

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN-MANAGUA

**“Impacto De La Histerectomía Obstétrica En La Calidad De Vida
Relacionada Con La Salud En Mujeres Intervenidas En El Hospital
Alemán Nicaragüense. Enero 2014 A Diciembre 2018”**

Autora: Gabriela María Mendoza Hernández.

Tutor: Nubia Fuentes Sarria.
Especialista en Ginecología y Obstetricia.
Salud Sexual y Reproductiva.

Dedicatoria

El presente trabajo se lo dedico a Dios y a la Virgencita por hacer de mi vida una historia increíble y llena de bendiciones.

A mis padres, por haber echo de mí una persona de bien, por todo su esfuerzo y cariño.

A mis abuelos, Yolanda, Francisco y “Mamayina” por sus oraciones y por siempre creer que lo lograría todo. A mi abuelo Gilberto, porque sé que desde el cielo me acompaña.

A mi Sofía, por ser mi pedacito de alegría cada día.

Agradecimientos

A mis maestros, excelentes personas, que con su paciencia, consejos y lecciones formaron mis conocimientos.

A mi familia por el apoyo incondicional, por la motivación que me brindaron para salir siempre adelante aún en las adversidades.

A mis amigos, únicos y especiales, por su apoyo incondicional, hicieron de estos 4 años un viaje increíble. Gava, Kat y Campos, gracias por las risas y los buenos momentos, son inolvidables.

Carta del Tutor

El tema escogido por la doctora Gabriela Mendoza es el primero realizado en este Hospital lo que será de utilidad para explorar la calidad de vida de mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente por histerectomía debido a complicaciones obstétricas, problema de salud muchas veces silencioso pero que en algunas ocasiones puede dejar secuelas ya sea físicas como psicológicas. Sin dejar a un lado la repercusión que puede tener la mujer en el campo social y sexual.

En la mayoría de las veces este procedimiento se realiza para evitar una muerte materna, en situaciones en que el cirujano obstetra se enfrenta a una hemorragia o sepsis y debe tomar la decisión en un período corto de tiempo aun cuando la mujer no haya logrado tener hijos y el pronóstico de neonato sea malo.

Este estudio servirá para conocer la parte silenciosa que viven las mujeres que pasan por este evento obstétrico y que muchas veces el obstetra no puede pronosticar al momento de tomar la decisión quirúrgica pero que posteriormente se debe de considerar un manejo integral tomando en cuenta que la mayoría son mujeres jóvenes cuyo procedimiento puede afectar su salud en cualquiera de las dimensiones principalmente en los casos en que además de extraer el útero también le son extraídos uno o ambos ovarios.

Por la importancia y utilidad del estudio considero que cumple con los requisitos metodológicos de un protocolo de investigación y los resultados obtenidos al finalizar el estudio serán enriquecedores para la labor diaria y formación de los futuros especialistas.

Doctora Nubia María Fuentes Sarria
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Salud Sexual y Reproductiva

Contenido

Resumen	1
Introducción.....	2
Justificación	5
Antecedentes.....	7
Objetivos.....	9
Marco Teórico	10
Hemorragia Postparto	12
Sepsis puerperal	13
Retención de restos placentarios.....	14
Anormalidades de la adherencia placentaria.....	15
Miomias uterinos.....	16
Inversión uterina subaguda y crónica	16
Dehiscencia de cicatriz de cesárea	17
Técnica de histerectomía obstétrica.....	17
Calidad de vida relacionada con la salud.....	18
Efectos Psico-emocionales y Sexuales que se Presentan en las Mujeres Sometidas a una Histerectomía.....	20
Importancia de Intervención Psicoeducativa en la Prevención de Alteraciones Emocionales y Disfunciones Sexuales en las Mujeres Histerectomizadas.....	26
Instrumentos para Medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	26
Hipótesis	33
Diseño Metodológico	34
Análisis de los resultados.....	37
Operacionalización de Variables	42
Resultados.....	61
Análisis de resultados	64
Conclusiones.....	75
Recomendaciones	77
Citas Bibliográficas	78

Resumen

En el Hospital Alemán Nicaragüense se realizó un estudio descriptivo tipo encuesta para conocer la calidad de vida de mujeres que se les realizó histerectomía abdominal por alguna causa obstétrica. Se recopilaron 75 expedientes de mujeres que fueron intervenidas en el período de 2015 a 2018. Entre los hallazgos relevantes sociodemográficos, la mayoría fueron mujeres jóvenes, menores de 30 años al momento del evento, con un nivel de escolaridad moderado, estudios de secundaria, la mitad provenían del casco rural, la tercera parte contaba con un estado nutricional de obesidad, sólo el 20% eran primigestas. El evento obstétrico que más se asoció a la HTO (Histerectomía Total de Causa Obstétrica) fue la cesárea realizada de emergencia, la principal complicación que presentaron las mujeres fue la HPP (Hemorragia Postparto) secundaria a distintas causas, como atonía uterina, acretismo placentario, placenta previa, DPPNI y desgarros del canal del parto. La sepsis puerperal por endometriometritis se asoció a la HTO durante el puerperio o el post aborto. La calidad de vida de las mujeres se vio afectada principalmente en el campo sexual y emocional, al igual que la presencia de síntomas relacionados con la menopausia quirúrgica, principalmente a las que se les realizó ooforectomía bilateral. La mayoría de mujeres presentaron una afección en su calidad de vida de forma moderada a severa.

La histerectomía, pone fin de manera drástica a la posibilidad de tener hijos. La mujer que es intervenida por una histerectomía debido a un evento obstétrico ya sea una cesárea, un parto o un aborto tiene que enfrentar una serie de cambios que afectan su integridad física y emocional. Este problema se agrava aún más cuando esta cirugía se realiza a mujeres jóvenes que no han completado su vida sexual y reproductiva, situación que la llenan de miedo, tristeza, duda y angustia, los cuales son vividos por cada mujer de forma particular.

