pongan interés en investigar como esta cirugía influye en la vida de las pacientes sometidas a la misma y como posteriormente se podría ver afectada la percepción de su calidad de vida, el desarrollo de problemas de esta índole depende en mayor medida de la personalidad previa, actuando la intervención como desencadenante y, en cualquier caso, la visión que la paciente tenga sobre la operación y sus consecuencias será un buen índice de su equilibrio posterior

El término Calidad de Vida es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. El interés por estudiar la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemoriales, hoy es un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo en general.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social.

La paciente histerectomizada, suele sufrir cambios físicos, psicológicos y sociales, es decir en todo su estilo de vida, que no sólo la afectan a ella, sino a todo su entorno familiar. Es por este motivo, que es trascendental estudiar la Calidad de Vida de este tipo de pacientes, ya que se pretende identificar en qué medida la vida de estas pacientes se ven afectadas por dicha intervención.

Se pretende intervenir en el tipo de información médica que se le administra a estas pacientes tratando que esta sea dirigida de la forma mas clara y precisa y de esta manera pueda satisfacer todas las inquietudes que las pacientes tengan antes y despues de la cirugia y de esta forma puedan asimilar su condicion posterior y su calidad de vida no se vea alterada.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

#### **1.1. TEMA DE INVESTIGACION**

“IMPACTO DE LA HISTERECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES ENTRE 35 A 55 AÑOS DE EDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DURANTE EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2012”

#### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1. CONTEXTUALIZACION**

###### **MACRO**

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero, así como el procedimiento más frecuentemente realizado en ginecología. Se estima que en Estados Unidos de Norte América se realizan alrededor de 600.000 histerectomías anualmente, con una tasa de mortalidad de 0.4%.<sup>1</sup> En el anuario estadístico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en 2006, se reporta la histerectomía como la cirugía ginecológica de mayor prevalencia con un 17,6% equivalente a 293 pacientes de un total de 1.659.<sup>2</sup>

La histerectomía afecta a un 20% de la población femenina en Chile, es decir una de cada cinco mujeres en algún momento de sus vidas se verá sometida a esta cirugía; su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 35-49 años.<sup>3</sup> Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la

autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros.<sup>3</sup>

Los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, ello ha llevado a cambiar la visión de los profesionales considerando ámbitos como el estado de ánimo, redes de apoyo y entorno social, en este contexto surgen los estudios de calidad de vida.<sup>4</sup>

La radicalidad de esta cirugía causa gran impacto en la calidad de vida de la mujer, luego de la cirugía, la paciente puede experimentar dolores corporales, como dolor de espalda, de hombros o abdominal y sienten el cuello endurecido, además del dolor físico, las mujeres que enfrentan una histerectomía experimentan un torbellino emocional.<sup>5</sup> Es natural que se sientan preocupadas, ansiosas y temerosas ante esta cirugía, aunque ellas hayan decidido hacérsela.<sup>5</sup>

En la mayoría de los casos, la histerectomía es un procedimiento elegido y no una operación de emergencia. Esto quiere decir que la paciente libremente decide someterse al procedimiento, como una manera de curarse o aliviar sus síntomas relacionados con sus problemas ginecológicos (miomatosis, condilomatosis, fibrosis, etc.).<sup>6</sup>

Mientras la mayoría de las histerectomías se llevan a cabo con mujeres entre los 40 y 50 años de edad, a veces también la experimentan mujeres más jóvenes.<sup>6</sup> Si una mujer no ha llegado a la menopausia y su histerectomía también involucra el retiro de ambos ovarios, experimentará la menopausia inmediatamente después de su cirugía, independientemente de su edad.<sup>6</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional; por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente.<sup>7</sup>

## **MESO**

El número de mujeres que necesita someterse a la histerectomía aumentó progresivamente en los últimos años.<sup>8</sup> Las creencias arraigadas en algunos contextos culturales llevan a las mujeres a asociar el útero a valores simbólicos importantes. La ausencia de este órgano causa impacto sobre la vivencia de la sexualidad y, consecuentemente, causa interferencia en la personalidad del ser humano. La sexualidad humana influye no sólo en la relación hombre-mujer, abarca también las demás relaciones que involucran personas.<sup>9</sup> En algunos escenarios culturales la mujer sin útero es rotulada como “mujer fría o vacía” y sufre las consecuencias de ese estigma.<sup>9</sup> Muchas mujeres creen que este órgano contribuye al placer sexual, tanto por los movimientos como por las contracciones que se originan de él. La existencia de esa creencia explica el hecho de que muchas mujeres se quejan de la disminución de la respuesta sexual después del retiro del útero.<sup>10</sup>

Cada año un gran número de mujeres en el Ecuador se ve enfrentada a la extracción del útero, siendo la histerectomía (HT) una de las cirugías más frecuente después de la cesárea.<sup>8</sup> No existen estudios publicados que describan el índice de prevalencia y mucho menos la influencia de la Histerectomía en la calidad de vida de las mujeres ecuatorianas.<sup>8</sup>

En Ecuador la calidad de vida de la población en general es considerada como modesta, principalmente debida al desempleo y el poco recurso económico de un gran número de la población, si a estos factores se asocia una enfermedad y por ende el aumento de gastos todo esto hace que la calidad de vida en general se deteriore aún más.<sup>11</sup>

## **MICRO**

En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, no se lleva a cabo un seguimiento veraz que permita obtener datos de la calidad de vida que llevan las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía en dicha institución

Debido a que en esta institución no existe estudios en la población mujeres histerectomizadas, se propone esta investigación con la finalidad de que los resultados constituyan una pauta que oriente cambios, para que el personal de salud ponga énfasis en la atención integral y en la búsqueda de equilibrio en todas las esferas de salud para una vida sana y más larga.

Al parecer la mayor parte de pacientes no siempre reciben información necesaria sobre el nivel de afectación que tendrá a futuro la histerectomía en la calidad de vida, de manera que se pudiera satisfacer sus necesidades médicas, psicológicas y funcionales mediante identificación temprana de problemas que podrían interferir en el tratamiento e intervenir oportunamente, a fin de que se mantuviese el más alto nivel de calidad de vida posible a pesar del tratamiento efectuado.

### **1.2.2. ANALISIS CRÍTICO**

La OMS ha definido como salud al completo estado de bienestar físico, mental y social, podemos ver que es tan esencial la completa coordinación de las 3 esferas para un correcto funcionamiento corporal, dado que si una falla, directamente repercutirá en el estado del paciente, pues es tan esencial verse y por supuesto sentirse bien.<sup>12</sup> Como profesionales de la salud, nuestra obligación ha sido llegar hacia el corazón del paciente, sentir el dolor ajeno y mediante el diálogo, hacer que tanto el paciente como sus familiares acepten la dura realidad, la enfrenten y luchen por la vida que aunque parezca llena de obstáculos sigue adelante, no descuidarse de las medidas terapéuticas aconsejadas y mirar hacia adelante por sobre todas las cosas y adversidades que se presenten.

La Histerectomía y la repercusión de esta sobre la calidad de vida de las mujeres sometidas a esta intervención, se ha convertido en un gran problema de salud a nivel mundial, al que tal vez por el poco interés demostrado por parte del personal de salud no se le presta mucha atención. El principal

problema son los trastornos depresivos a los cuales puede llevar el no tener un conocimiento claro y preciso de las repercusiones que la Histerectomía tendrá en la vida cotidiana de la mujer y los varios métodos de tratamiento que se le puede aplicar para un correcto funcionamiento corporal y mental.

La atención no integral de la paciente sometida a Histerectomía en muchos de los casos se ha debido a la limitación que existe en los servicios de salud, el no trabajo en equipo por parte del personal, apoyo psicológico deficiente, paciente poco informado acerca de su enfermedad y sus consecuencias y por supuesto el bajo nivel educacional y económico.

El propósito fundamental debería ser informar acerca de las complicaciones que pueden surgir después de una Histerectomía y a la vez concienciar tanto al paciente y a los familiares para luchar juntos por un mejor estilo de vida, enseñarles que hay que vivir más no solo sobrevivir.

Además el involucrar a la familia en esta situación es muy positivo, ya que la paciente sentirá el apoyo en la situación que se halla, que no sólo afrontará a la hora del tratamiento, sino que en su domicilio continuará, con la instauración de un régimen adecuado de actividades que le permita recuperar su estilo de vida, una toma de medicación correcta y una estabilidad emocional que será contenida por la familia, ya que el paciente presentará cambios de humor e incluso de carácter en algunos casos o inadecuación a la nueva situación en su vida.

Una paciente a la que se le realiza una Histerectomía, nunca volverá a ser la de antes, no se puede devolverle a su anterior estado de salud, la misión del médico es ayudarlo a que elabore sus nuevas normas de vida, que le permitan adaptarse a su nueva situación, y poder seguir viviendo de la mejor manera posible.



### **1.2.3. PROGNOSIS**

Este proyecto tiene como finalidad verificar el impacto que tiene la Histerectomía en la calidad de vida de las mujeres sometidas a esta intervención a fin de sugerir la implementar de un programa que tenga como finalidad brindar información clara y precisa a estas pacientes sobre su patología y el tratamiento a emplearse, esto se lo realizara en centros hospitalarios como en el HANM y de esta manera contribuir a un correcto manejo de estas pacientes y evitar que se altere su calidad de vida.

De no prestar atención a las alteraciones de la calidad de vida que las pacientes histerectomizadas del servicio de Ginecología y Obstetricia presentan posteriormente a esta intervención, seguiremos exponiendo a las mismas a que no se identifique a tiempo sus distintas problemáticas y esto retrase el brindar un apoyo y tratamiento oportuno y adecuado que proporcione un buen estilo de vida.

### **1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo influye la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro?

### **1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Qué condiciones socioeconómicas presentan las pacientes histerectomizadas?
- ¿Influye la administración de información médica pre-postquirúrgica en la percepción de la calidad de vida de las pacientes histerectomizadas
- ¿Cuál es la técnica quirúrgica mayormente empleada para la Histerectomía?

- ¿Cómo se podría mejorar la calidad de vida de las pacientes sometidas a Histerectomía?

### **1.2.6. DELIMITACION DEL PROBLEMA**

#### **DELIMITACIÓN ESPACIAL:**

Esta investigación se realizó en el Servicio de Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

#### **DELIMITACIÓN TEMPORAL:**

Este problema fue estudiado en el periodo Febrero - Agosto 2012

#### **DELIMITACIÓN DE CONTENIDO**

Campo: Ginecología  
Área: Cirugía Ginecológica  
Aspecto: Calidad de vida e Histerectomía  
Objeto de Estudio: Mujeres 35 – 55 años sometidas a histerectomía

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

En esta investigación se pretende determinar como influye la Histerectomía en la calidad de vida de las pacientes que han sido sometidas a la misma independientemente de su causa, para de esta manera tratar de contribuir a la detección precoz de complicaciones y brindar un tratamiento oportuno que permita obtener una buena calidad de vida, una reintegración normal a la actividades cotidianas y un desenvolvimiento adecuado.

La investigación busca generar información que sirva de base para educar a las pacientes y familiares permitiendo de esta manera un nivel de conocimiento correcto y adecuado que no distorsione la expectativa de vida de

las mujeres que son sometidas a esta intervención y por lo contrario permita afianzar lazos de cariño y apoyo en el entorno familiar lo cual ayude a una correcta recuperación y una integración mas rápida al entorno social.

Con los resultados de la investigación se pretende orientar a los profesionales de salud de la institución sobre como proceder, qué explicar y como llegar a ser mas que médico – paciente, logrando establecer un nexo entre los dos, ademas de implementar un servicio de consejería psicológica a todas las mujeres sometidas a esta intervención obteniendo un manejo optimo y una recuperación adecuada de estas pacientes.

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Identificar como influye la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las condiciones socioeconómicas de las pacientes histerectomizadas.
- Determinar la relación entre la administración de información médica pre-postquirúrgica y la percepción de la calidad de vida de las pacientes histerectomizadas
- Identificar cual es la técnica quirurgica mayormente empleada para la Histerectomía.
- Diseñar una propuesta para mejorar la calidad de vida de las pacientes sometidas a Histerectomía.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2. MARCO TEORICO

##### 2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Entre los soportes teóricos científicos a emplearse en la presente investigación se plantean los siguientes:

**Carmen Juana Castro Junchaya, 2010, “Autopercepción de la imagen corporal en pacientes sometidas a histerectomía radical”**

Actualmente en nuestro país el cáncer de Cuello Uterino ocupa el primer lugar, teniendo como alternativa terapéutica la cirugía entre otras.<sup>13</sup> El objetivo fue; determinar la autopercepción de la imagen corporal de las pacientes sometidas a histerectomía radical, e identificar la autopercepción en la dimensión física, emocional y social. El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes. La técnica fue la entrevista, y el instrumento la escala de Lickert modificada. Los resultados fueron: la autopercepción de la imagen corporal de las pacientes sometidas a histerectomía radical de un total de 30 (100%) pacientes, 12 (40%) tienen una autopercepción medianamente favorable, 10 (33%) desfavorable y 8 (27%) favorable. En la dimensión física 13 (43%) medianamente favorable, 9 (30%) desfavorable y 8 (27%) favorable, referido a que mi vida reproductiva ha sufrido cambios. En la dimensión emocional 14 (47%) medianamente favorable, 6 (20%) desfavorable y 10 (33%) favorable, relacionado a siento temor a perder mis encantos femeninos. En la dimensión social 15 (50%) medianamente favorable, 7 (23%) desfavorable y 8 (27%) favorable, que está dado por que me produce temor que mi esposo se interese en otra persona. Por

lo que SE CONCLUYE que la mayoría tiene una percepción medianamente favorable con tendencia desfavorable respecto a la auto percepción de la imagen corporal de las pacientes sometidas a histerectomía radical en las dimensiones físico, emocional y social, referido a que le preocupa envejecer, no acepto el acercamiento de mi pareja, conversar sobre mi problema de salud, ni participar en las actividades familiares y sociales.

***Alejandra Araya G. 1a, María Teresa Urrutia S. 1a, 2008 “El proceso de ser histerectomizada: aspectos educativos a considerar”***

La histerectomía (HT) es una de las cirugías más frecuente en Estados Unidos,<sup>14-15</sup> y a nivel mundial.<sup>16-17</sup> En Chile, se estima que una de cada cinco mujeres será histerectomizada.<sup>18</sup> La miomatosis uterina es la principal patología benigna causante de HT.<sup>14-16</sup> Según estadísticas internacionales, el 50% de las mujeres que son histerectomizadas, se les realiza además ooforectomía.<sup>19-20</sup> Para la mujer histerectomizada, la cirugía es una experiencia multidimensional y, sus efectos, evolucionan a lo largo del tiempo.<sup>21-22</sup> Las mujeres refieren tener una baja educación en torno a la cirugía y sus complicaciones.<sup>23</sup> Aquellas que son educadas refieren sentirse no satisfechas con la educación recibida.<sup>24</sup> Estos resultados son consistentes con hallazgos nacionales.<sup>25</sup> En Chile tres estudios han abordado aspectos de la educación de mujeres histerectomizadas. El primero, describió la experiencia de un programa transitorio de educación,<sup>18</sup> el segundo señala las necesidades educativas de las mujeres y el tercero muestra que el grado de satisfacción con la educación recibida es bajo.<sup>25</sup> **CONCLUSIONES:** La importancia de contar con programas educativos destinados específicamente a mujeres en proceso de ser histerectomizadas es reconocido a nivel nacional y mundial.<sup>25</sup> Proponemos que los servicios de atención primaria y/o secundaria de salud cuenten con un programa educativo a corto y largo plazo destinado a abordar las necesidades educativas del grupo de mujeres histerectomizadas y sus parejas. La literatura es consistente en señalar que el proceso educativo debe considerar un periodo peri-operatorio, un periodo de transición y un periodo a largo plazo.<sup>25</sup> Los beneficios de contar con un programa educativo son que las

mujeres disminuyen su ansiedad frente al procedimiento quirúrgico, contribuye al proceso de toma de decisión, disminuyen el dolor post-operatorio, y estimulan el desarrollo de conductas de autocuidado peri operatorio. Una limitación de esta revisión bibliográfica es que solo considera aspectos educativos orientados a mujeres con histerectomía programada; lo que implica que deja fuera a todas aquellas mujeres con histerectomía de urgencia. Existe escasa literatura en torno a este tema, Wade y cols postulan que existen diferencias en las necesidades educativas entre las mujeres que se someten a una histerectomía sin haber completado el número de hijos planificado con su pareja versus las que no.<sup>22</sup> Futuras investigaciones son necesarias en nuestro país en áreas como necesidades educativas de las parejas de las mujeres histerectomizadas y las necesidades educativas de las mujeres sometidas a una histerectomía no programada, de tal manera que entreguen información sobre como contribuir a planificar un cuidado humanizado a las mujeres histerectomizadas y sus parejas. Una educación centrada en las necesidades de las usuarias es una pieza clave en el cuidado de la mujer, e idealmente debiera ser entregada a través de un programa educativo establecido, con información oportuna y atinente a las reales necesidades de las mujeres histerectomizadas y sus parejas.