Introducción

A lo largo del tiempo, para la mujer el útero representa feminidad y juventud, incluso para las que ya no desean tener más hijos, además está relacionado con el bienestar y la salud del cuerpo, por lo que al ser sometida a una histerectomía y extraer esa parte tan importante para ella, muchas refieren sentirse «vacías» (calificativo que comúnmente se emplea para definir la eliminación del útero en la mujer). Si a esto se añade retirar los ovarios, principal reserva de las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), conlleva a que experimente de forma más temprana cambios físicos, sexuales y emocionales característicos de la menopausia que repercuten aún más en su calidad de vida. Estos cambios en un mayor o menor grado terminan afectando su autoestima, imagen corporal, expectativas, las relaciones familiares y sociales, la disponibilidad y función sexual de la pareja. (Silva, 2017) (Vargas, 2010)

El número de mujeres que necesitan someterse a histerectomía ha aumentado en los últimos años. (Sobral, 2015) En el Hospital Alemán Nicaragüense cada año se realizan 2500 histerectomías y de ellas menos del 5% son de causa obstétricas. Según estadísticas, para el 2018 se realizaron 12 histerectomías de causa obstétrica, correspondiendo al 0.48%, siendo la principal causa la hemorragia post parto, siguiéndole en frecuencia las de causa infecciosa, principalmente por abscesos pélvicos o endometriitis. Es de esperarse que la mayoría sean mujeres jóvenes menores de 35 años o muchas de ellas adolescentes que sufren complicaciones a consecuencia de un embarazo no planificado y a inmadurez de sus órganos sexuales. Dado lo anterior, a menudo es difícil predecir cómo las mujeres van a sobrellevar o a responder a la histerectomía ya que de la noche a la mañana sus vidas se ven afectadas de forma inesperada. Algunos autores aseguran que pueden presentarse efectos

adversos en algunos aspectos de la vida, aunque también existen algunas evidencias que demuestran que después de la histerectomía, la sexualidad y la función sexual no se ven afectadas. (Sobral, 2015) (García S. A., 2017)

Para evaluar la calidad de vida en una mujer que fue intervenida por una histerectomía de causa obstétrica, se deben considerar los fenómenos que ocurren en el área física, psicológica, sexual, social y familiar de la mujer. Actualmente no existe un instrumento único y específico que pueda considerarse como herramienta de evaluación para la mujer que es intervenida por histerectomía, sin embargo, se utilizan instrumentos que evalúan las diferentes dimensiones que pueden afectar su calidad de vida. Algunos autores han demostrado que pueden presentarse efectos adversos en algunos aspectos de la vida, principalmente en el aspecto psicológico o sexual, aunque también existen algunas evidencias de que después de la histerectomía, la sexualidad y la función sexual no se ven afectadas. (Sobral, 2015) (García S. A., 2017) En relación a la histerectomía obstétrica, no hay suficiente investigación en temas que evalúen el grado de repercusión sobre los diferentes aspectos de su calidad de vida.

El propósito de este trabajo es conocer el impacto de la histerectomía de causa obstétrica en la calidad de vida relacionado con la salud en un grupo de mujeres intervenidas en el Hospital Alemán Nicaragüense, utilizando un instrumento de evaluación en forma de cuestionario, el cual fue diseñado tomando como especial consideración y después de una exhaustiva revisión bibliográfica diferentes escalas como son la de Cervantes, la Medical Outcomes Study (MOS) o SF 36 y el índice de función sexual femenina (IFSF). A partir de ellas se elaboró una lista de ítems que incluía las que estas escalas tenían en común y algunas específicas de cada una de ellas y que tenían relación

con los aspectos que podían afectar la calidad de vida de mujeres posterior a la histerectomía de causa obstétrica. Por todo lo anterior el planteamiento del problema es el siguiente:

“Cuál es el impacto de la histerectomía obstétrica en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres intervenidas en el Hospital Alemán Nicaragüense, período de Enero 2014 a Diciembre 2018”.

Justificación

La calidad de vida en muchas mujeres posterior a la histerectomía puede verse afectada en una o más de las dimensiones como son sexual, físico, social, emocional o psicológico. Algunos investigadores han observado que tras este tipo de cirugía, la disfunción sexual es una de las más afectadas; no obstante existen algunas evidencias de que después de la histerectomía, la sexualidad y la función sexual no se ven afectadas. (García S. A., 2017) (Sobral, 2015)

Es importante conocer la calidad de vida relacionada con la salud de estas mujeres ya que la mayoría son jóvenes, que de forma repentina y sin haberlo pensado perdieron una parte importante de su cuerpo, también por una importante razón como es la de salvarle la vida. Para muchas de ellas significa no volver a tener hijos, y si su embarazo no logró llegar a un feliz término, el dolor que sentirá esa madre es irremediable, para otras no en menor número significa la pérdida de su feminidad y sexualidad, manifestando sentimientos de tristeza, ansiedad, frustración, con un vacío corporal o emocional llegando algunas de ellas a la depresión. Por último las que presentan mayor afectación y repercusión en su calidad de vida son las que además de perder el útero, también pierden sus ovarios quedando totalmente vulnerables a todos los cambios que presentan las mujeres a consecuencia de la menopausia, etapa que la inician de forma prematura, y por tanto con un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, óseos, neurológicos y más tempranamente la atrofia genital que repercute aún más en su sexualidad y relación de pareja. (Sobral, 2015) (Yanzapanta, 2013) (Sobral, 2015)

La forma más exacta de hacerlo es través de escalas de medición, ya que el grado de afectación de la histerectomía de causa obstétrica puede estar asociado a otros aspectos relacionados con el entorno de la mujer como es el socio cultural, al igual que al estado de salud previo a la cirugía. La evaluación de la calidad de vida de este grupo de mujeres en sus diferentes dimensiones será de gran importancia por diferentes razones. En primer lugar porque será un estudio pionero en relación al tema, lo que servirá para darle mayor interés a esta problemática de salud, si bien es cierto este procedimiento se realiza para salvar la vida de la mujer, lo que pasa después de la cirugía muchas veces la tiene que enfrentar sola, lo que la hace más vulnerable a sufrir daños en su integridad física y emocional.

En segundo lugar este estudio permitirá obtener información relevante y veraz sobre los efectos negativos que pueden percibir y manifestar este grupo de mujeres, lo que permitirá desarrollar intervenciones con base científica que ayuden al profesional de la salud que esté en contacto con la evolución de mujeres sometidas a una histerectomía obstétrica a adoptar conductas terapéuticas y de seguimiento de una forma más integral que puedan dar respuestas a las necesidades físicas, sexuales y emocionales de cada mujer.

Antecedentes

En Guatemala se entrevistó a 88 mujeres que fueron intervenidas con histerectomía en el hospital general San Juan de Dios, en el período de 2015 y 2016 para valorar la calidad de vida mediante un cuestionario de salud que contiene 8 dimensiones distribuidas en 36 preguntas que cubre función física, dolor corporal, rol físico. Salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Se encontró que el 11.3% tenían mala calidad de vida, 35.2% reporto una calidad de vida buena, el 21.5% esta era muy buena y el 5.6% su calidad de vida era excelente. (Chang, 2018)

En Perú se realizó un trabajo de tesis monográfica con el objetivo de descubrir la calidad de vida de mujeres jóvenes adultas de 20 a 40 años, sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el hospital Lambayeque (2015-2016). El total de mujeres fue de 107, se les aplicó el cuestionario SF 36. Se encontró que el 70% jóvenes adultas manifestaron que tenían buena calidad de vida, el 9% la refirieron muy buena y el 21% excelente. (García N. , 2018)

En el Hospital Alfredo Novoa (2012), se llevó a cabo el estudio para evaluar la calidad de vida de mujeres sometidas a histerectomía en el servicio de Gineco Obstetricia, se aplicó en cuestionario SF 36, encontrando que el 42% vivían con una calidad de vida considerada regular, el 30% la calidad de vida fue descrita como mala, el 18% presentaban una calidad de vida buena y en el 4% esta fue pésima. (Yanzapanta, 2013)

El estudio de Isabel Díaz realizado en el hospital de occidente San Juan de Dios (2013) cuyo objetivo fue valorar la adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía en el hospital Nacional de Occidente – San Juan de Dios en Quezaltenango,

utilizando el cuestionario de adaptación para adultos Bell de Hugh M. Bell. El cual permite medir diferentes aspectos como son el personal, familiar, emocional, salud y naturaleza. En el estudio se encontró que la mayoría de mujeres presentaron síntomas como pérdida de su feminidad, aceptación de su sexualidad por parte del esposo, falta de aptitudes emocionales y conductuales por parte de la familia. (Díaz, 2013)

Objetivos

Objetivo General

Conocer el impacto de la histerectomía obstétrica en la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres intervenidas en el hospital Alemán Nicaragüense. Enero 2014 a diciembre 2018.

Objetivos Específicos

1. Describir características demográficas y reproductivas de las mujeres participantes.
2. Determinar las características relacionadas con el evento obstétrico y quirúrgico.
3. Analizar la calidad de vida en las diferentes dimensiones de las mujeres del estudio posterior a la histerectomía obstétrica.
4. Identificar los factores asociados al deterioro de la calidad de vida posterior al procedimiento quirúrgico.

Marco Teórico

La histerectomía obstétrica es la extirpación del útero, ya sea después de un parto, aborto o durante el puerperio, realizada con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia como hemorragia o sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores sin obtener resultados satisfactorios. (Mendoza, sept.2011) La intervención puede justificarse después de una cesárea, parto vaginal, legrado o durante el puerperio mediato o tardío.

En la literatura internacional, se reporta una incidencia de 7-13 por cada 10,000 nacimientos, varios autores han comunicado índices de 0,6 hasta 6,2 por mil partos, en diversos estudios realizados en el mundo, (Orestes, 2009) es más frecuente la variedad postcesárea. En Noruega, Engelsen, et al., encontraron 11 casos de histerectomía posparto en un lapso de 25 años, con una incidencia de 0.2 por cada 1,000 partos. En Inglaterra la incidencia es de 4.1 por 10,000 nacimientos. En la India, entre 1997 a 2003, se reportó una incidencia de 0.26%, 1 por cada 384 nacimientos. En Estados Unidos, Whiteman, et al., reportaron una incidencia de 0.77/1,000 partos. En México, reportan una incidencia aproximada que va de 0.75 a 1.7%.

La histerectomía que se realiza durante la cesárea es conocida como operación de Porro y consiste en efectuar la cesárea seguida de histerectomía total o subtotal. En condiciones ideales siempre es preferible practicar la técnica total; sin embargo, en aquellas pacientes en malas condiciones generales donde existe dificultad técnicas para la extracción del cuello es preferible la extracción subtotal para acortar el tiempo quirúrgico.

Indicaciones absolutas: Ruptura uterina de difícil reparación, útero de Couvelaire en abrupto placentae, acretismo placentario, atonía uterina refractaria al tratamiento médico, infección puerperal de órganos internos.

Indicaciones electivas: Son las que se plantean antes de la intervención; algunas surgen en el momento de la cirugía, sin ser por sí mismas indicación absoluta de histerectomía: carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama, mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha, torsión de útero grávido en grado avanzado, afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino), algunos casos de corioamnioitis grave, enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof [púrpura trombocitopénica idiopática], etc.).

De acuerdo con la Asociación de Histerectomías en el Reino Unido, una de cada cinco mujeres será sometida a este procedimiento quirúrgico en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos, es una cirugía electiva que se realiza en mujeres con un promedio de edad entre 40 a 50 años, por alguna causa ginecológica, a diferencia de las histerectomías de causa obstétrica que se realiza de emergencia en mujeres jóvenes con la única finalidad de salvarle la vida. Si la histerectomía también involucra el retiro de ambos ovarios, la mujer experimentará la “menopausia” inmediatamente después de la cirugía independiente de la edad. Si en la cirugía se deja uno o ambos ovarios intactos, la mujer tiene un 50% de probabilidad de experimentar la menopausia aproximadamente a los 5 años después de la cirugía. (Vargas, 2010)

Las principales causas de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de histerorrafía en una cesárea previa con una incidencia calculada de 12%,

placenta accreta con 4,1 %, placenta previa 0,5 %, abrupto placentario 23,5 %, atonía uterina 23,5 %. El embarazo ectópico, embarazo molar, miomas uterinos. (Mendoza, sept.2011)

Hemorragia Postparto

La hemorragia es una de las principales causas de mortalidad materna, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados. La hemorragia posparto ocurre en el 27% de las pacientes y es, principalmente, secundaria a atonía uterina y a trastornos en la implantación de la placenta. Es un problema grave que requiere tratamiento eficaz para intentar evitar el uso de cirugía para extraer el útero, que a menudo es la última opción de tratamiento. Se realizan intervenciones como legrados uterinos, reparación de desgarros vaginales y suturas compresivas, entre otras. Las suturas compresivas uterinas son especialmente muy eficaces y un procedimiento de emergencia fácil, que conserva la fertilidad. La última opción en todos los casos de hemorragia persistente es la histerectomía emergente. (Ibáñez, 2018)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), define la hemorragia posparto (HPP) como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. La HPP es la causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPP ocurren durante las primeras 24 horas después del parto: la mayoría de estas podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado.