**Pamela Cerda C.a, Patricia Pino Ch.a, María Teresa Urrutia S.1,a, 2006, “Calidad de vida en mujeres histerectomizadas”**

La histerectomía afecta a un 20% de la población femenina en Chile; su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 35-49 años. Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros. La presente revisión pretende dar a conocer como la histerectomía afecta la calidad de vida y sus diferentes dimensiones en las usuarias, con el propósito de contribuir al conocimiento del tema y colaborar para un mejor enfrentamiento de estas usuarias. A pesar del impacto de la histerectomía en la calidad de vida de estas mujeres, son escasas las investigaciones que estudien dicha relación. Al

comparar la calidad de vida entre mujeres sanas y mujeres histerectomizadas, estas tuvieron similares niveles de calidad de vida, en los dominios: funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica. La mujer histerectomizadas evidencia mejor calidad de vida que la mujer con trastornos ginecológicos, en los dominios anteriormente nombrados. SE CONCLUYE que la histerectomía por sí sola, no afecta la calidad de vida de estas mujeres, sin embargo, surge la necesidad de nuevas investigaciones sobre el tema. Al respecto cabe destacar la importancia en el apoyo y educación a la mujer sometida a este proceso quirúrgico

## **2.2. FUNDAMENTACION FILOSOFICA**

La presente investigación está basada en el paradigma Crítico porque tiene como finalidad la comprensión del impacto que ha generado la Histerectomía en la calidad de vida de las pacientes que han sido sometidas a esta intervención en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

A la vez tiene una fundamentación axiológica ya que tratamos de infundir valores tanto al personal médico como a los familiares tales como el amor, respeto, colaboración y cooperación con el propósito de tener una interacción adecuada entre el paciente y médico que permita mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

## **2.3. FUNDAMENTACION LEGAL**

El presente trabajo de investigación, toma como apoyo legislativo a la constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud se enuncia:

## SECCIÓN SÉPTIMA

### SALUD

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.<sup>26</sup>

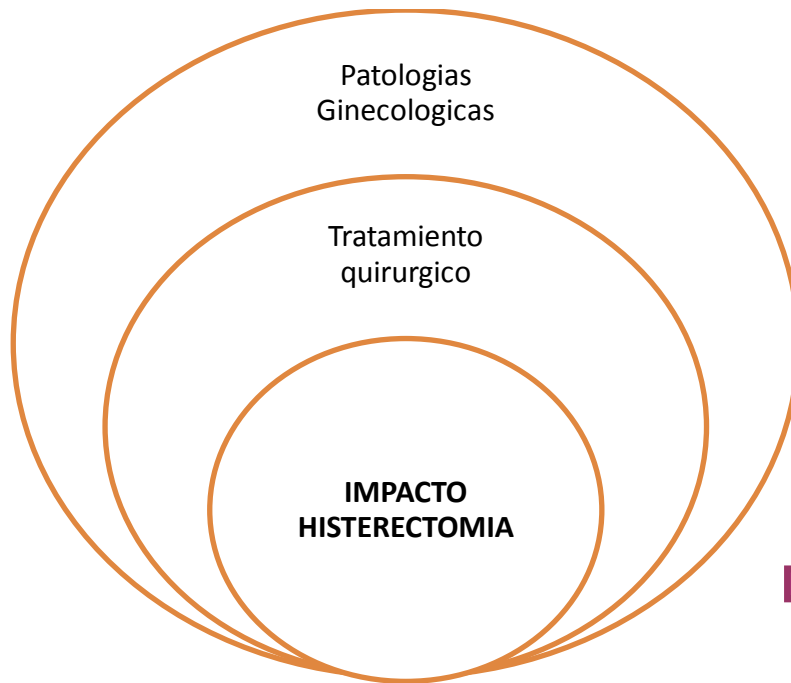
El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.<sup>26</sup>



## 2.4. CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

“Impacto Histerectomía”



### VARIABLE DEPENDIENTE

“Calidad vida”



## **2.5. FUNDAMENTACION TEORICA**

### **2.5.1. HISTERECTOMÍA**

#### **2.5.1.1. GENERALIDADES**

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer y es la segunda operación más practicada después de la cesárea a nivel mundial.<sup>27</sup>

Como en los últimos años, la histerectomía se ha vuelto de suma importancia en la vida de las mujeres por ser una de las operaciones más realizadas entre las mujeres premenopáusicas, diversos autores han comenzado a estudiar los efectos psicológicos que puede llegar a provocar. Con respecto a esto último, se ha encontrado que la histerectomía está rodeada de creencias y actitudes negativas, así como, que se ha generado un estereotipo negativo hacia las mujeres que han sido histerectomizadas. Algunos de los calificativos que se usan para referirse a una mujer sin útero son: hueca, hoyo seco, menos mujer, inservible, entre otros. Por otra parte, los estudios han correlacionado cambios en el auto-concepto, depresión, disfunción sexual, disminución de la libido y ansiedad con la histerectomía.<sup>27</sup>

#### **2.5.1.2. ANATOMIA APARATO GENITAL FEMENINO**

El aparato genital femenino se compone de dos ovarios, dos tubas o trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva.

### **OVARIO**

#### **a. Situación, forma y relaciones**

Los ovarios son los órganos productores de los óvulos o células sexuales femeninas y son también glándulas endocrinas productoras de estrógenos y

progesterona, las hormonas sexuales femeninas. Tienen consistencia dura y forma de almendra, con un diámetro mayor de unos 3,5 cm y 1,5 cm de espesor. Su superficie es lisa antes de la pubertad, pero, a partir de la maduración de los óvulos y su salida cíclica del ovario (ovulación) va presentando una superficie irregular. En la menopausia, con el cese de las ovulaciones, tiende otra vez a volverse liso.<sup>28</sup>

### **b. Estructura interna**

Un epitelio cúbico simple o epitelio germinal cubre el ovario. Inmediatamente por debajo se encuentra la corteza, que se condensa en la periferia formando la albugínea del ovario y, por dentro de ésta, un tejido conectivo o estroma ovárica que alberga los folículos ováricos. Los folículos son formaciones constituidas por una célula sexual femenina - ovocito (precursor del óvulo) rodeadas de una capa de células foliculares, de origen epitelial. En el ovario de una mujer adulta se encuentran folículos en diferentes etapas de maduración.<sup>28</sup>

Desde el nacimiento hasta la pubertad el ovario cuenta con una dotación de folículos sin madurar o folículos primarios, compuestos por un ovocito primario rodeado de unas pocas células foliculares. A partir de la pubertad, las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis, sobre todo la foliculostimulante (FSH), hacen madurar en cada ciclo menstrual algunos folículos, por lo que junto a folículos primarios se encuentran otros que ya han comenzado a aumentar de volumen.<sup>28</sup>

### **c. Función del ovario**

Las dos grandes funciones del ovario: formación y liberación de células sexuales y secreción endocrina de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), están condicionadas a la intervención de otras hormonas secretadas por la adenohipófisis: la hormona foliculostimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). La maduración de los folículos, la ovulación y la formación del cuerpo amarillo suceden de una manera cíclica. Todo el proceso dura normalmente 28 días y constituye el ciclo ovárico.<sup>28</sup>

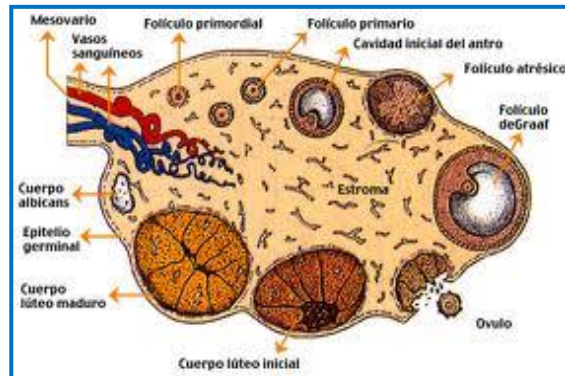


Grafico 1: Corte ovario

Fuente: Google imágenes

## TROMPAS DE FALOPIO

### a. Situación, forma y relaciones

Las trompas, tubas u oviductos son los conductos que llevan los óvulos desde el ovario hasta el útero. Miden 10 o 12 cm y constan de cuatro porciones: pabellón, ampolla, istmo y porción intramural. La porción intramural está íntimamente relacionada con la pared del útero, en cuya cavidad se abre. Comienza en el orificio uterino de la trompa, atraviesa la pared del útero y se continúa con el istmo. El tramo intramural mide aproximadamente 1 cm. El istmo es la porción tubárica que emerge de la pared uterina, entre dos ligamentos: el ligamento uteroovárico y el ligamento redondo, un refuerzo que une el útero con las regiones inguinal y pubiana. La porción ístmica mide unos 3-4 cm y lleva una dirección horizontal hacia fuera, en busca del polo inferior del ovario. La ampolla o porción ampollar bordea el ovario ascendiendo adosada a su borde anterior. Es más ancha que el istmo y mide unos 5 cm de longitud. En el polo superior del ovario se dobla hacia la cara interna de éste, ensanchándose para formar el pabellón, extremo perforado por el orificio abdominal de la trompa, por donde entra el óvulo expulsado por un folículo ovárico maduro. El borde del pabellón está circundado por unas prolongaciones, las fimbrias o franjas del pabellón, una de las cuales, más larga, se une al ovario.<sup>28</sup>

### **b. Estructura interna**

La trompa está formada por tres capas concéntricas, mucosa, muscular, y serosa, con variaciones en las diferentes porciones de la trompa. La mucosa está surcada de pliegues longitudinales, más pronunciados en el pabellón. El epitelio que la tapiza es cilíndrico simple con células ciliadas y algunas células secretoras, no ciliadas. La capa muscular consta de una túnica interna de fibras circulares y otra externa de fibras longitudinales. Es más gruesa cerca del útero. La serosa peritoneal recubre la trompa, salvo en la porción intramural, ya que ésta atraviesa el útero.<sup>28</sup>

### **c. Función de las trompas**

Al romperse el folículo de De Graaf, el óvulo cae a la cavidad peritoneal, pero las fimbrias del pabellón establecen una corriente líquida que arrastra el óvulo hasta el orificio abdominal de la trompa. Una vez dentro, los pliegues de la mucosa, más abundantes en el pabellón, retrasan el avance del óvulo hacia el útero. Las células secretoras tubáricas aportan material nutritivo al óvulo. Por otra parte, los espermatozoides depositados en la vagina tras el coito recorren el útero y entran en las trompas por el orificio uterino, llegando hasta la porción ampollar, donde normalmente, se produce la fecundación. El desplazamiento de los espermatozoides se realiza por su propia motilidad, ayudados por los movimientos de la trompa. En la fecundación sólo interviene un espermatozoide: al penetrar su cabeza en el óvulo, este se hace impermeable a la entrada de otros espermatozoides. El óvulo, fecundado o no, recorre la trompa en dirección al útero, ayudado por los movimientos de los cilios del epitelio y por las contracciones de la capa muscular.<sup>28</sup>

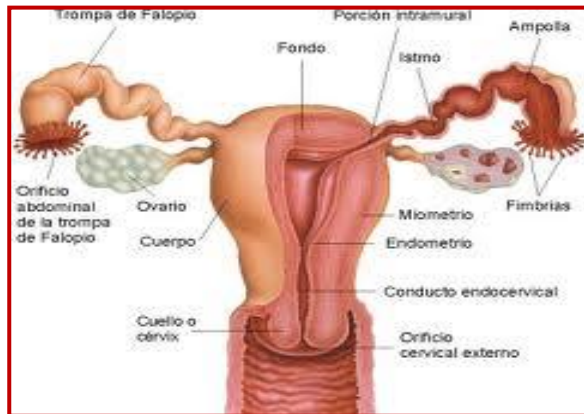


Grafico 2: Partes Trompa Falopio

Fuente: Google imágenes

## ÚTERO

### a. Situación, forma y relaciones

El útero está situado entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y por encima de la vagina, con la que se continúa caudalmente. Tiene forma de cono, un poco aplanado y con el vértice hacia abajo. Mide unos 7 cm de altura y, en su parte más abultada - por arriba - unos 5 cm de anchura. Hacia la mitad presenta un estrechamiento o istmo uterino que lo divide en dos partes: hacia arriba el cuerpo y hacia abajo el cuello, que presenta una forma más o menos cilíndrica.<sup>28</sup>

El cuerpo está inclinado hacia delante y se apoya sobre la cara superior de la vejiga, formando un ángulo con el cuello de unos 120°. El útero es un órgano muy móvil y su posición varía según el estado de las vísceras próximas: la vejiga y el recto. El borde superior del útero es el fondo y a ambos lados están los ángulos uterinos, de los que parten las trompas. También en esos ángulos se insertan a cada lado, los ligamentos uteroováricos y redondo.<sup>28</sup>

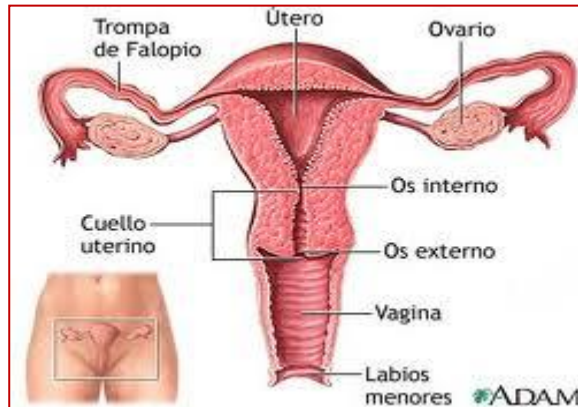


Grafico 3: Corte transversal utero

Fuente: Google imágenes

### b. Estructura interna

El útero tiene tres capas que, de dentro afuera son:

- **Mucosa o endometrio:** La mucosa o endometrio está formada por un epitelio cilíndrico simple, con células ciliadas y secretoras, de descansa sobre un corion con numerosos vasos sanguíneos y glándulas exocrinas tubulares simples. Disminuye de espesor en istmo, donde el corion contiene más glándulas. El epitelio mantiene su estructura básica hasta llegar al orificio cervical externo, donde se continúa con el epitelio vaginal, de tipo estratificado plano no queratinizado. Esta zona de transición, donde el epitelio cambia su morfología, reviste especial interés clínico ya que es precisamente el lugar donde con mayor frecuencia asienta el cáncer de cuello uterino. La parte de mucosa situada hacia dentro del orificio externo es el endocérvix, y la que está situada hacia fuera, el exocérvix, que presentan las diferencias epiteliales mencionadas.<sup>28</sup>
- **Muscular o miometrio:** La túnica muscular o miometrio es la más gruesa. Está constituida por tres capas de fibras musculares lisas:
  - Capa interna, formada por fibras longitudinales.
  - Capa media, mucho más gruesa, con fibras dispuestas en espiral alrededor del útero, de manera semejante a las espiras de un muelle.