Las principales causas de hemorragias post parto incluyen principalmente la atonía uterina en el 43% de los casos, desgarros en el canal del parto (20%), acretismo placentario (16%), hemorragia post parto tardía (8%), hemorragia post operatoria(6%), ruptura uterina (4%), inversión uterina (2%), coagulopatías (2%).

La atonía uterina es la causa más común de HPP, pero el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la ruptura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP. Si bien la mayoría de las mujeres que tienen complicaciones por HPP no tienen factores de riesgo clínicos ni antecedentes identificables, la gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto. La HPP puede verse agravada por anemia preexistente y, en dichos casos, la pérdida de un volumen de sangre menor, puede provocar secuelas clínicas adversas. (OMS, 2014)

Sepsis Puerperal

En la década de los sesenta y setenta las principales causas de muerte en los hospitales de gineco-obstetricia la constituían los procesos sépticos severos secundarios a infecciones por abortos provocados, las peritonitis postcesárea y las corioamniotitis sin extirpación del foco séptico. La hemorragia ocupaba el segundo lugar como causa de muerte y la enfermedad hipertensiva del embarazo el tercer sitio. (Juárez, 2012)

Los procesos infecciosos pélvicos severos y al sepsis durante el puerperio condicionan cambios en diversos órganos y sistemas: hematológico, cardiovascular, pulmonar, hepática, gastrointestinal, etc. Estos procesos generalmente tienden a limitarse

con el uso de medidas que obligan al gineco-obstetra a emplear medidas más drásticas como sería la realización de una histerectomía obstétrica. (Juárez, 2012)

La cesárea es el factor de riesgo más importante para la infección posparto, corresponde a 1.1 a 25%, en comparación con el parto eutócico que sólo tiene un riesgo de 0.2 a 5.5%, aunque la prescripción sistemática de antibióticos durante la cesárea ha minimizado este riesgo. También se ha sugerido que las hemocidinas generadas a partir de fragmentos de hemoglobina durante el parto, pueden ser un factor protector del endometrio durante el puerperio, justificando, en parte, la diferencia en la incidencia de endometritis de los partos vaginales con respecto a las cesáreas.

La endometritis es la infección posparto más común durante el puerperio, afecta el 5% de todos los embarazos, es 4 a 7 veces más común en pacientes sometidas a operación cesárea. Figueroa et al, documentan que en las infecciones posparto, el 63% de los casos son relacionados a endometritis, en segundo lugar las infecciones de las episiorrafías y por último las de vías urinarias y la flebitis. (Juárez, 2012)

Retención de Restos Placentarios

La placenta retenida es una causa frecuente de hemorragia puerperal temprana (la segunda en incidencia después de la atonía), pero en ocasiones la placenta es expulsada y quedan retenidos cotiledones de una placenta normal o succenturiana. Estos restos placentarios adheridos al útero producen una interferencia mecánica con la función contráctil del miometrio, que ocasiona un cuadro similar a la atonía uterina. Si la pérdida hemática en el puerperio inmediato no es llamativa y la placenta no es revisada

sistemáticamente, la retención de restos placentarios puede pasar inadvertida y manifestarse en el puerperio tardío. (García S. A., 2017)

La retención de restos placentarios es una de la causa más frecuente de hemorragia posparto y es la responsable de aproximadamente 30% de los cuadros de hemorragia posparto secundaria grave. Desde el punto de vista clínico se manifiesta en el puerperio tardío en forma de sangrado intermitente, loquios fétidos, endometritis, dolor abdominal y subinvolución uterina.

Anormalidades de la Adherencia Placentaria

Las alteraciones en la adherencia placentaria (placenta adherida) incluyen a la placenta accreta; es decir, la implantación anormal de la placenta en la que el vello placentario está prendido en el miometrio; increta cuando invade el miometrio y percreta si atraviesa la serosa uterina y afecta órganos vecinos. El acretismo es una placentación anormal en la que las vellosidades coriales invaden el miometrio en el sitio de implantación; esto representa un riesgo de hemorragia obstétrica masiva con posibles alteraciones de la coagulación, daño a otros órganos e incluso la muerte. El acretismo es un reto para el obstetra, sobre todo para el diagnóstico correcto y oportuno que permita la terminación del embarazo con la utilización de técnicas quirúrgicas adecuadas y la participación de un equipo multidisciplinario ante las posibles complicaciones.

Se han descrito múltiples factores de riesgo de alteraciones en la adhesión placentaria, pero quizá el más importante, y que ha determinado el incremento de este problema, es el antecedente de cirugía uterina, sobre todo en casos de cesárea. Es evidente

que está afección se asocia, frecuentemente, con hemorragia posparto primaria. (García S. A., 2017)

Miomas Uterinos

El mecanismo por el que los miomas son capaces de producir hemorragia posparto secundaria se ha vinculado con la interferencia en el proceso fisiológico de la involución uterina y la obstrucción mecánica que los miomas submucosos entrañan en la expulsión de los loquios, lo que genera una subinvolución uterina y una probable endometritis por infección secundaria de los loquios retenidos.

Inversión Uterina Subaguda y Crónica

La inversión uterina es infrecuente y se define como la invaginación del fondo uterino a través del cérvix hasta la vagina, y quizá asomar a través de la vulva. La clasificación se establece con respecto al momento en que se produce la inversión: aguda (en las primeras 24 horas posparto), subaguda (entre las 24 horas posparto y las cuatro semanas posteriores) y uterina crónica (sucede con posterioridad al mes del parto). La mayoría de los casos descritos pertenece a la variedad aguda. (García S. A., 2017)

La inversión subaguda y crónica hoy son excepcionales; sin embargo, cuando se presentan suelen acompañarse de hemorragia posparto secundaria, dolor en el hipogastrio, loquios fétidos y síntomas urinarios (dolor al orinar, dificultad para el vaciamiento, etc.). Estas variantes son más difíciles de diagnosticar y, con frecuencia, se confunden con pólipos cervicales o miomas prolapsados. (García S. A., 2017)

Dehiscencia de la Histerorrafía

La dehiscencia de cicatriz de cesárea se estima en 0.3-1.9% de los casos, y la hemorragia posparto secundaria asociada con esta causa es poco frecuente y se considera secundaria a una infección local de la histerotomía, que erosiona los vasos sanguíneos. En los casos descritos este proceso ocasiona hemorragia masiva a las 2-3 semanas posparto, lo que condiciona la necesidad de histerectomía urgente. (García S. A., 2017)

Técnica de Histerectomía Obstétrica

Si no hay sangrado significativo no es necesario cerrar la histerotomía. Es preciso disecar el colgajo vesical antes de iniciar la histerectomía. Desde el segmento uterino inferior anterior se efectúa la doble ligadura de ligamentos redondos, se extiende hacia un lado la serosa vesicouterina a la que estaba adosada la vejiga antes de su disección. En ese momento se aseguran los ligamentos útero-ováricos, previa formación de una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral. Se disecan los vasos uterinos, se corta y se hace una doble ligadura: se disecan, se sujetan y ligan a un nivel inferior al cuello uterino y, posteriormente, se retira la pieza quirúrgica por una incisión en la mucosa vaginal; se revisa el cuello uterino para asegurar que la remoción fue completa. (Hernandez, 2016)

La técnica es la de la cesárea convencional, seguida de una histerectomía con la técnica que sea más familiar para el cirujano. Suele ser una intervención técnicamente difícil de realizar por la gran vascularización, el edema de las estructuras y los cambios anatómicos del útero grávido y de sus estructuras de sostén. También puede suceder que no se realice la identificación del límite entre el cuerpo y el cuello uterino por la alteración

anatómica, lo que puede impedir la extracción total del útero. La hemostasia debe ser cuidadosa y se deben emplear, por lo menos, dos suturas por cada vaso principal. La manipulación de las estructuras debe ser cuidadosa porque el tejido suele estar friable y son frecuentes las lesiones de los paquetes varicosos y de la vejiga. Antes de cerrar el abdomen se debe hacer un control final de la hemostasia; si el sangrado es en capa, se dejan materiales antihemorrágicos y el drenaje de la cavidad debe ser realizado con drenes activos.

El obstetra debe estar familiarizado con las técnicas de prevención de hemorragia como son: la ligadura de las arterias uterinas, la compresión de la aorta para disminuir el sangrado e identificar los vasos que están sangrando, la ligadura bilateral de las arterias ilíacas internas y, por supuesto, con la histerectomía porque con las medidas anteriores no se pueden solucionar algunos casos de hemorragia.

Calidad de vida relacionada con la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) define calidad de vida como: "percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas (facetas) física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones

sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales). (Cardona, 2005)

En la actualidad, está ampliamente aceptada la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida. Así surge la necesidad de crear el término de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que ha sido definida como «la valoración subjetiva de la persona orientada hacia el exterior del mismo, y centrada en el impacto del estado de la salud sobre su capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria». Se define a la CVRS como: “Nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud”. (Ayala, 2016)

La pérdida del útero provoca impacto sobre varios aspectos importantes de la vida; sin embargo las mujeres quedan más insatisfechas con la histerectomía sobre todo cuando hay información inadecuada o insuficiente, cuando presentan cambios en la respuesta al estímulo sexual, por vivencia emocional difícil, secuela psicológica, sentimiento de pérdida y más aún cuando no siente el apoyo de su pareja. La histerectomía puede provocar alteraciones en la comunicación entre la pareja, la relación entre ellos puede tornarse difícil y provocar discordancias en la relación. Por otro lado existen evidencias que habla a favor de la histerectomía en relación a la función sexual, ya que hay mujeres que presentan mejora en dicha función en el período inmediatamente después de la histerectomía. Se evalúa, entre tanto, que aún son escasos los conocimientos relativos al impacto de la histerectomía sobre la relación conyugal, hecho que sugiere la necesidad de más estudios dirigidos a esta temática. (Silva, 2017)

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. En algunos escenarios culturales la mujer sin útero es rotulada como “mujer fría o vacía” y sufre las consecuencias de ese estigma. 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. (Cerda, 2006) (Sobral, 2015)

Efectos Psico-emocionales y Sexuales que se Presentan en las Mujeres

Sometidas a una Histerectomía

Estudios cualitativos y cuantitativos revelan que el útero continúa siendo un símbolo, que otorga identidad femenina personal y social a la mujer. La extirpación uterina es percibida como una amenaza a su condición de género y capaz de provocar pérdida de autoimagen, colmada de mitos y creencias aún muy arraigadas al constructo psicosocial. En relación a los efectos de la histerectomía sobre la sexualidad de la mujer, si bien existe al inicio del proceso en las mujeres mayor preocupación por la recuperación física, la cirugía provoca inquietud por su futura vida sexual y sus secuelas en este ámbito.

El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida. La sexualidad identifica como se define cada mujer a sí misma y en la sociedad,

ayuda a que esta adquiera motivación en la realización de sus múltiples roles, por lo tanto al verse afectada podría alterar otras dimensiones en calidad de vida. (Cerde, 2006)

Aunque se reconoce que existe gran singularidad en como cada mujer enfrenta el proceso de adaptación, la sensación de vacío corporal se percibe como una experiencia de pérdida corporal, registrándose disfunciones sexuales como dispareunía, anorgasmia y disminución de la libido, declinando la frecuencia de actividad sexual hasta el tercer mes y recuperándose al sexto mes post cirugía. El impacto de la histerectomía en la función sexual ha dado lugar a resultados contradictorios, revelando tanto mejoras en la vida sexual post histerectomía como perjuicios.

Los efectos negativos sobre la función sexual estarían relacionados con la probabilidad que el acortamiento de la vagina produzca dispareunía y la dificultad de lograr el orgasmo interno, causado por lesiones de estructuras vasculares o de terminaciones nerviosas del plexo uterovaginal al extirpar el cérvix (Rhodes et al., 1999). Aunque el orgasmo externo causado por la estimulación del clítoris, no se vería afectado. El funcionamiento sexual también puede estar alterado por otras razones como son la actitud de las mujeres con respecto a la vida sexual dependiendo del tipo de cirugía y la edad en que se realizó el procedimiento.