Esta disposición permite su elongación en caso de producirse un embarazo y consiguiente crecimiento uterino y favorece su actuación en el parto, al contraerse en el periodo expulsivo.

➤ Capa externa, cuyas fibras vuelve a ser longitudinales.

El miometrio está muy vascularizado y contiene abundantes fibras conjuntivas. Durante el embarazo sufre una hipertrofia que desaparece después del parto.

- **Serosa o adventicia:** La envoltura serosa está representada por el peritoneo en las porciones uterinas cubiertas por él: el fondo y parte de las caras anterior y posterior. El resto, las zonas desnudas de peritoneo, disponen de una adventicia de tejido conjuntivo.<sup>28</sup>

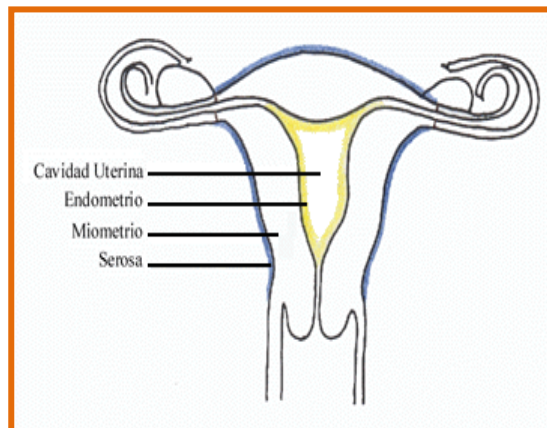


Grafico 4: Capas utero

Fuente: Google imágenes

### c. Funciones del útero

El útero tiene dos funciones esenciales:

- **Mantener el embrión durante el embarazo:** En la primera función es el endometrio el que toma un papel activo. Durante la segunda mitad del ciclo ha proliferado y sus glándulas secretan sustancias nutritivas: si hay embarazo está preparado para la anidación y se mantiene así durante toda



la gestación. Cuando el huevo fecundado llega al útero, se nutre de las secreciones endometriales. Al cabo de 3-4 días, por mitosis sucesivas ha alcanzado la fase de blastocisto y está rodeado por células trofoblásticas secretoras de enzimas proteolíticas. Estas enzimas licuan el endometrio, liberándose gran cantidad de sustancias nutritivas y formándose una cavidad donde anida el blastocisto. Durante las primeras semanas, el embrión se alimenta fundamentalmente a través de las células trofoblásticas, hasta que se desarrolla la placenta, unida al feto por las arterias y la vena umbilical. Las vellosidades placentarias están inmersas en los senos venosos del endometrio, dependientes de la arteria y la vena uterinas, con sangre materna. El oxígeno y los nutrientes pasan de la sangre materna a la fetal por difusión simple y otros sistemas de transporte. El mantenimiento del cuerpo lúteo del ovario se debe a la producción en la placenta de la hormona gonadotropinacoriónica, que mantiene la capacidad nutritiva del endometrio.<sup>28</sup>

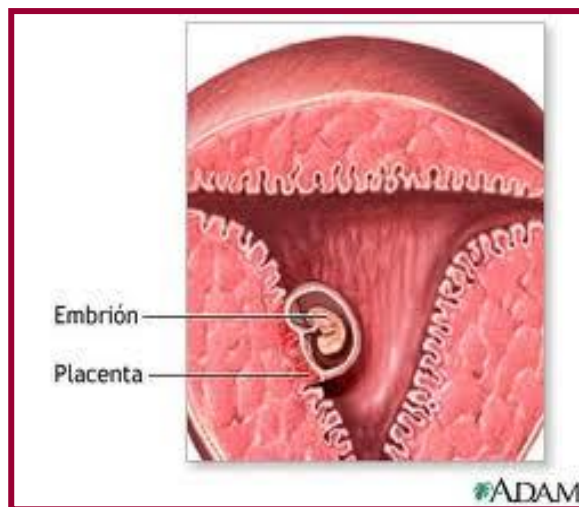


Grafico 5: Utero alojando embrión

Fuente: Google imágenes

- **Expulsarlo cuando el feto llega a término:** En cuanto a la segunda función, la expulsión del feto maduro, es el miometrio el que adquiere el protagonismo. No se conoce con exactitud el mecanismo por el cual, llegado el momento, se pone en marcha el parto. Participan de forma

importante la distensión de las fibras musculares uterinas y una serie de estímulos hormonales, tanto maternos como fetales. La oxitocina, una hormona secretada por la neurohipófisis, es capaz de provocar directamente las contracciones uterinas; los estrógenos actúan facilitando la acción oxitócica y las prostaglandinas regulando la actividad del útero. Una vez iniciado, el proceso se autoalimenta de la siguiente manera: la cabeza fetal dilata el cuello uterino, lo que provoca un reflejo de secreción de oxitocina por la neurohipófisis; la oxitocina contrae la musculatura del útero, haciendo descender al feto por el canal del parto, lo que dilata aún más el cuello uterino y se vuelve a repetir el ciclo. Las contracciones del parto comienzan en el fondo del útero y se dirigen hacia abajo, perdiendo intensidad en su progresión. Al principio son distantes entre sí, pero la frecuencia aumenta hasta llegar a una contracción cada 2-3 minutos, cada vez de mayor intensidad, que terminan por producir la expulsión del feto y de la placenta. Inmediatamente después del parto, el útero comienza a involucionar, volviendo a su tamaño previo al embarazo al cabo de 4 semanas.<sup>28</sup>

## **VAGINA**

### **a. Situación, forma y relaciones**

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva. Está situada entre la vejiga y el recto, de los que la separan sendos tabiques conjuntivos. Mide de 7 a 10 cm y sus paredes son muy elásticas y plegadas para permitir la salida del feto en el parto. En su extremidad superior forma un fondo de saco alrededor del hocico de tenca o porción intravaginal del cérvix. El extremo inferior está cerrado en parte por un pliegue mucoso, el himen, que en la mayoría de los casos se rompe tras el primer coito. Los restos desflecados del himen se denominan carúnculas mirtiformes. Por delante está en relación con la cara posterior de la vejiga y la porción terminal de los uréteres y, un poco más abajo, con la uretra. Por detrás se relaciona con el recto. El fondo de saco vaginal está en contacto con el fondo de saco de Douglas.<sup>28</sup>

### **b. Estructura interna**

La vagina consta de mucosa, muscular y adventicia. La mucosa está formada por un epitelio estratificado no queratinizado y presenta numerosos pliegues transversales. La mucosa vaginal experimenta cambios durante el ciclo menstrual: bajo la influencia de los estrógenos en la primera fase, el epitelio de la vagina experimenta un crecimiento rápido y se cornifica. Después de la ovulación, el epitelio vaginal se infiltra de leucocitos y se secreta un moco viscoso; el frotis presenta en esta fase células cornificadas, mucina, y leucocitos. La capa muscular es de fibras lisas circulares y longitudinales entremezcladas. Los músculos estriados próximos a la vagina (esfínter de la uretra, elevador del ano, bulbocavernoso, etc) añaden algunas fibras a su pared. La adventicia contiene vasos y nervios. Se continúa con el tejido conjuntivo que envuelve a los órganos próximos.<sup>28</sup>

### **c. Funciones de la vagina**

Es el órgano copulador de la mujer, encargado de recibir al pene. Contribuye a la lubricación durante el acto sexual mediante la secreción mucosa, necesaria para que el coito produzca una sensación satisfactoria. Por otra parte, durante el orgasmo, su capa muscular se contrae rítmicamente, estimulando el pene. Durante el parto, la elasticidad de la pared vaginal permite la dilatación suficiente para que el feto pase por ella hacia el exterior. El estudio de las células descamadas del epitelio vaginal permite establecer el diagnóstico precoz del cáncer genital si en el frotis aparecieran células anormales. En la mujer, durante el coito se observan diversos cambios fisiológicos:

- **Excitación:** Las sensaciones, debidas a estimulación fisicomecánica o psíquica siguen una vía consciente hacia el encéfalo y una vía inconsciente que, a través de la médula espinal, provoca por vía parasimpática la erección del clítoris. Además se produce la tumescencia de los labios mayores, una secreción mucosa procedente de las glándulas de Bartholin y mayoritariamente de la trasudación de plasma desde el plexo vascular vaginal, con objeto de lubricar la vagina, favorecer el coito y neutralizar

el pH ácido de la vagina para aumentar la viabilidad de los espermatozoides. La vía parasimpática provoca también un alargamiento de los dos tercios internos de la vagina con elevación del útero y un estrechamiento del tercio externo de la vagina, formando la plataforma orgásmica femenina. Finalmente, la estimulación parasimpática conduce a una dilatación arterial y constricción venosa de los vasos sanguíneos vaginales, con la finalidad de constreñir las paredes de la vagina en torno al pene del varón e incrementar así las sensaciones.<sup>28</sup>

- **Orgasmo:** Los cambios experimentados por la mujer en la fase anterior provocan un incremento de la superficie de contacto vagino-vulvar. Se incrementa la intensidad de la sensación fisicomecánica, lo cual tiene una proyección espinal que por vía parasimpática incrementa las respuestas antes descritas pero, sobre todo, tiene una proyección consciente encefálica o sensación de orgasmo equivalente a la eyaculación del varón. Ambas proyecciones inducen la aparición de contracciones rítmicas del suelo de la pelvis, lo que determina los movimientos intermitentes de la plataforma orgásmica, y contracciones de las paredes vaginal, uterina y de las trompas de Falopio. Se ha especulado (pero no constatado) que la sensación del orgasmo femenino también puede provocar la secreción de oxitocina, vía hipotálamo-neurohipófisis, que incrementaría la contracción de las paredes del tracto genital. La importancia funcional del orgasmo en la mujer reside en el hecho de que el incremento en la actividad contráctil de la musculatura genital incrementa la marcha de los espermatozoides hacia el oocito II y así se favorece la fecundación.<sup>28</sup>
- **Resolución:** Esta última fase puede presentarse de forma similar a lo acontecido en el varón, con una involución rápida de los cambios vagino-vulvares, vía inhibición espinal simpática, con vuelta a los niveles de partida, relajación muscular y disminución de la vasocongestión. No obstante, es habitual que tras el orgasmo femenino se regrese a un nivel todavía alto de excitación, sobre el cual pueden superponerse otros orgasmos si las estimulaciones persisten, lo cual se conoce como respuesta multiorgásmica.<sup>28</sup>

### **2.5.1.3. DEFINICIÓN HISTERECTOMIA**

Histerectomía (proviene del griego “hystera” → significa útero y “ektomia” → significa sacar por corte) es la extracción del útero o matriz. La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, lo que provoca esterilidad. Puede además ir acompañado de una anexectomía: extirpación de trompas de Falopio y ovarios.<sup>29</sup>

### **2.5.1.4. EPIDEMIOLOGIA**

Las tasas de histerectomía son mucho mas elevadas en los Estados Unidos mientras que en países Europeos como Noruega, Inglaterra o Suecia se dan con menos frecuencia. A los 65 años de edad, mas de la tercera parte de las mujeres de los Estados Unidos se habrá sometido a una histerectomía, casi las tres cuartas partes de histerectomías se realizan cuando las mujeres tienen 30 y 54 años de edad.<sup>30</sup> Los costos hospitalarios de la histerectomía exceden a unos 5.000 millones de dólares anuales. En cuanto al número de defunciones según el tipo de intervención quirurgica, tenemos que decir que no hay mucha diferencia entre la histerectomía por vía vaginal y la de tipo abdominal, el número de casos de defunción por vía vaginal es algo mas reducido, pero la fiebre y las infecciones pélvicas son un poco más frecuentes.<sup>30</sup>

### **2.5.1.5. TIPOS DE HISTERECTOMIA**

Existen tres tipos de histerectomía: la subtotal, la total y la radical.

- Histerectomía subtotal: en la cual se remueve el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio.
- Histerectomía total: en esta se extrae el útero y el cuello uterino, pero se conserva los ovarios y las trompas de Falopio.
- Histerectomía radical: en esta se extrae el útero, el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis.

### 2.5.1.6. ABORDAJES QUIRURGICOS HISTERECTOMIA

Hoy hay muchos abordajes diferentes para la histerectomía, incluyendo la vía abdominal, transvaginal y laparoscópica. Pueden seleccionarse combinaciones de varias técnicas, como en el caso de la histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica. Aunque la histerectomía abdominal sigue siendo la más común en todo el mundo, hay evidencia proveniente de varios estudios aleatorizados y prospectivos que indican que la histerectomía vaginal tiene menos complicaciones, una estadía hospitalaria más corta, una recuperación más rápida y costes más bajos.<sup>27</sup>

#### HISTERECTOMIA ABDOMINAL:

- Definición: Procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero a través de una incisión en el abdomen.
- En la histerectomía abdominal, el médico hace una incisión en la piel y el tejido en la parte inferior del abdomen para llegar al útero. La incisión puede ser vertical u horizontal. Este tipo de histerectomía le permite al cirujano ver claramente el útero y otros órganos durante la operación. Este procedimiento se podría elegir si tiene tumores grandes o si hay cáncer presente. La histerectomía abdominal puede requerir un tiempo más largo de cicatrización que la vaginal o la cirugía laparoscópica, y generalmente la hospitalización es más larga.
- La vía abdominal se impone a la vía vaginal en los casos siguientes:
  - ✓ Patologías útero – anexiales voluminosas.
  - ✓ Adherencias intraabdominales.
  - ✓ Cáncer útero – anexial.
  - ✓ Patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía.
  - ✓ Arco pubiano estrecho.
  - ✓ Ausencia de relajación del piso pélvico.
  - ✓ Vaginas estrechas.
  - ✓ Sospecha de patologías abdominales asociadas.

## HISTERECTOMIA VAGINAL:

- Definición: Procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero por vía vaginal.
- En la histerectomía vaginal el útero se extrae a través de la **vagina**. Con este tipo de cirugía, no tendrá una incisión (cortadura) en el abdomen. Debido a que la incisión está dentro de la vagina, el tiempo de cicatrización es más breve que el de la cirugía abdominal. También la recuperación puede ser menos dolorosa. La histerectomía vaginal produce menos complicaciones que los otros tipos de histerectomía y es una forma muy segura de extraer el útero. Además, las hospitalizaciones son más breves y la capacidad para reanudar las actividades normales es más rápida que con una histerectomía abdominal. La histerectomía vaginal no siempre se puede hacer. Por ejemplo, las mujeres con **adhesiones** de cirugías previas o úteros muy grandes es posible que no puedan tener este tipo de cirugía.
- La vía vaginal se impone a la vía abdominal en los casos siguientes:
  - ✓ Histerocele.
  - ✓ Patologías de relajación del piso pélvico.
  - ✓ Obesidad.
  - ✓ Útero Móvil.
  - ✓ Ausencia de adherencias intraabdominales.
  - ✓ Ausencia de Cáncer útero – anexial.
  - ✓ Ausencia de Patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía.
  - ✓ Exclusión de patologías abdominales asociadas.

## HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA:

- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): Es una histerectomía vaginal realizada después de la liberación de adherencias, extirpación de focos de endometriosis u ooforectomía por laparoscopia.

Básicamente, esta denominación es usada cuando parte de la histerectomía es ejecutada por laparoscopia, pero las arterias uterinas son ligadas por vía vaginal.<sup>27</sup>

- Histerectomía laparoscópica (HL): Implica la histerectomía con ligadura laparoscópica de las arterias uterinas, usando electrocirugía, suturas o grapas (*staples*). La continuación del procedimiento puede ser realizado por vía vaginal o laparoscópica, incluyendo la apertura de la cúpula vaginal, la sección de los ligamentos de sostén uterino y el cierre de vagina. La ligadura laparoscópica de los vasos uterinos es la condición *sine qua non* para la histerectomía laparoscópica.<sup>27</sup>
- Histerectomía laparoscópica total (HLT): En este caso, la disección laparoscópica continúa hasta que el útero cae libre de todos sus ligamentos en la cavidad pélvica. El útero es removido por tracción a través de la vagina. La vagina es o no cerrada laparoscópicamente.<sup>27</sup>
- Histerectomía laparoscópica supracervical (HLS): Se conserva el cuello del útero. Esta técnica ha ido ganando aceptación por su baja morbilidad. El cuerpo uterino es extraído por morcelación eléctrica o manual por vía abdominal o a través del fondo de saco de Douglas. Está indicada solo en pacientes sin patología cervical y de riesgo bajo para papiloma virus.<sup>27</sup>
- Histerectomía vaginal con reconstrucción pélvica laparoscópica: Es cuando luego de la histerectomía se realiza otro procedimiento adicional, como la colposuspensión retropúbica.

## INDICACIONES

Los diferentes tipos de histerectomía laparoscópica pueden ser realizados de acuerdo a cada patología y a la experiencia del ginecólogo. Mayormente, las indicaciones incluyen patologías benignas, tales como:

- ✓ Miomatosis uterina
- ✓ Endometriosis
- ✓ Hemorragia uterina anormal



### **2.5.1.7. INDICACIONES PARA UNA HISTERECTOMÍA**

En términos generales, la gran mayoría de las histerectomías se realizan para aliviar los síntomas de dolor, sangrado, o ambas cosas. De acuerdo con las estimaciones actuales los leiomiomas uterinos, el prolapso uterino, y la endometriosis son las indicaciones más frecuentes, representando el 70% de las histerectomías.<sup>27</sup> La edad tiene una influencia importante en la frecuencia relativa de estas indicaciones. En mujeres en edad reproductiva, los fibromas uterinos y las irregularidades menstruales son las indicaciones más frecuentes. En las mujeres posmenopáusicas, el prolapso uterino y la enfermedad premaligna o maligna son las indicaciones más frecuentes.<sup>27</sup>

### **2.5.2. CALIDAD DE VIDA**

#### **2.5.2.1. DEFINICION SEGÚN OMS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (OMS, 1998).<sup>31</sup>

La calidad de vida, según la OMS, se relaciona con factores físicos, mentales y sociales del entorno. La percepción de una persona de su propia situación en la vida se concentra en los fenómenos subjetivos, y no solamente en su ajuste a ciertos criterios objetivos (Orley, 1994).<sup>31</sup>

#### **2.5.2.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida cuya máxima expresión se relaciona con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.<sup>32</sup>
- Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.<sup>32</sup>
- Dimensión social: Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.<sup>32</sup>

### **2.5.2.3. INDICES DE CALIDAD DE VIDA**

La medición y valoración de la calidad de vida está regida, en gran medida, por apreciaciones subjetivas e ideológicas correspondientes al particular contexto donde se desenvuelven las colectividades. Así, pues, para medir un determinado tipo de calidad de vida es necesario contar con otros referentes que nos sirvan de contraste. Es preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la población. Explicado de otra manera, es presuntuoso aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida. Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales.<sup>32</sup>

La calidad de vida (el bienestar) es un construido histórico y cultural de valores sujeto a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad. Podría sostenerse que el concepto calidad de vida es subjetivo y que a través de todo

el mundo la calidad de vida varía en el espacio y en el tiempo. Pero, a nuestro juicio, ese es precisamente el punto central: según la situación, el conjunto de las variables ambientales más pertinentes puede y debe ser diferente en diversas situaciones. Lo que en un medio ambiente es bueno o malo, dentro de ciertos límites extremos inferiores y superiores, puede cambiar mucho según las distintas situaciones y, salvo en el caso de variables como las que influyen en la salud humana (que es un componente de la calidad de la vida), a menudo resulta muy difícil ordenar la calidad del medio ambiente sobre una base universal.<sup>32</sup>

A la hora de acercarnos al examen de la calidad de vida es necesario discriminar lo que en economía se denomina Nivel de Vida. Al interior de la brecha social existente en contextos urbanos, cada nivel de vida puede especializarse y diferenciarse de modo relativamente sencillo. En un sector marginal de la ciudad las personas canalizaran sus propósitos para contar con un cubrimiento aceptable de servicios públicos, acceso a dotaciones hospitalarias y educativas. Ciertamente, ello brindaría un relativo grado de conformidad, mejorando, por ende, la calidad de vida. Por su lado, las clases pudientes, después de contar con la garantía de satisfacer sus necesidades y demandas básicas, y de gozar de un buen nivel de vida, reproducen nuevos ideales de manera tal que, hipotéticamente, puede tenerse un grado medio de conformidad; otro paralelo puede establecerse a fin de comparar dinámicas y lógicas urbanas y rurales entre sí.<sup>32</sup>

### **2.5.3. CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA**

#### **2.5.3.1. GENERALIDADES**

Los instrumentos que miden calidad de vida deben tener adecuadas propiedades psicométricas que les permitan obtener una buena medición, en cuanto a términos de confiabilidad, especificidad y sensibilidad. Actualmente

no existe un instrumento único y específico que pueda considerarse como herramienta de evaluación de la mujer hysterectomizada en torno a su calidad de vida.<sup>33</sup>

Dentro de las publicaciones referentes a calidad de vida, las patologías malignas son las más estudiadas, debido a su cronicidad, impacto social y los posibles efectos adversos de su tratamiento. En el ámbito de la ginecología se ha estudiado ampliamente la relación entre el cáncer y la calidad de vida, sin embargo la hysterectomía no ha sido un tópico ampliamente estudiado. En relación a la hysterectomía, no hay suficiente investigación en temas de igual o mayor importancia como la autoimagen, el sentido de feminidad, la sexualidad y creencias y temores de las pacientes en relación a la cirugía, todos ellos tópicos que interfieren directamente con la percepción subjetiva de calidad de vida.<sup>33</sup>

#### **2.5.3.2. DIMENSIONES QUE SE DEBE VALORAR**

- **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:** las complicaciones psicológicas han evolucionado en las pasadas cuatro décadas. Estudios avalan que si la salud mental se altera puede influir en forma negativa en el afrontamiento de la usuaria con respecto a su propia situación de salud. Naughton, en una revisión de 8 estudios, hace mención al estado psicológico que vive la mujer antes de verse enfrentada a esta cirugía: depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y otros trastornos del ánimo pueden, afectar la percepción que la usuaria tenga con respecto a su condición de salud; este autor refiere que la depresión es la principal enfermedad psiquiátrica que afecta a éstas pacientes. Al estudiar mujeres con depresión pre-operatoria, evidenció un incremento de este trastorno post-quirúrgico, demostrando que la hysterectomía en sí no es el factor causal del desarrollo del trastorno, sin embargo, la poca participación en la toma de decisión con respecto a someterse a la hysterectomía, son aspectos que influyen en la aparición de depresión u otros trastornos. Por lo tanto es relevante evaluar la condición

en la que se encuentra la usuaria antes, durante y después de someterse a este procedimiento, ya que la histerectomía desencadena conflictos de autoestima y que el profesional de salud debe lidiar con los temores, creencias y ansiedad de los usuarios para prevenir síntomas depresivos posteriores al alta.<sup>33</sup>

- **DIMENSIÓN SOCIAL:** Respecto a la dimensión social, existe evidencia de los conocimientos errados que hay acerca de la histerectomía. Cabe destacar que los hombres son los más escépticos con respecto a los resultados de esta cirugía, es por eso la importancia que se le debe dar a la educación como herramienta fundamental en la ayuda de los profesionales en el cuidado en salud. Se debe considerar que las distintas creencias proveen de sensibilidad cultural y comprensión al momento de cuidar a estas mujeres. Las mujeres perciben no tener el control en la toma de decisiones con respecto a la cirugía. Se hace mención a la información de tipo paternalista entregada por médicos, evidenciando que la mujer menos informada tiene mayor predisposición a sentir las repercusiones post histerectomía. Por ello concluyen que la decisión de realizar la histerectomía debe ser tomada en conjunto (profesional de la salud-mujer), haciendo participe de esto a la pareja o familiares.<sup>33</sup>
- **DIMENSIÓN FÍSICA:** Con respecto a la dimensión física, se evidencia que los desórdenes ginecológicos tienen un impacto negativo en los aspectos de salud en torno a su calidad de vida, ya que el exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en estas mujeres. Al parecer las mujeres con incisiones de Pfannestiel tienen más aspectos positivos en la calidad de vida que las mujeres con incisiones medias, ya que al ser una incisión discreta, el costo en la apariencia física es menor.<sup>33</sup>

#### **2.5.4. REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMIA EN LA MUJER**

Desde la infancia la mujer va percibiendo su feminidad basada en la maternidad y en todos los aspectos que tienen que ver con este evento: pubertad, embarazo y climaterio, cuando hay alguna intrusión en alguna de estas fases se producen una serie de consecuencias negativas que van a influir de forma muy directa en el autoconcepto que tienen sobre si mismas.<sup>33</sup>

Según Bellak la respuesta de una mujer ante una enfermedad orgánica y sus efectos van a depender de la personalidad de la paciente y el grado de respuesta emocional, patológica o no patológica, que surge ante la enfermedad; por tanto se podrían prever diferentes tipos de respuesta ante una histerectomía.<sup>33</sup>

- Una reacción normal que se caracteriza por fases de angustia o depresión. Esta reacción tendrá un límite de tiempo.
- Podría presentarse una reacción de “evaluación” a la enfermedad que tendría su manifestación en la negación de la misma, dicha negación se podría convertir en una depresión acompañada por estados de angustia.
- Puede presentarse una depresión reactiva que puede prolongarse y/o manifestarse en rasgos hipocondriacos.
- Otras personas podrían centrar en la enfermedad todos los conflictos psicológicos existentes con anterioridad.
- En casos extremos se puede llegar a presentar una invalidez psicológica de sus seres más allegados, limitando su vida, dejando de realizar sus actividades cotidianas, asumiendo una actitud victimista

Para la mujer el útero representa gran parte de su feminidad, tiene un importante papel en la procreación pues es donde se alberga al bebé en su primer estadio de desarrollo, es considerado fuente de juventud, regulador de salud y está directamente relacionado con el bienestar del cuerpo, por lo que

al practicársele una histerectomía se sienten vacías, faltas de su identificación sexual; si a esto unimos la extirpación de los ovarios (anexectomía unilateral o bilateral) tenemos que decir que la mujer lo vivencia como una castración no solo psicológica, sino que la reducción de estrógenos y progesterona provocan en ella cambios visibles, cambios que acentúan su estado psicológico. En algunos casos el miedo al vacío será compartido (según el caso) por la pareja, que en muchas ocasiones, puede vivir de forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales, a lo que hay que añadir una disminución de la libido sexual que en casos extremos pueden ser responsables de ciertos problemas entre el matrimonio o la pareja.<sup>33</sup>

#### **2.5.5. EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA EN LA PACIENTE**

- Cambios en su vida afectiva y patrones sexuales.
- Cambio en su concepto de sí misma como una persona femenina.
- Cambios estructurales, funcionales y psicológicos.
- Alteración en la percepción de la imagen corporal en cuanto a su condición femenina y sexualidad.
- En lo emocional en su autoestima y sensibilidad.
- Desajuste social - crisis emocional.
- Reacción depresiva que algunos casos lleva a la alteración de la salud mental.
- En algunos casos hay efectos entre ellos incluidos el divorcio en la pareja que pasan por la experiencia de la histerectomía.
- Factores que afectan la experiencia de la mujer con la histerectomía en relación al respaldo que recibe de los amigos y los familiares en especial de cónyuge ó pareja sexual.

### **2.5.6. IMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN LA IMAGEN CORPORAL**

- **FEMINIDAD:** La mujer tiende a encontrar su identidad a través de su feminidad, la cual es una combinación de factores tales como el atractivo sexual, capacidad para tener niños; por esta razón los genitales en la mujer y los órganos reproductores son esenciales para su adaptación y autovaloración como mujer, la remoción de éstos órganos constituye un peligro para la autonomía integral de la mujer sobre todo para aquellos cuya identidad o rol femenino descansa en sus atributos físicos, la amputación quirúrgica de los órganos reproductores en una mujer produce un daño psicológico por su impacto en la concepción de la mujer y su feminidad.<sup>33</sup>
- **REACCIÓN DEPRESIVAS:** Se dice que la histerectomía incluye enfermedades depresivas y frecuentes estados de ánimo tristeza y fácil reacción emocional acompañado de lágrimas, lástima, también produce inseguridad, experiencias de abandono, descontento, está relacionado con el tiempo de producida la histerectomía.
- **PÉRDIDA DEL SENTIDO DE INDEPENDENCIA PERSONAL:** Pérdida de trabajar con la misma efectividad.
- **TEMORES:** La paciente siente temores a la posible mutilación, al dolor, muerte, separación de las personas queridas, pérdidas económicas y desintegración familiar y al envejecimiento, temor de perder el esposo, temor por no volver a trabajar, temor de perder el atractivo sexual, temor de perder la capacidad de concebir, temor a perder la menstruación.



### **2.5.7. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA HISTERECTOMÍA**

Las repercusiones psicológicas de la histerectomía giran en torno a la depresión asociada a esta intervención, repercusiones en la sexualidad, al auto imagen, y la percepción de su feminidad. También se señala que esta operación es experimentada como una crisis existencial dada la significación simbólica del útero y de las funciones de procreación, menstruación y sexual. La histerectomía impacta en la vida interna y relacionada con la mujer puede ser mas devastadora que la menopausia porque implica la pérdida de las vías reproductoras lo que genera mayor preocupación que la pérdida de otros órganos. Asimismo se reconocen algunos factores psicosociales como soporte social, en el cual la cese de la menstruación como consecuencia de la histerectomía se asocia al significado simbólico e inconsciente del útero relacionado a la condición de ser mujer, a la feminidad, sexualidad y maternidad. El útero y sus representaciones mentales para las mujeres (crucial para la maternidad) resulta ser una pérdida del poder femenino, experimentando el sentimiento de quedar vacía, ya que pierde una parte muy sustantiva de su propia anatomía que la simboliza frente al hombre. Frente a la histerectomía las mujeres manifiestan temores a perder su capacidad sexual y el interés por su pareja , como también a envejecer prematuramente, el cambio en la respuesta sexual depende de la ansiedad originada por la preocupación del funcionamiento sexual y por el deterioro de las relaciones sexuales, por otro lado la histerectomía como menopausia simboliza también la pérdida de la juventud, el cuerpo muestra cambios en la piel (por la deficiencia de estrógenos), esto produce ansiedad y depresión en el que se relacionaría fundamentalmente con la percepción de perdida de feminidad del potencial reproductivo de la atención de la pareja.<sup>33</sup>

### **2.5.8. PSICOTERAPIA EN LA HISTERECTOMÍA**

La psicoterapia implica el tratamiento directo de una persona o su tratamiento indirecto por medio de otras personas o situaciones que tiene por objeto proporcionar al paciente nuevas experiencias en la vida que tenga sobre él y ejercer influencia saludable cuya finalidad es el crecimiento de la personalidad del individuo que está siendo tratado.<sup>34</sup>

Está designada para:

- Ayudar al paciente a mejorar su manera de reaccionar ante la vida diaria.
- Mejorar el modo de vida de una persona, requiere un aumento de comprensión de sus propios sentimientos y motivos.
- Aumento de la autoestima y la auto percepción.
- Mayores sentimientos de seguridad y adecuación.
- Desarrollo de métodos más eficaces para tratar los problemas personales.