Estudios concluyen que, las mujeres posterior a la cirugías pueden presentar una disminución significativa en la sensibilidad de estímulos fríos, calientes y vibratorios de la pared anterior y posterior vaginal, manteniéndose el clítoris sin cambios, respondiendo a la falta de satisfacción sexual de algunas mujeres, mientras en otras se mantiene esta función inalterable. Estudios concuerdan que la sexualidad femenina es compleja y

multidimensional, en donde, la respuesta sexual femenina frente a la histerectomía obedece a factores no sólo físicos, destacándose la importancia de una valoración integral en su detección. Investigaciones concluyen también que, existe asociación directa entre la hostilidad pesquisada en algunas mujeres y el dolor, depresión e insatisfacción sexual. Mayor conceso existe en que, las pacientes sometidas a histerectomía combinada con ooforectomía, presentan mayor riesgo de presentar alteraciones sexuales. (Silva, 2017)

El retiro de los ovarios tiene un efecto deletéreo, lo que sugiere que la conservación de ellos es un determinante que influye en el resultado de la histerectomía (Urrutia et al., 2004). Con respecto a la histerectomía más ooforectomía, uni o bilateral, Khastgir y Studd, investigaron la asociación de éstos procesos quirúrgicos, relacionados a la aparición de trastornos psiquiátricos años después de la cirugía, evidenciando que la depresión aumentaba significativamente en la histerectomía con ooforectomía bilateral, en comparación con una histerectomía más ooforectomía unilateral; además la ooforectomía bilateral mantuvo aumento de depresión en las pacientes sometidas a ella en relación con la menopausia natural. Los autores, concluyeron que es la ooforectomía bilateral, y no la histerectomía la que se asocia a aumento en las puntuaciones de depresión. (Cerdeira, 2006)

Los estudios sugieren que no existen diferencias en la función sexual entre la mujeres que se sometieron a histerectomía total, que consiste en el retiro del útero incluyendo el cérvix e histerectomía subtotal en donde se conserva el cuello uterino (Gimbel et al., 2005; Kuppermann et al., 2005; Zobbe et al., 2004). Del mismo modo, no se observan cambios significativos en la sexualidad post cirugía según la vía de abordaje utilizada (Ellström et al., 2003; Roovers et al., 2003) ya sea abdominal, vaginal o laparoscópica (Davies, Hart, Magos, Hadad, & Morris, 2002; El-Toukhy et al., 2004;

Galyer, Conaglen, Hare, & Conaglen, 1999; Richman & Sarrel, 2004; Tamizian, Gilby, Symonds, Cust, & Arulkumaran, 2002; Urrutia et al., 2004; Urrutia & Araya, 2005).

Halttunen, al comparar la histerectomía total con respecto a la cirugía subtotal, específicamente en la conservación del cérvix, concluyó que ambas formas de histerectomía no afectan el orgasmo femenino, y el tipo de cirugía no determina la frecuencia sexual o la satisfacción sexual percibida por la mujer.

Helström y cols (1995), avalan el rol primordial que juega la pareja sexual de las mujeres histerectomizadas, ya que ésta influiría en el afrontamiento que ella tenga. Dicho estudio demostró que las mujeres que tenían una buena relación de pareja pre-operatoriamente, no presentan cambios críticos en su sexualidad, sino que por el contrario demuestran mejoría en varios ámbitos de su funcionamiento sexual; sin embargo, aquellas que catalogan su relación de pareja como mala o ambivalente, muestran un deterioro de su funcionamiento sexual antes y después de la cirugía. (Cerdeira, 2006)

Los problemas con la pareja forman parte de las creencias asociadas a la extracción del útero como también a los miedos relacionados a las consecuencias de dicha cirugía. En un estudio brasileño, la relación conyugal fue descrita como un aspecto que causa dudas en la mujer, sobre todo en lo referente al ámbito sexual. (Urrutia, 2013)

Urrutia y cols, (2005) señalan que las mujeres histerectomizadas no presentan diferencias significativas al sexto mes posterior a la cirugía con respecto a la vida sexual antes de la cirugía, en relación a la frecuencia de relaciones sexuales, presencia y frecuencia de orgasmo, percepción de deseo sexual y grado de satisfacción, sin embargo, la

prevalencia de dispareunía e incontinencia disminuyó significativamente. En el estudio al tercer mes, las autoras lo plantean como un periodo de transición. (Cerda, 2006)

Dimensión Psicológica

Bernhard y cols, avalan la importancia del componente psicológico sobre el funcionamiento sexual, ya que una patología psiquiátrica agregada influiría negativamente en la vida sexual de estas mujeres post-histerectomía (Cerda, 2006) La histerectomía en algunos estudios ha sido descrita como un factor de riesgo, sobre todo en mujeres jóvenes, para desarrollar depresión y para tener una peor calidad de vida posterior a la cirugía. (Urrutia, 2013)

En un estudio australiano prospectivo, se evidenció que la histerectomía no produce riesgos extrapsicológicos en comparación con otras cirugías; a los 12 meses de estudio, se reportó disminución en trastornos como depresión y ansiedad, no habiendo diferencias significativas entre los grupos. (Cerda, 2006)

En una mujer después de la histerectomía pueden ocurrir diferentes reacciones psicológicas frente al problema, podemos resumirlas en 3 fases de la manera siguiente:

- **Primera fase** (de conmoción, incredulidad o incluso negación). Durante esta fase hay disminución de la confianza en sí misma, dudas sobre ella misma, y sentimientos de culpa y miedo ante la intervención.
- **Segunda fase** (generalmente cuando el tratamiento quirúrgico ya ha sido realizado). Se produce una afectación con gran depresión, pues la posibilidad de menstruar y reproducirse ya no son posibles. Aparece la irritación, la furia, la culpa, la soledad y

la depresión, así como el duelo en solitario, generalmente sin apoyo. En otros casos, aparece la resolución y aceptación de la situación que se presenta.

- **Tercera fase** (de aceptación y conformidad). Fase muy difícil, pues no siempre la mujer ha resuelto su dolor y puede no ser capaz de tomar decisiones informadas y racionales sobre las posibles alternativas de su vida sexual y social futura.

En algunos casos hay una respuesta favorable, pues la mujer después de la cirugía puede sentirse libre de algún estado patológico, facilitando su capacidad de respuesta sexual. De igual modo la que teme un nuevo embarazo o tiene mucho temor a un cáncer de cérvix también se verá libre de estos temores y experimentan mayor función sexual después de la histerectomía.

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. Hakim y cols, hacen referencia a la importancia de la educación y creencias culturales como herramientas fundamentales 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. (Cerde, 2006)

Importancia de Intervención Psicoeducativa en la Prevención de Alteraciones Emocionales y Disfunciones Sexuales en las Mujeres Histerectomizadas.

Skea y cols., (Silva, 2017) investigó las percepciones de las mujeres en la toma de decisiones frente a la histerectomía, concluyendo que, existe desinformación en estas pacientes y no suelen involucrarse en la toma de decisiones de su tratamiento. Estudios de Bradford y cols, revelan que, la timidez y la vergüenza en estas mujeres, provocan bajo interés por consultar o recibir atención para problemas sexuales. Otros estudios de Chenevard y Salimena, agregan que quienes reciben más información sexual, recuperan su vida íntima antes y más satisfactoriamente. Así también Hoga y cols., establece que la educación sanitaria entregada a las mujeres antes de la histerectomía protege la imagen corporal y mejora su autoestima.

En la revisión realizada por Silva (2017) refieren la evaluación de Dukeshire y cols, en un sitio web para mejorar la recuperación de pacientes sometidas a histerectomía, logrando una alta satisfacción usuaria, reduciendo la ansiedad, el temor y adquiriendo mayor empoderamiento en la toma de decisiones. Diversos autores, destacan la importancia de informar adecuadamente para derribar mitos y significados erróneos, una más rápida recuperación y retorno anticipado a su vida cotidiana; tarea que debe ser asumida por el profesional sanitario a través de la educación.

Instrumentos para Medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Los instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se pueden clasificar en instrumentos genéricos que son aquellos que miden múltiples áreas o dominios, tales como el funcionamiento físico, social y mental, y que son aplicables a todos

los individuos, independientemente de la patología que les afecte; y en instrumentos específicos , que son los que miden el funcionamiento del paciente en una o varias áreas y se caracterizan por prestar especial atención a aquellos síntomas o problemas propios de una enfermedad concreta y a aquellas áreas que se consideran más afectadas, siendo sólo aplicables a pacientes específicos. (Ayala, 2016)

Los cuestionarios genéricos de calidad de vida exploran la capacidad de la persona en diferentes áreas denominadas dominios. Aunque los dominios varían de una escala a otra, de forma general, todos los cuestionarios poseen tres grandes bloques: dominio físico, emocional o afectivo y social. En el dominio físico, se evalúa la presencia de trastornos orgánicos, limitaciones ocasionadas por alguna enfermedad; en el área emocional, se investiga la calidad de vida, en el campo psicológico: presencia de tristeza, irritabilidad, ansiedad, entre otras y en el dominio social se explora su integración en la sociedad y su capacidad para el trabajo y la vida diaria. (Ayala, 2016)

En ocasiones algunos cuestionarios incluyen otro dominio denominado genéricamente “vitalidad”, donde se explora este aspecto del psiquismo. En tal sentido, las escalas genéricas son multidimensionales y con ellas se puede explorar un amplio abanico de factores que influyen en la calidad de vida. Entre las escalas genéricas usadas se encuentran: Nottingham Health Profile, Short Form-36 (SF-36) , Psychological General Well Being (PGWB), y la escala europea de calidad de vida (EuroQOL). (Ayala, 2016)

Entre las escalas más importantes de calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS) tenemos: Índice de Blatt-Kupperman 24, el Women Health Questionnaire (WHQ) 25, el cuestionario MENCAV26, la Menopause Rating Scale (MRS)27, la Menopause

Quality of Life (MENQOL) 28,29, la Utian Quality of Life Score (UQOL) 30, la Escala climatérica de Greene 31 y la Escala Cervantes . (Ayala, 2016)

Los cuestionarios más relevantes utilizados para valorar la función sexual se encuentran el índice de función sexual femenina (IFSF), el cuestionario de experiencia personal (SPEQ), el cuestionario de satisfacción sexual (GRISS), el cociente sexual-versión femenina (QS-F), la escala de «Percepción de calidad de comunicación de pareja y calidad de vida sexual», la «historia clínica codificada de la sexualidad femenina», el cuestionario sexual femenino de McCoy y el breve perfil de la función sexual femenina (B-PFSF). El más destacado es el IFSF que es un cuestionario que consta de 19 preguntas sobre 6 parámetros relacionados con la sexualidad y que hacen referencia a las últimas 4 semanas. Estos parámetros son: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

El Women Health Questionnaire (WHQ): Es un cuestionario desarrollado en Inglaterra en 1992, ha sido extensamente utilizado para evaluar la salud emocional y física de la mujer tanto en numerosos ensayos clínicos y epidemiológicos. Tiene una alta sensibilidad y validez y ha sido validado en Europa, Australia, y en toda América. Consta de 36 ítems reunidos en 9 subescalas que describen: síntomas somáticos (7 ítems), humor depresivo (7 ítems), dificultades en memoria/concentración (3 ítems), ansiedad/miedos (4 ítems), comportamiento sexual (3 ítems), síntomas vasomotores (2 ítems), trastornos del sueño (3 ítems), trastornos menstruales (4 ítems) y atracción (2 ítems). A la intensidad de la sintomatología se le otorga un valor de 1 a 4 según la severidad de la misma, cuanto más alto es el puntaje, más pronunciado es el estrés y la disfunción. (Hunter, 2003)

La Escala Cervantes: ha sido desarrollada y validada en España y en América Latina, permite valorar la calidad de vida relacionada con la salud y otros aspectos como el estado de ánimo y la sexualidad. Su estructura ha quedado definitivamente en 31 ítems estructurados en las 4 dimensiones de: menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relación de pareja. Este instrumento es capaz de valorar el impacto de su estado de salud en distintas áreas físicas y psicosociales y, en especial, su repercusión en el bienestar general. Se trata del primer cuestionario que, por haber sido desarrollado y validado en una muestra representativa de 2 274 mujeres de la población española, permite su uso generalizado en la población femenina (Ayala, 2016), para la medición se utiliza la escala de Likert que va desde 0 (cuando el síntoma o molestia no está presente, pasa por puntajes de 1, 2, 3, 4, cuando el síntoma es leve o intermedio , hasta llegar al síntoma cuan este es intenso o severo.

El índice de función sexual (IFSF): Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y 4. dolor sexual. Con esta clasificación Laumann y cols., encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual. (Blumel, 2004)

La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción (6). Rosen y cols, desarrolló un instrumento que

cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó “Índice de Función Sexual Femenina” y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina. (Blumel, 2004)

La aplicación del test de Cronbach a las respuestas obtenidas en este estudio mostró una muy buena consistencia interna de los diferentes dominios, validando la traducción realizada. Se trata de un cuestionario auto administrado, de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dominios. Este cuestionario se utiliza para medir el deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. (Blumel, 2004)

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. (Vilagut, 2005)

Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión española del SF-36, aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Estos resultados son consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales. Además es el cuestionario genérico para la medida de la CVRS que goza de mayor vitalidad. Desde su aparición en el inicio de la década de los noventa no ha cesado el diseño de nuevas herramientas de ayuda a la interpretación, así como de nuevas versiones para solucionar algunos de los problemas detectados. (Vilagut, 2005)

Este cuestionario está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. 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. (Ware, 1992)

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.