Las pacientes responderán de una manera positiva a aquellas personas que se les acerquen con calor y afecto; quienes son capaces de responder a sus necesidades afectivas, se necesita una mutua interrelación de confianza y cuidado entre dos personas para vivenciar juntos tales experiencias. La explicación clara de la enfermedad y la psicoterapia de apoyo para el paciente y su familia es una base en el tratamiento y durante la convalecencia, la paciente necesitara apoyo moral para vencer la depresión que sigue a cualquier operación, así como los temores acerca de su futuro.<sup>34</sup>

### **2.5.9. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida

relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.<sup>35</sup>

### **2.5.9.1. EVALUACIÓN Y PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO**

Para su evaluación, El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

La mejor puntuación será 100 y de allí el puntaje acumulado será clasificado según la clasificación de la calidad de vida de la siguiente manera.

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	
<b>EXCELENTE</b>	>91 puntos
<b>MUY BUENA</b>	76-90 puntos
<b>BUENA</b>	61-75 puntos
<b>REGULAR</b>	46-60 puntos
<b>MALA</b>	31-45 puntos
<b>PESIMA</b>	<30 puntos

La puntuación y clasificación del cuestionario puede apreciarse en (anexos). El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos, el contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar

emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.<sup>35</sup>

### 2.5.9.2. CONTENIDO DEL SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.<sup>35</sup>

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.<sup>36</sup>

<b>DIMENSION</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
<b>ROL FÍSICO</b>	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

<b>DOLOR CORPORAL</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
<b>SALUD GENERAL</b>	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
<b>VITALIDAD</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
<b>ROL EMOCIONAL</b>	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
<b>SALUD MENTAL</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

El cuestionario está dirigido a personas de  $\geq 14$  años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista.

## **2.6. HIPOTESIS**

Las pacientes que recibieron información médica poco precisa pre/post-histerectomía, presentaron peores puntajes de calidad de vida.

## **2.7. SEÑALIZACIÓN DE VARIABLES:**

- 2.7.1.** Unidad de observación: Mujeres 35 – 45 años
- 2.7.2.** Variable independiente: Información médica
- 2.7.3.** Variable dependiente: Calidad de vida

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACION**

Esta investigación estuvo guiada predominantemente por el paradigma cualitativo porque buscó identificar y comprender los cambios que genera la Histerectomía en la Calidad de Vida de las pacientes sometidas a esta intervención; fue holística porque integró aspectos médicos, sociales y psicológicos de las pacientes y los cambios en la calidad de vida secundarios a este procedimiento.

#### **3.2. MODALIDAD BASICA DE INVESTIGACION.**

La Investigación realizada tuvo una modalidad de investigación de campo ya que los datos obtenidos fueron directamente adquiridos mediante el trato con las pacientes que se incluyeron dentro de la investigación.

#### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.**

La investigación tuvo un nivel de investigación de tipo descriptivo - transversal, fue descriptiva en la medida que se identificaron, caracterizaron y se fueron reportando datos que nos permitieron comprobar las variables, transversal ya que tuvo momento y tiempo definido para su desarrollo.

#### **3.4. POBLACION Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes que han sido sometidas a una Histerectomía y que se encuentren entre los 35 a 55 años de edad que asisten al Servicio de Consulta Externa de Ginecología-Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo febrero - agosto 2012, que en total hace un numero de 50 pacientes.

#### **3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes que respondan cuestionario SF-36 de forma correcta
- Consentimiento informado de participación en el estudio

#### **3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Presenten enfermedades crónicas concomitantes
- Pacientes con enfermedad neurológica y/o psiquiátrica
- No tengan consentimiento informado

#### **3.5. CRITERIOS ETICOS**

En el presente estudio se tomaron datos específicos de las pacientes, cada una tuvo absoluta privacidad y anonimato utilizando como medio de identificación, un código que será dado por el número de la historia Clínica, con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto.



### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: “Información Médica”

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>Información Médica:</b> es la relación médico-paciente que permite al profesional explicar en detalle el procedimiento, sus resultados y posibles complicaciones a las pacientes sometidas a Histerectomía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PERCEPCIÓN PACIENTES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clara y precisa</li> <li>▪ Poco precisa</li> <li>▪ Escasa</li> <li>▪ Deficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cómo califican las pacientes el tipo de información que recibieron?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encuesta</li> </ul>

**3.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE: “Calidad de Vida”**

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>Calidad de Vida:</b> Entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ámbito Físico</b></li>   <li>▪ <b>Ámbito Psicológico</b></li>   <li>▪ <b>Ámbito Social</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Funcion física</b></li> <li>▪ <b>Rol físico</b></li> <li>▪ <b>Dolor corporal</b></li> <li>▪ <b>Salud general</b></li>   <li>▪ <b>Vitalidad</b></li> <li>▪ <b>Rol emocional</b></li> <li>▪ <b>Salud mental</b></li>   <li>▪ <b>Funcion social</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>¿Existe alteración a nivel de la función física?</b></li>   <li>▪ <b>¿Cómo se vio alterada en el ámbito psicológico?</b></li>   <li>▪ <b>¿Existieron cambios a nivel de la función social?</b></li> </ul>	<p>Encuesta/ cuestionario</p>   <p>Encuesta / cuestionario</p>

### **3.7. PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION**

Para la recolección de datos previamente se obtuvo la autorización del Director del establecimiento, como primer paso se procedió a la identificación de las pacientes que van a ser incluidas en el estudio, posteriormente fue verificar el Consentimiento Informado, para preceder a realizar una entrevista y el llenado de los test para valoración integral de la calidad de vida de las pacientes sometidas a Histerectomía. Los resultados fueron sometidos a un proceso de tabulación, análisis estadístico e interpretación.

### **3.8. PROCESAMIENTO Y ANALISIS**

La información obtenida durante la investigación se analizará cuantitativamente mediante la elaboración de tablas y gráficos, luego se calculará el coeficiente de correlación entre el impacto de la Histerectomía sobre la calidad de vida de las pacientes que han sido sometidas a esta intervención, posteriormente se realizará un análisis interpretativo en el que se explicará la relación existente entre las variables.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de los resultados/ Interpretación de datos

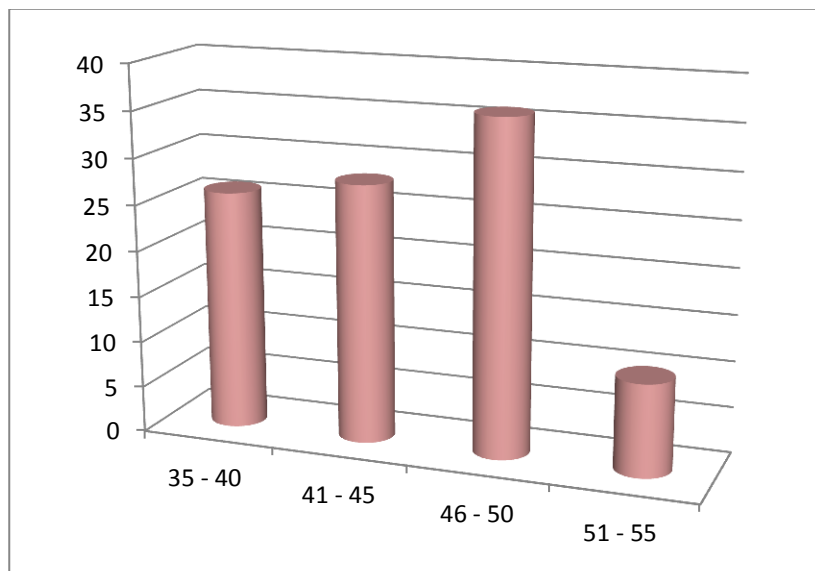
##### 4.1.1. Características de la Población

##### 4.1.1.1. Edad

La edad de los pacientes estudiados estuvo comprendida entre los 35 y 55 años, la media fue de 44, con una desviación estándar de 4.76 y una moda de 43.

Al distribuir los casos según grupos de edad se encontró que el pico de edad se encontró entre los 46 a 50 años con un 36%. La distribución de los casos se muestra en la figura 1.

Figura 1: Distribución según grupo de edad en HANM 2012



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

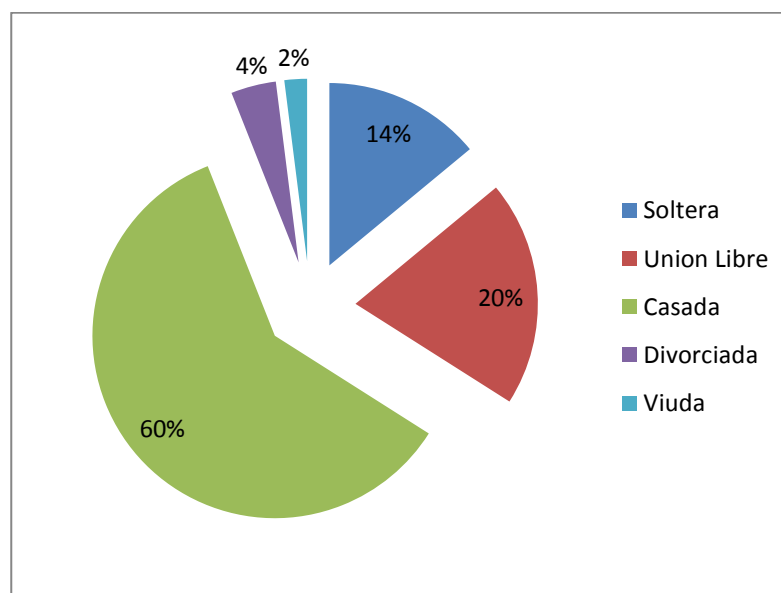
Elaborado por: Cristina Miranda

En el estudio realizado en Argentina por Rivero M., “Histerectomía por vía abdominal y vaginal”, en el cual se analizaron en forma retrospectiva 59 historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó una histerectomía en un periodo de 5 años. En cuanto a la edad se concluyó que de las 59 pacientes la edad media fue de  $48.3 \pm 10.7$  años, menores de 45 años 36.8 %, entre 45 y 65 años 56.2% y mayores de 65 años 7%, con lo cual se confirma la similitud en prevalencia de edad de mayor incidencia.<sup>36</sup>

#### 4.1.1.2. Estado Civil

El estado civil que predominó en el grupo de estudio con el 60 % es el de casadas, seguido por la unión libre con el 20 % de la muestra en estudio. Los restantes grupos se pueden apreciar en la Figura 2.

Figura 2: Distribución por Estado Civil en HANM 2012



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

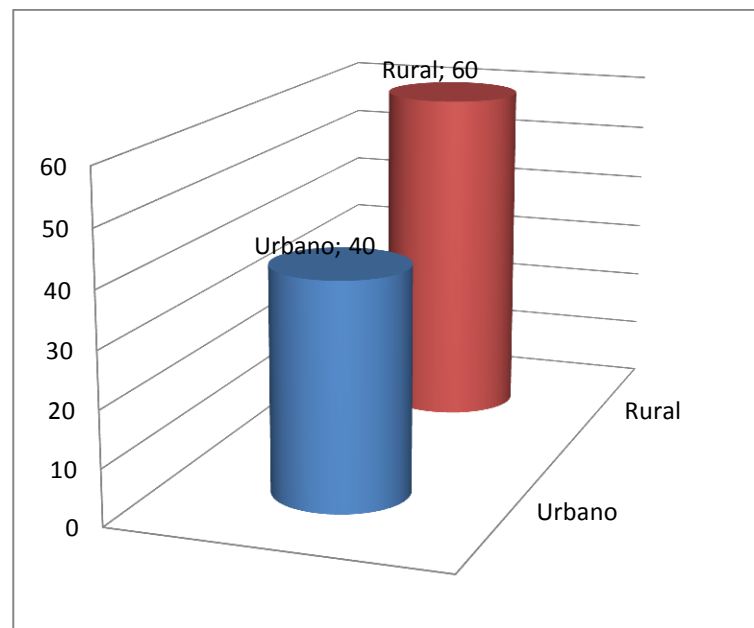
Elaborado por: Cristina Miranda

En el estudio realizado por Luque R., sobre “Valoración de los trastornos ansioso - depresivos en la mujer histerectomizada”, en este se estableció que el 84% de las pacientes son casadas y un 16% son solteras, mediante esto se corrobora los datos obtenidos en esta investigación.<sup>37</sup>

#### 4.1.1.3. Procedencia

En la muestra de estudio el lugar de procedencia que predominó corresponde al sector rural con una diferencia del 20%, Figura 3.

Figura 3: Distribución según Procedencia en HANM 2012



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

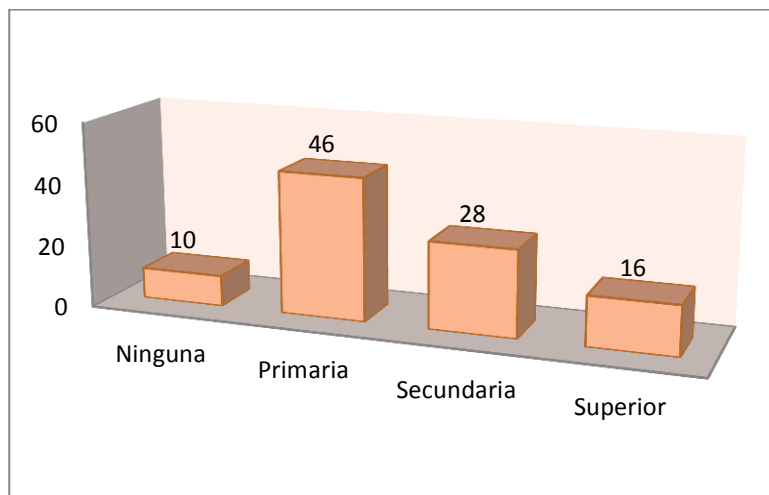
Elaborado por: Cristina Miranda

Sin embargo no se ha encontrado relación entre la procedencia de las pacientes y la información médica pre-postquirúrgica que ellas recibieron.

#### 4.1.1.4. Nivel de Instrucción

Se pudo apreciar que el nivel de instrucción de la población en estudio fue liderado por la instrucción primaria con el 46 %, ver Figura 4.

Figura 4: Distribución según nivel de Instrucción en HANM 2012



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

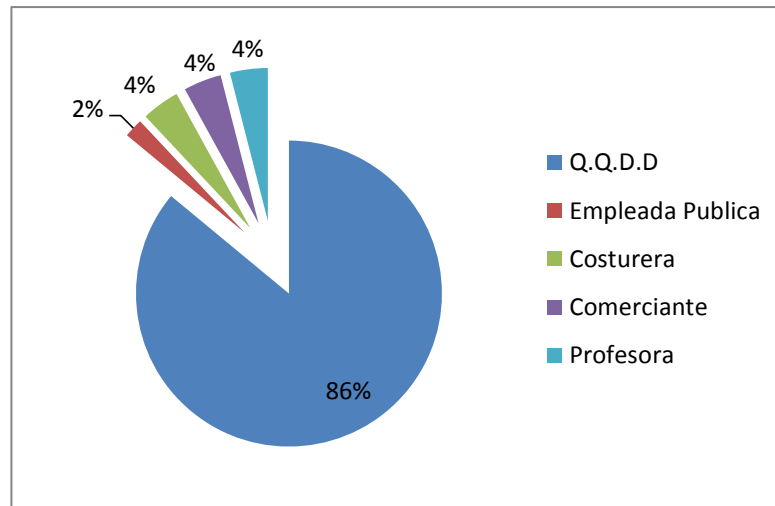
Elaborado por: Cristina Miranda

En el estudio realizado por López J., “Aspectos sociales que influyen en la capacidad de autocuidado de mujeres con Histerectomía”, este estudio reportó que el 55% de las histerectomizadas cuentan con una preparación de primaria, y el 31% con secundaria o técnica, las analfabetas y profesionales registraron un 7% cada uno respectivamente. Estos datos en sí no nos aportan una base científica óptima que permita establecer que existe una relación irrefutable entre el nivel de instrucción y la cirugía estudiada, solo es una pequeña similitud encontrada, pero deberían existir más estudios para poder afirmar una relación firme y existente.<sup>38</sup>

#### 4.1.1.5. Ocupación

El más representativo en cuando al ámbito ocupacional fue el de Quehaceres Domésticos con el 86 %. Los resultados pueden ser apreciados en la Figura 5.

Figura 5: Distribución según Ocupación en HANM 2012



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

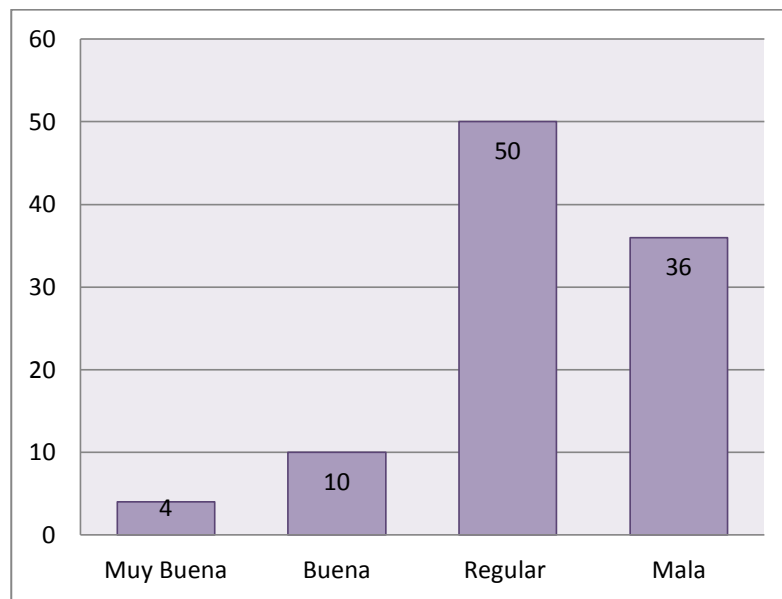
Elaborado por: Cristina Miranda

#### 4.1.2. Condicion socioeconómica de las pacientes histerectomizadas

El 50% del grupo de estudio considero su nivel socioeconómico como regular, seguido por el de mala con el 36 %, ver Figura 6.



Figura 6: Distribución según Condición Socioeconómica en HANM 2012



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

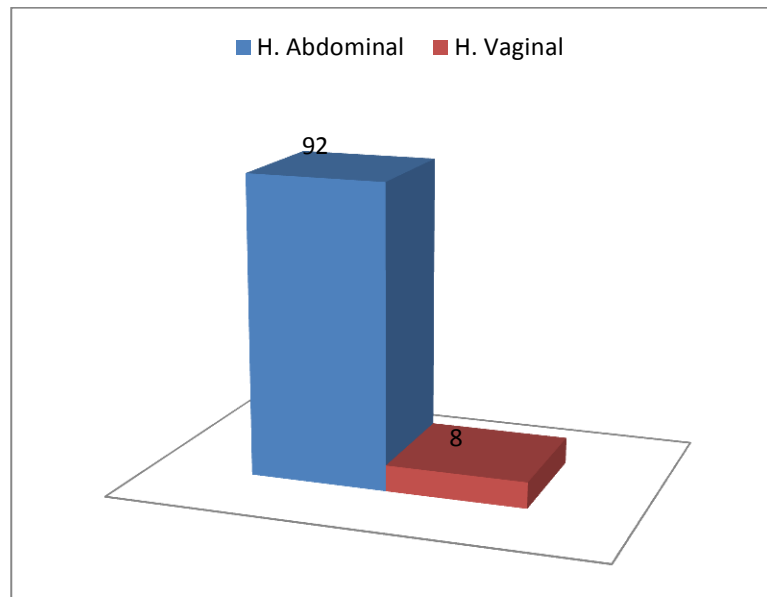
Elaborado por: Cristina Miranda

Podemos observar que un 86% de pacientes tienen una percepción de su condición socioeconómica entre regular y mala, pudiendo ser este uno de los factores que también lleven a que dichas pacientes presenten una menor calidad de vida, para lo cual haría falta realizar estudios más específicos que permitan hacer una valoración detallada de la relación entre estas.

#### 4.1.3. Abordaje quirúrgico

La técnica mayormente empleada fue la Histerectomía Abdominal con un 92% de prevalencia. Ver Figura 7.

Figura 7: Distribución según tipo de abordaje quirúrgico



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

Elaborado por: Cristina Miranda

No se encuentra relación entre el tipo de cirugía empleada y la calidad de vida de las pacientes histerectomizadas, debido a que la cirugía mayormente practicada es la de tipo abdominal con lo cual no se cuenta con una muestra significativa para poder hacer una relación entre cada una de las técnicas y los puntajes obtenidos.

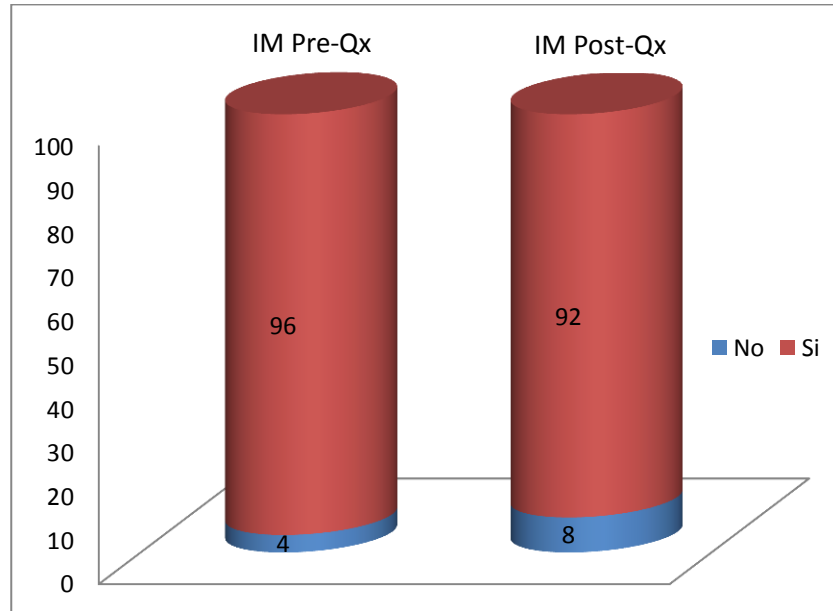
#### **4.1.4. Información Médica**

##### **4.1.4.1. Administración de información Médica Pre-Postquirúrgica.**

Al analizar si las pacientes habían recibido información médica sobre su procedimiento, resultados y posibles complicaciones sobre su patología antes y después de su cirugía el 96% y 92% respectivamente dijeron que si recibieron dicha información, ver figura 8.

Figura 8: Distribución según Información Médica

Pre-Postquirúrgica en HANM 2012



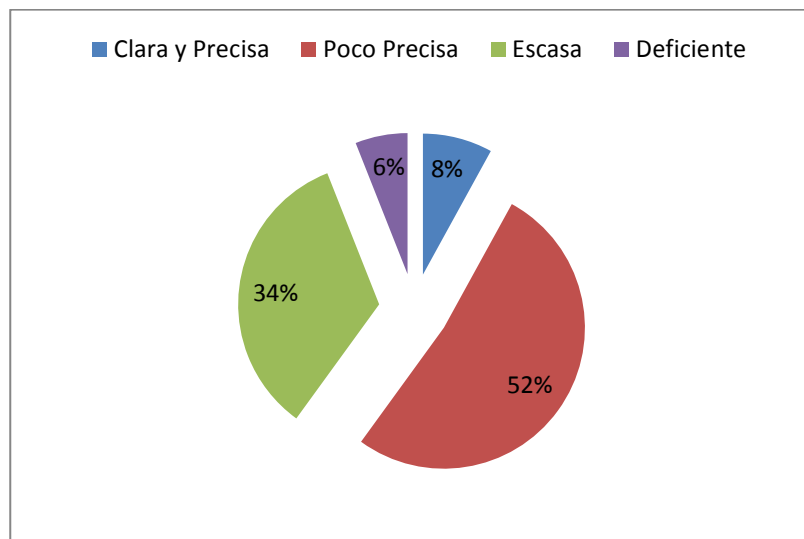
Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

Elaborado por: Cristina Miranda

#### 4.1.4.2. Tipo de información médica recibida

Al analizar como fue el tipo de información que las pacientes recibieron antes y después de la cirugía el 52% refirió que fue poco precisa, seguida por un 34% que informo ser escasa, determinando que entre esas 2 se forma un porcentaje alto que manifiesta inconformidad en cuanto a este dato de gran importancia. Ver figura 9.

Figura 9: Distribución según tipo de Información médica recibida HANM 2012



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

Elaborado por: Cristina Miranda

De acuerdo a estos datos debemos hacer un mayor énfasis en cuanto a la relación médico-paciente, ya que podemos observar que si existe información por parte del personal médico del HANM pero existe un notable deficiencia en cuanto al detalle con lo cual se administra este tipo de información por lo cual se debería tratar de mejorar la relación existente para que de esta manera la calidad de información administrada sea la adecuada y satisfaga las necesidades de las usuarias.

#### 4.1.5. Calidad de Vida en Pacientes Histerectomizadas

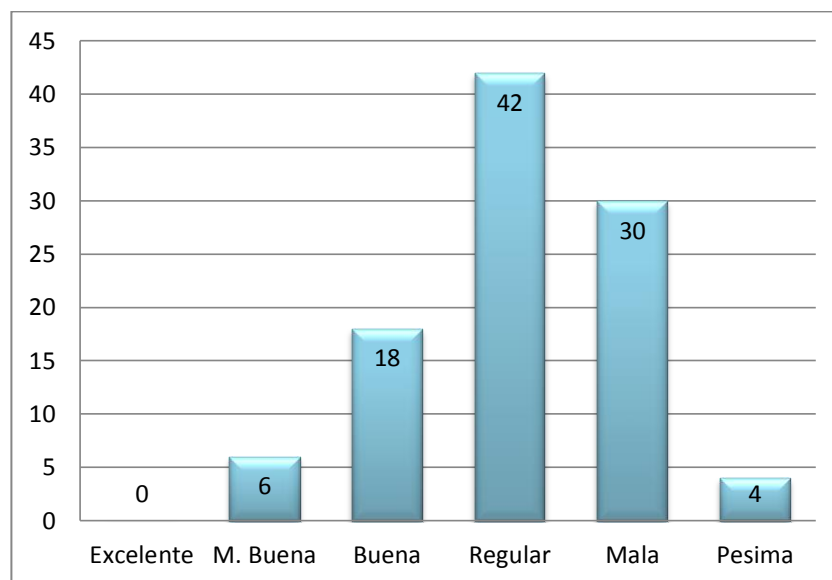
La calidad de vida entendida como la percepción del individuo sobre si mismo y el entorno que lo rodea, la interacción social, laboral , emocional, un conjunto que hace posible ser como somos, siendo ésta la razón de todo ser humano, el vivir dignamente y con comodidades es el anhelo al que aspira todo ser humano.

Para analizar este ítem, se utilizó el cuestionario Internacional de Salud SF-36, el mismo que evalúa la calidad de vida, dicho instrumento ha sido utilizado internacionalmente por varios años sufriendo ligeras modificaciones, incluye en su estructura los 8 ámbitos que abarca la calidad de vida, cada uno de ellos con un

puntaje cuya sumatoria final es de 100 puntos, representando mayor puntaje una mejor calidad de vida.

En el estudio se aprecia que el 42% del grupo vive con una calidad de vida considerada como regular, el 30% manifestó que tiene una mala calidad de vida, un 4% refirió como pésima su calidad de vida, la asociación entre estas 2 últimas evidenció un porcentaje significativo por lo que si es preocupante la cantidad de pacientes que viven mal, ver Figura 11.

Figura 10: Calidad Vida en Pacientes Histerectomizadas en HANM 2012



Fuente: Encuesta a pacientes sometidas a HT en HANM

Elaborado por: Cristina Miranda

## 4.2. VALIDACION DE HIPOTESIS

Para validar la hipótesis se planteo la siguiente hipótesis nula que dice HO: Las pacientes que recibieron información médica poco precisa pre/post-histerectomía, presentaron mejores puntajes de calidad de vida.

Valorados los casos se establece la siguiente distribución.

CV \ IM	MB/B	R/M/P	
CP	4	0	→ 4
PP/E/D	8	38	→ 46
	12	38	

50
----

- \* CV: calidad de vida
- \* IM: información medica
- \* MB: muy buena, B: buena, R: regular, M: mala, P: pésima
- \* CP: clara y precisa, PP: poco precisa, E: escasa, D: deficiente

Realizados los cálculos se encontró que existen diferencias en la percepción de la calidad de vida según la información medica recibida en el pre-postquirúrgico pues el valor del test exacto de Fisher para dos colas fue de 0.0021494, el cual es estadísticamente significativo lo que permite rechazar la HO y aceptar la hipótesis alternativa que dice: Las pacientes que recibieron información médica poco precisa pre/post-histerectomía, presentaron peores puntajes de calidad de vida.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- En la investigación se confirmó que aquellas pacientes que recibieron información médica poco precisa pre/post-histerectomía fueron las que peores puntajes de calidad de vida tuvieron.
- En el estudio se concluyó que la edad media de la población de estudio fue de 44 años con un rango edad comprendido entre los 35 y los 55 años, el estado civil que predominó fue el casado con el 60% del grupo.
- En cuanto a la escolaridad la instrucción primaria lidera la lista con el 46% seguido por el grupo que tiene instrucción secundaria con el 28%. De acuerdo a la procedencia el grupo rural representó el 60% y el urbano el 40%. En cuanto a la ocupación las labores domésticas predominaron con el 86% seguido por otras ocupaciones con un porcentaje similar y mínimo. La condición socioeconómica que predominó fue regular con el 50%, seguido por el de mala con el 36%.
- Se pudo concluir que en cuanto al tipo de cirugía más empleada fue la de tipo abdominal con un 92%, y la de tipo vaginal tuvo apenas un 8%.
- En lo referente acerca de que si las pacientes recibieron información médica pre-quirúrgica el 96% tuvo una respuesta afirmativa y el 4% fue negativa. En cuanto a si las pacientes recibieron información médica post-quirúrgica el 92% tuvieron una respuesta afirmativa y el 8% fue negativa. De acuerdo al tipo de información que recibieron el 52% tuvo una

información poco precisa, seguida por 34% que refirió que esta fue escasa, el 8% dijo que esta fue clara y precisa y el 6% se refiere a esta como escasa.

- En el estudio se aprecia que el 42% del grupo vive con una calidad de vida considerada como regular, el 30% manifestó que tiene una mala calidad de vida, el 18% refirió como buena su calidad de vida, el 6% como muy buena y el 4% como pésima.

## **5.2. Recomendaciones**

- Implementar un plan integral de atención a la paciente histerectomizada en la cual se incluya apoyo psicológico y realizar controles subsecuentes sobre estado anímico de la paciente, el grado de aceptación de su situación actual, dado que los síndromes depresivos suelen ser muy frecuentes.
- El personal médico, desde el momento de diagnóstico de la enfermedad ginecológica debería exponer a cada paciente los cambios que en su vida generará la enfermedad, en todas las dimensiones que abarca la calidad de vida, para que desde el inicio se pueda ir asimilando poco a poco y evitar así impactos de gran magnitud en el paciente.
- Que todos pongamos en práctica la solidaridad, el amor y el respeto por los demás seres humanos, las palabras de aliento, el buen trato hacen que todos sean y se sientan importantes y por ende es un pilar fundamental para el cumplimiento de cualquier labor o terapéutica prescrita.



## **CAPÍTULO VI**

### **6. PROPUESTA**

#### **6.1. Datos informativos**

##### **6.1.1. Título**

Programa para la administración de información médica clara y precisa pre-post histerectomía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

##### **6.1.2. Institución efectora**

La propuesta se realizará en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

##### **6.1.3. Beneficiarios**

Las beneficiarias serán las pacientes que van a ser y fueron sometidas a una Histerectomía que asistan al Hospital Alfredo Noboa Montenegro, en quienes el estudio ha evidenciado que la administración poco precisa ha originado que dichas pacientes tengan una percepción regular-mala de su calidad de vida

##### **6.1.4. Ubicación**

La propuesta estará ubicada en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

##### **6.1.5. Tiempo**

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que estará de manera constante, en permanente modificación, para poder valorar el impacto que presente su correcta utilización y distribución para la que se realicen constantes evaluaciones y modificaciones.

##### **6.1.6. Equipo técnico responsable**

Para la ejecución de la propuesta el equipo está conformado por especialistas en Ginecología y Obstetricia, Psicología Clínica, Médicos Generales y el Investigador.

### **6.1.7. Costo**

La propuesta tiene como presupuesto un total de 300 dólares que serán invertidos en el diseño de la propuesta, en la realización de los afiches, en conferencias, además en la elaboración de normativas informativas (folletos) que se repartirán a todas las pacientes que participen en este proyecto.

### **6.2. Antecedentes de la propuesta**

En la investigación que se realizó con las pacientes sometidas a Histerectomía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el período comprendido por los meses de Febrero 2012 – Agosto 2012, constituida por 50 pacientes se obtuvo los siguientes datos estadísticos:

La edad media de la población de estudio fue de 44 años con un rango edad comprendido entre los 35 y los 55 años, el estado civil que predominó fue el casado con el 60% del grupo. La instrucción primaria lidera la lista con el 46% seguido por el grupo que tiene instrucción secundaria con el 28%, de acuerdo a la procedencia el grupo rural representó el 60% y el urbano el 40%. En cuanto a la ocupación las labores domésticas predominaron con el 86% seguido por otras ocupaciones con un porcentaje similar y mínimo. La condición socioeconómica que predominó fue regular con el 50%, seguido por el de mala con el 36%. Se pudo concluir que en cuanto al tipo de cirugía más empleada fue la de tipo abdominal con un 92%, y la de tipo vaginal tuvo apenas un 8%. En lo referente acerca de que si las pacientes recibieron información médica pre-quirúrgica el 96% tuvo una respuesta afirmativa y el 4% fue negativa. En cuanto a si las pacientes recibieron información médica post-quirúrgica el 92% tuvieron una respuesta afirmativa y el 8% fue negativa. De acuerdo al tipo de información que recibieron el 52% tuvo una información poco precisa, seguida por 34% que refirió que esta fue escasa, el 8% dijo que esta fue clara y precisa y el 6% se refiere a esta como escasa. En el estudio se aprecia que el 42% del grupo vive con una calidad de vida considerada como regular, el 30% manifestó que tiene una mala calidad de vida, el 18% refirió como buena su calidad de vida, el 6% como muy buena y el 4% como pésima.

### **6.3. Justificación**

La administración de información médica poco precisa pre-post/histerectomía a provocado que las involucradas tengan una menor percepción de su calidad de vida, motivo por el cual se pretende que estas pacientes reciban una información clara y precisa antes de su cirugía y después de ella con eso se pretende mejorar su calidad de vida permitiéndoles tener un mayor conocimiento de su patología, el tratamiento que se le va administrar, cambios y posibles complicaciones que van a presentar antes y después de dicha cirugía.

### **6.4. Objetivos**

#### **6.4.1. Objetivo General**

- Diseñar un programa adecuado para la administración de información médica clara y precisa para las pacientes que van a ser y fueron sometidas a una Histerectomía y de esta forma mejorar su calidad de vida.

#### **6.4.2. Objetivos específicos**

- Plantear que a toda paciente Histerectomizada se le administre una charla mensual con la psicóloga de forma periódica durante los 6 primeros meses post-cirugía.
- Establecer medidas educativas sobre el manejo y buen trato a la paciente Histerectomizada dirigido en general hacia el personal de salud y familiares.

### **6.5. Análisis de factibilidad**

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico ya que se tiene las bases suficientes en conocimientos, además del apoyo de los médicos de la institución.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades del hospital.

No se requiere un presupuesto muy grande para cumplir, solo el buen deseo de querer cambiar, el querer hacer sentir bien a los demás, ya que por ellos somos y a ellos nos debemos, las palabras realmente tienen un significado inmenso y cuando son usadas para bien, los cambios son muy fructíferos, una información médica adecuada repercute de forma significativa en la calidad de vida. Al mejorar esta surgirán cambios, dado que se estará fomentando una mayor relación médico-paciente.

La actual propuesta esta direccionada a pacientes de todo nivel socioeconómico y cultural, de tal manera que se utilizaran términos sencillos para mejor entendimiento de la paciente y sus familiares, además será respaldado legalmente con el cumplimiento de las normas del buen vivir, reglamentado en la Asamblea Constitucional de Septiembre del 2008, articulando cada uno de sus componentes legales.

Desde el punto legal es una propuesta factible basándose en la Ley Orgánica de Salud título I artículo 3°.- Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de

los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales (ley No. 2006-67)

## **TÍTULO VII - RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR**

### **Capítulo Primero: Inclusión y Equidad**

**Art. 341.-** El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

### **Sección Segunda: Salud**

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género.

## **6.6. Fundamentación Científico Técnica.**

### **6.6.1. Repercusiones de la Histerectomía en la mujer**

Desde la infancia la mujer va percibiendo su feminidad basada en la maternidad y en todos los aspectos que tienen que ver con este evento: pubertad, embarazo y climaterio, cuando hay alguna intrusión en alguna de estas fases se producen una serie de consecuencias negativas que van a influir de forma muy directa en el autoconcepto que tienen sobre si mismas.

Para la mujer el útero representa gran parte de su feminidad, tiene un importante papel en la procreación pues es donde se alberga al bebé en su primer estadio de desarrollo, es considerado fuente de juventud, regulador de salud y está directamente relacionado con el bienestar del cuerpo, por lo que al practicarse una histerectomía se sienten vacías, faltas de su identificación sexual; si a esto unimos la extirpación de los ovarios (anexectomía unilateral o bilateral) tenemos que decir que la mujer lo vivencia como una castración no solo psicológica, sino que la reducción de estrógenos y progesterona provocan en ella cambios visibles, cambios que acentúan su estado psicológico. En algunos casos el miedo al vacío será compartido (según el caso) por la pareja, que en muchas ocasiones, puede vivir de forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales, a lo que hay que añadir una disminución de la libido sexual que en casos extremos pueden ser responsables de ciertos problemas entre el matrimonio o la pareja.

#### **6.6.2. Repercusiones psicológicas de la histerectomía**

Las repercusiones psicológicas de la histerectomía giran en torno a la depresión asociada a esta intervención, repercusiones en la sexualidad, al autoimagen, y la percepción de su feminidad. También se señala que esta operación es experimentada como una crisis existencial dada la significación simbólica del útero y de las funciones de procreación, menstruación y sexual. La histerectomía impacta en la vida interna y relacionada con la mujer puede ser más devastadora que la menopausia porque implica la pérdida de las vías reproductoras lo que genera mayor preocupación que la pérdida de otros órganos. Asimismo se reconocen algunos factores psicosociales como soporte social, en el cual la cese de la menstruación como consecuencia de la histerectomía se asocia al significado simbólico e inconsciente del útero relacionado a la condición de ser mujer, a la feminidad, sexualidad y maternidad. El útero y sus representaciones mentales para las mujeres (crucial para la maternidad) resulta ser una pérdida del poder femenino, experimentando el sentimiento de quedar vacía, ya que pierde una parte muy sustantiva de su propia anatomía que la simboliza frente al hombre. Frente a la histerectomía las mujeres manifiestan temores a perder su capacidad sexual y el interés por su pareja, como también a envejecer prematuramente, el cambio en la

respuesta sexual depende de la ansiedad originada por la preocupación del funcionamiento sexual y por el deterioro de las relaciones sexuales, por otro lado la histerectomía como menopausia simboliza también la pérdida de la juventud, el cuerpo muestra cambios en la piel (por la deficiencia de estrógenos), esto produce ansiedad y depresión en el que se relacionaría fundamentalmente con la percepción de pérdida de feminidad del potencial reproductivo de la atención de la pareja.

### **6.6.3. Psicoterapia en la histerectomía**

La psicoterapia implica el tratamiento directo de una persona o su tratamiento indirecto por medio de otras personas o situaciones que tiene por objeto proporcionar al paciente nuevas experiencias en la vida que tenga sobre él y ejercer influencia saludable cuya finalidad es el crecimiento de la personalidad del individuo que está siendo tratado.

Está designada para:

- Ayudar al paciente a mejorar su manera de reaccionar entre la vida diaria.
- Mejorar el modo de vida de una persona, requiere un aumento de comprensión de sus propios sentimientos y motivos.
- Aumento de la autoestima y la auto percepción.
- Mayores sentimientos de seguridad y adecuación.
- Desarrollo de métodos más eficaces para tratar los problemas personales.

Las pacientes responderán de una manera positiva a aquellas personas que se les acerquen con calor y afecto; quienes son capaces de responder a sus necesidades afectivas, se necesita una mutua interrelación de confianza y cuidado entre dos personas para vivenciar juntos tales experiencias. La explicación clara de la enfermedad y la psicoterapia de apoyo para el paciente y su familia es una base en el tratamiento y durante la convalecencia, la paciente necesitara apoyo moral para vencer la depresión que sigue a cualquier operación, así como los temores acerca de su futuro.

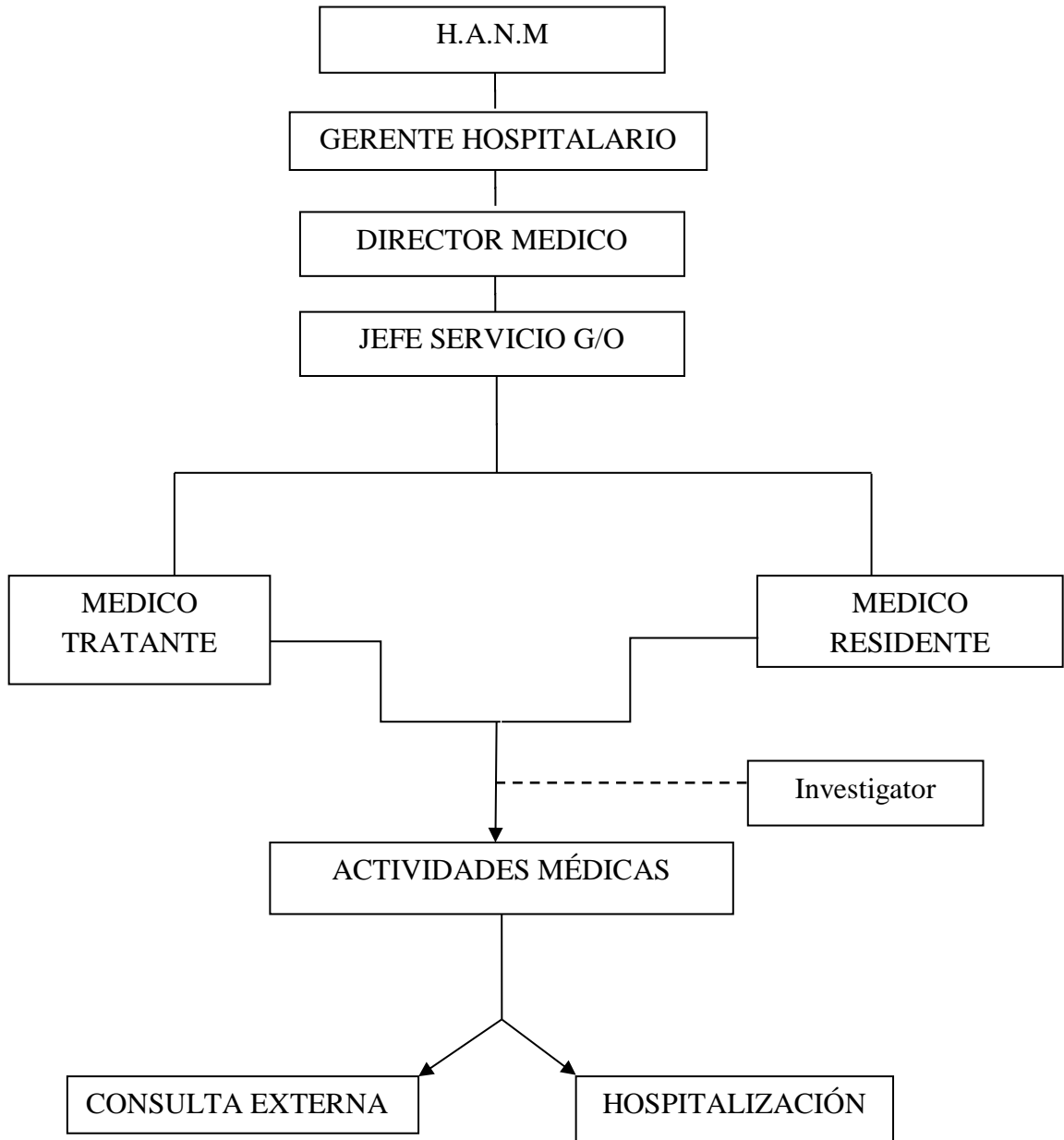
### 6.7.- Modelo Operativo.

<b>Fase de Planificación</b>	<b>Metas</b>	<b>Evolución</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autorización para realizar la propuesta</li> <li>▪ Presentación de la propuesta</li> <li>▪ Diseño del programa de la propuesta.</li> </ul>	Cumplimiento del 100% en Mayo	Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes	20 dólares	Solicitud a las autoridades
<b>Fase de Ejecución</b>	<b>Metas</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Convocatoria a especialistas en Ginecología-Obstetricia y Psicología</li> <li>▪ Capacitación al personal de salud responsable</li> <li>▪ Inscripción de los interesados</li> <li>▪ Diseño de afiches para los pacientes integrantes</li> </ul>	Cumplimiento del 100 % en Junio	Llegar a un consenso comun en el cual se resume el enfoque y los temas que van a ser tratados por el personal médico y posteriormente hacia las pacientes	200 dólares	Conferencias al personal de salud estudiantes de Medicina y pacientes
<b>Fase de evaluación</b>	<b>Metas</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluar cumplimiento de la propuesta</li> <li>▪ Modificaciones y ajustes en el transcurso.</li> </ul>	Cumplimiento del 100 % en Septiembre	Revisando los resultados mensuales de cada paciente	50 dólares	Información recolectada de los pacientes



### 6.8.- Administración de la propuesta.

La presente propuesta tendrá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara para obtener el mejor provecho posible, quedando estructurada de la siguiente manera:



## **6.9 Previsión de la evaluación**

Posteriormente a la aprobación de la propuesta se hablará con los especialistas de Ginecología-Obstetricia y Psicología Clínica del Hospital Alfredo Noboa Montenegro para hacer una convocatoria al personal de salud involucrado a quienes se les capacitará con charlas sobre el manejo y trato para las pacientes Histerectomizadas.

Toda paciente que va ser sometida a una Histerectomía deberá recibir información médica clara y precisa por parte del médico a cargo de su caso con el objetivo de satisfacer todas sus inquietudes, dudas y retirar posibles miedos acerca de la intervención a la cual van a ser sometidas. Después se convocará a las pacientes que ya fueron Histerectomizadas a quienes se ofrecerá charlas por parte de nuestros especialistas, en varios ámbitos con el fin de modificar su calidad de vida y evitar trastornos anímicos y abandono de las medidas terapéuticas, se elaborará afiches didácticos para un mejor entendimiento, además se elaborará una ficha personal de registro donde conste el seguimiento que se va hacer a las paciente.

Se realizara un análisis mensual para verificar si las pacientes muestran acogida, aceptación y un cambio de vida y de esta forma se podrá para evaluar el impacto de este proyecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada S, Trujillo S. “La histerectomía: repercusiones psicosociales”. Chile: 1994. Documento de trabajo N° 23. SERNAM (3)
- Anne M. Weber, MD, Mark D. “Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy”. 1999; 181:530-535. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/2002/03-Medicas/M-011.pdf> (36)
- Bhavnani V. “Women awaiting hysterectomy: a qualitative study of issues involved in decisions about oophorectomy”. 2003; 110(2):168-74. (23)
- Bolívar N. “Enfoque integral de la paciente histerectomizada”. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2001; 12(3):229-34. (18)
- Boletín del INEN en el año Jul. – Dic. 2005 Vol. 27 (13)
- Bonicatto, S, Soria J. “Los instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud”. Manual del Usuario. La Plata: Cata; 1998. (31)
- Brill AI. “Hysterectomy: different approaches, different challenges”. 2006; 49(4):722-35. (14)
- Briones LCH, Zepeda ZJ, Dupré AG, Cruz IML. “Histerectomía total abdominal”. México: 2009; 77(12):556-61. (1)
- Byyny RL, Speroff L. “Climatério: Guia de Atendimento”. Rio de Janeiro: 1996. (10)
- Chou CC, Lee TY, Sun CC, Lin SS, Chen LF. “Experiences before wives hysterectomy”. 2006; 14(2):113-22. (16)
- Clarke A. “Hysterectomy Alternatives and Aftereffects”. 2007. (29)
- Fleming V. “Hysterectomy: a case study of one woman’s experience”. 2003; 44(6):575-82. (17)
- Instituto Nacional de Perinatología. Anuario Estadístico, 2006. (2)
- Katz A. “Sexually speaking. Sexuality and hysterectomy”. 2005; 105. (21)
- Keiman W. “Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion”. 2003; 42(3):297-303. (15)
- Kristen H, Kjerulff M, Langerberg P, Rhodes J, Harvey G, Guzinski, M, Stolley M. “Effectiveness of hysterectomy”. 2000; 95:319-26. (33)

- Lindberg CE, Nolan LB. “Women’s decision making regarding hysterectomy”. 2001; 30(6):607-16. (19)
- Orts Llorca F. “Anatomía Humana”. 5ta Edición. Tomo III. Editorial científico- médica. Barcelona. (28)
- Rannestad T, Eikelan O, Helland H, Qvarnstrom U. “The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy”.2001; 80:46-51. (5)
- Sharts NC. “Hysterectomy for nonmalignant conditions”. 2001; 32-40. (20)
- Urrutia MT, Araya A, Riquelme P. “Satisfacción con la educación recibida en un grupo de mujeres histerectomizadas”. 2008. (25)
- Velarde E, Ávila C. “Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida”. Mexico 2002; 44:448-463, disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>. (11)
- Wade J, Morgan SW, Menting SA. “Hysterectomy”. 2000; 29(1):33-42. (22)
- Williams RD, Clark AJ. “A qualitative study of women’s hysterectomy experience”. Based Med 2000; 9 Suppl 2:S15-25. (24)

## LINKOGRAFÍA

- Disponible en: <http://www.pasoapaso.com.ve/Integracion/cdvevolucion> (4)
- Disponible en: [http://www.conductitlan/investigacion\\_psicologia](http://www.conductitlan/investigacion_psicologia) (6)
- Disponible en; [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/capitulo\\_17](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/capitulo_17). (7)
- Disponible en: <http://www.ecuadorvolunteer.org/es/estadisticas.html> (8)
- Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php.pid=S1132-129620070> (9)
- Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html> (12)
- Disponible en: <http://www.efemerides.ec/1/cons/index2.htm> (26)
- Disponible en: <http://catarina.udlap.mx/documentos/lps/capitulo1.pdf> (27)
- Disponible en : <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4600> (30)
- Disponible en: [http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad\\_de\\_vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida) (32)
- Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml> (35)
- Disponible en: [http://riuma.uma.es/10630/LUQUE\\_GUERRERO.pdf](http://riuma.uma.es/10630/LUQUE_GUERRERO.pdf) (37)
- Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020090160.PDF> (38)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS DE LA UNIVERSIDAD

- Cerda C, Pamela; Pino Ch, Patricia; Urrutia S, María Teresa “Calidad de vida en mujeres histerectomizadas”, Rev. chil. obstet. ginecol. 71(3): 216-221, ND. 2006. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- Merighi, Miriam Aparecida Barbosa; Oliveira, Deíse Moura de; Jesus, Maria Cristina Pinto de; Hoga, Luiza Akiko Komura; Pedroso, Anabella Garofalo de Oliveira “Experiencias y expectativas de las mujeres sometidas a histerectomía” Texto contexto - enferm. 21(3): 608-615, ND. 2012 Sep. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
- Salimena, Anna Maria de Oliveira; Souza, Ivis Emília de Oliveira “Cotidiano de la mujer después de la histerectomia bajo el pensamiento de Heidegger”, Rev. bras. enferm. 63(2): 196-202, ND. 2010 Apr. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
- Silva, Carolina de Mendonça Coutinho e; Santos, Inês Maria Meneses dos; Vargens, Octavio Muniz da Costa “La recuperación de la histerectomia en la vida de mujeres en edad reproductiva”, Esc. Anna Nery 14(1): 76-82, TAB. 2010 Mar. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
- Souza, Ívis Emília de Oliveira “El sentido de la sexualidad de mujeres sometidas a histerectomia: una contribución de la enfermería a la integralidad de la asistencia ginecológica”, Esc. Anna Nery 12(4): 637-644, ND. 2008 Dec. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

**ANEXOS:**

**Anexo 1**

**FORMATO DE ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES**

N. DE HISTORIA CLINICA:.....

1. EDAD:.....

2. OCUPACION:.....

3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Ninguna ( )                      Secundaria ( )

Primaria ( )                      Superior ( )

4. ESTADO CIVIL

Soltera ( )                      Divorciada ( )

Casada ( )                      Viuda ( )

Unión Libre ( )

5. PROCEDENCIA

Urbano ( )                      Rural ( )

6. SU CONDICION SOCIOECONOMICA ES:

Muy buena ( )                      Regula ( )

Buena ( )                      Mala ( )

7. ¿RECIBIO USTED INFORMACION MEDICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO, RESULTADO Y POSIBLES COMPLICACIONES DE SU PATOLOGIA ANTES DE LA CIRUGIA?

Si ( )                      No ( )

8. ¿RECIBIO USTED INFORMACION MEDICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO, RESULTADO Y POSIBLES COMPLICACIONES DE SU PATOLOGIA DESPUES DE REALIZADA LA CIRUGIA?

Si ( )                      No ( )

9. ¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE FUE EL TIPO DE INFORMACIÓN MEDICA QUE RECIBIÓ?

Clara y Precisa ( )                      Escasa ( )

Poco Precisa ( )                      Deficiente ( )

10. TIPO DE ABORDAJE QUIRÚRGICO REALIZADO

Abdominal ( )                      Vaginal ( )

## Anexo 2

### Cuestionario de Salud SF-36

#### Su Salud y Bienestar.

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y encierre y señale la que mejor describa su respuesta.

#### 1. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

(Marque solo un número)

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

#### 2.-FUNCION FISICA: 10 PUNTOS

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? (marque solo un número por cada pregunta).

(0puntos)(0,5puntos)(1 punto)

<b>PREGUNTAS</b>	<b>Si me limita mucho</b>	<b>Si me limita un poco</b>	<b>No me limita nada</b>
1.- Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores			
2.- Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar mas de 1 hora			
3.- Coger o llevar una bolsa de compra			

4.- Subir varios pisos por la escalera			
5.- Subir un solo piso por la escalera			
6.- Agacharse o arrodillarse			
7.- Caminar 1 kilómetro o más			
8.- Caminar varias manzanas			
9.- Caminar una manzana			
10.- Bañarse o vestirse por si mismo			

### 3.-ROL FISICO: 4 PUNTOS

**Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?** (marque solo un número por cada pregunta)

(0 puntos) (1 punto)

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas?		
2.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
3.- ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
4.- ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, por ejemplo le costó mas de lo normal?		

### 4.- ROL EMOCIONAL: 3 PUNTOS

**Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?** (Marque un solo número por cada pregunta)



(0 puntos)(1 punto)

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?		
2.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional?		
3.- ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		

### **5.-ROL SOCIAL: 8 PUNTOS**

**5.1.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Marque un solo número)**

1. Nada (4 puntos)
2. Un poco (3 puntos)
3. Regular (2 puntos)
4. Moderado (1 punto)
5. Mucho (0 puntos)

**5.2.-Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia la Salud Física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.**

1. Nada (4 puntos)
2. Un poco (3 puntos)
3. Regular (2 puntos)
4. Moderado (1 punto)
5. Mucho (0 puntos)

## **6.-DOLOR CORPORAL: 10 PUNTOS**

### **6.1 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

**(Marque un solo número)**

1. Nada (5 puntos)
2. Poco (4 puntos)
3. Regular (3 puntos)
4. Moderado (2 puntos)
5. Muchos (1 puntos)

### **6.2.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (Marque un solo número)**

1. Nada (5 puntos)
2. Un poco (4 puntos)
3. Regular (3 puntos)
4. Moderado (2 puntos)
5. Mucho (1 puntos)

## **7.- ENERGÍA Y VITALIDAD: 20 PUNTOS**

**Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia. (Marque un solo número por cada pregunta)**

### **7.1.- ¿Se sintió lleno de vitalidad?**

- |             |                |                   |                     |            |
|-------------|----------------|-------------------|---------------------|------------|
| 1.- Siempre | 2.Casi siempre | 3.- Algunas veces | 4.- Solo alguna vez | 5.-Nunca   |
| (5 puntos)  | (4 puntos)     | (3 puntos)        | (2 puntos)          | (1 puntos) |

**7.2.- ¿Tuvo mucha energía?**

- 1.- Siempre (5 puntos)   2.Casi siempre (4 puntos)   3.- Algunas veces (3 puntos)   4.- Solo alguna vez (2 puntos)   5.-Nunca (1 puntos)

**7.3.- ¿Se sintió agotado?**

- 1.- Siempre (1 puntos)   2.Casi siempre (2 puntos)   3.- Algunas veces (3 puntos)   4.- Solo alguna vez (4 puntos)   5.-Nunca (5 puntos)

**7.4.- ¿Se sintió cansado?**

- 1.- Siempre (1 puntos)   2.Casi siempre (2 puntos)   3.- Algunas veces (3 puntos)   4.- Solo alguna vez (4 puntos)   5.-Nunca (5 puntos)

**8.-SALUD MENTAL: 25 PUNTOS**

**8.1.- ¿Estuvo muy nervioso?**

- 1.- Siempre (1 puntos)   2.Casi siempre (2 puntos)   3.- Algunas veces (3 puntos)   4.- Solo alguna vez (4 puntos)   5.-Nunca (5 puntos)

**8.2.- ¿Se ha sentido tan bajo de moral que nada le sube el ánimo?**

- 1.- Siempre (1 puntos)   2.Casi siempre (2 puntos)   3.- Algunas veces (3 puntos)   4.- Solo alguna vez (4 puntos)   5.-Nunca (5 puntos)

**8.3.- ¿Se sintió calmado y tranquilo?**

- 1.- Siempre (5 puntos)   2.Casi siempre (4 puntos)   3.- Algunas veces (3 puntos)   4.- Solo alguna vez (2 puntos)   5.-Nunca (1 puntos)

**8.4.- ¿Se sintió desanimado y triste?**

- 1.- Siempre (1 puntos)   2.Casi siempre (2 puntos)   3.- Algunas veces (3 puntos)   4.- Solo alguna vez (4 puntos)   5.-Nunca (5 puntos)

**8.5.- ¿Se sintió feliz?**

- 1.- Siempre (5 puntos)    2.Casi siempre (4 puntos)    3.- Algunas veces (3 puntos)    4.- Solo alguna vez (2 puntos)    5.-Nunca (1 puntos)

**9.- SALUD GENERAL: 20 PUNTOS****SALUD GENERAL ITEM I**

En general Ud. diría que su salud es:

1. Excelente (4 puntos)    2. Muy Buena (3 puntos)    3. Buena (2 puntos)    4. Regular (1 puntos)    5. Mala (0 puntos)

**SALUD GENERAL ITEM II**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>Totalmente cierto</b>	<b>Bastante cierto</b>	<b>No lo se</b>	<b>Bastante falsa</b>	<b>Totalmente falsa</b>
1.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	(0 puntos)	(1 punto)	(2puntos)	(3 puntos)	(4 puntos)
2.- Estoy tan sano como cualquiera	(4 puntos)	(3punto)	(2puntos)	(1punto)	(0puntos)
3.- Creo que mi salud va a empeorar	(0puntos)	(1punto)	(2puntos)	(3puntos)	(4puntos)
4.- Mi salud es excelente	(4puntos)	(3punto)	(2puntos)	(1punto)	(0puntos)

**TOTAL: 100 PUNTOS**

### Anexo 3

#### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “IMPACTO DE LA HISTERECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES ENTRE 35 A 55 AÑOS DE EDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DURANTE EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2012”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realizará la Srta. Cristina Elizabeth Miranda Yanzapanta, para proyecto de tesis de Graduación de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en el H.A.N.M.

Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido a cerca del estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.

Se me ha explicado que mi nombre será mantenido en secreto y que los resultados serán confidenciales y podrán ser publicados.

YO \_\_\_\_\_

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:.....

Teléfono:.....

Firma:.....

Fecha:.....