Contenido del SF 36

Dimensión	N.º de ítems	«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Hipótesis

La histerectomía de causa obstétrica produce un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres, principalmente a las que se les ooforectomía uni o bilateral, síntomas que aparecen después de 3 meses del evento quirúrgico, afectando con mayor intensidad la función sexual y relación de pareja y en segundo lugar el campo emocional o psicológico.

Diseño Metodológico

Lugar del estudio: Estudio realizado en el área de consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el período de Enero 2014 a Diciembre 2018.

Tipo de estudio: Según el nivel de conocimiento fue descriptivo, según el diseño es analítico, según el método utilizado a través de cuestionario, según orientación en el tiempo prospectivo. (Julio Piura; Metodología de la Investigación Científica, séptima edición)

Enfoque del estudio: La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo puro ya que fue para medir el impacto que tiene la histerectomía de causa obstétrica en la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres intervenidas 6 meses a 3 años después del procedimiento, así también los factores que puedan estar asociados.

Unidad de análisis: Fueron los expedientes clínicos y el cuestionario que fue llenado de forma personal por las mujeres del estudio.

Universo y muestra: El Universo fueron todas las mujeres embarazadas en el período de estudio y la muestra el total de mujeres sometidas a histerectomía por alguna causa obstétrica.

Tipo de muestreo: La selección de la muestra será no probabilística por conveniencia ya que fueron solo el grupo de mujeres que se les realizó histerectomía por alguna causa obstétrica en el período de estudio, el total de mujeres incluidas fueron 75.

Criterios de Inclusión:

- Mujeres intervenidas de histerectomía durante del embarazo, parto vaginal o cesárea, posterior a un embarazo molar, ectópico o aborto.
- Mujeres con antecedentes de histerectomía de causa obstétrica que acepten llenar el cuestionario.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres con antecedentes de histerectomía que no sea de causa obstétrica.
- Mujeres que no puedan contestar el cuestionario por problemas neurológicos ya presentes antes de la cirugía.

La variable dependiente es la calidad de vida de la mujer y las variables independientes son la histerectomía obstétricas, las características sociodemográficas, obstétricos y sexuales, características relacionados con el embarazo, evento obstétrico, complicaciones materas, otros factores asociados al deterioro de la calidad de vida

Recolección de la información

- Se diseñó una hoja de recolección de la información que se dividió en dos partes. La primera está conformada por aspectos relacionados con las características demográficas, sexuales y obstétricas y que serán llenadas por el encuestador obteniendo la información del expediente clínico y que dará respuesta a algunas variables del estudio.

- La segunda parte está conformada por un cuestionario, diseñado en primera persona y que contiene 42 ítems que serán respondidos por la encuestada. Dicho cuestionario contiene preguntas relacionadas con las diferentes dimensiones que encierran la salud física, emocional, sexual, social de una persona y que al alterarse una o más de estas dimensiones comprometen su calidad de vida.
- Estas preguntas fueron extraídas posterior a analizar diferentes instrumentos o escalas que se utilizan para medir la calidad de vida relacionada con la salud y que han sido validadas en diferentes países de América latina, Estados Unidos y España como son la Escala de Cervantes, Medical Outcomes Study (MOS) o SF 36, Women Health Questionnaire y el índice de función sexual femenina (IFSF). Estas escalas tienen una alta sensibilidad y confiabilidad y han sido validadas en América Latina, Unidos, España y otros países de Europa. (Ayala, 2016) (Hunter, 2003) (Vilagut, 2005) (Ware, 1992)
- La escala de Cervantes se utilizó para evaluar síntomas relacionados con la etapa de climaterio y menopausia quirúrgica, por la razón que a algunas de las mujeres se les realizó ooforectomía como parte del procedimiento quirúrgico. La escala de MOS, SF36 se utilizó para evaluar otras dimensiones que se encuentran en la escala de Cervantes como es la función física y la vitalidad en la mujer.
- Para medir el grado de compromiso de la función sexual y su relación como pareja se utilizará el “índice de función sexual” (IFS), incluyendo en el cuestionario ítems relacionadas con el funcionamiento sexual y que pueden afectar la calidad de vida, sexualidad y relación de pareja, específicamente para medir el deseo y placer sexual, excitación, dolor a la penetración y rechazo a las relaciones sexuales.

- La distribución de los ítems en las diferentes dimensiones a evaluar fue el siguiente: para la dimensión Salud y Menopausia 13 ítems, para la dimensión emocional o psicológica 12 ítems, para la dimensión de sexualidad y relación de pareja 6 ítems, para la dimensión social y familiar 6 ítems, vitalidad 5 ítems.
- Se realizó una prueba piloto para valorar la veracidad de las respuestas y modificar las que presenten alguna dificultad al momento de ser llenado el cuestionario.
- Se solicitó la autorización del Consejo de dirección para llevar a cabo este estudio.
- Antes de llenar el cuestionario por la paciente, se le explicará la finalidad del estudio y sus beneficios, confiabilidad y el uso de la información obtenida solo será para fines investigativos.

Análisis de los Resultados

- El cuestionario encierra un total de 42 ítems, que para su medición se utilizó la escala de Likert, donde cada una tuvo un puntaje de 0 a 5, siendo el número 0 cuando la mujer no percibe el síntoma o manifestación en cualquiera de las dimensiones evaluadas, la 1 y 2 cuando el síntoma o manifestación es leve o leve a moderado, el 3 a 4 cuando la mujer lo percibe moderado o moderado a severo y el 5 cuando este es intenso, severo o muy frecuente.
- En la dimensión salud y menopausia el rango fue de 1 a 65, el emocional de 1 a 60, el sexual 1 a 30, el social 1 a 30 y el relacionado con la histerectomía en el campo emocional fue de 1 a 65. La pregunta 43 no tuvo puntaje ya que es una pregunta abierta donde la mujer expresó los cambios que ha sentido importantes en su vida después de haberle realizado la histerectomía.

- El puntaje estuvo en el rango de 7 a 188 siendo el máximo de 210. A mayor puntaje global más deteriorada se encontraba su calidad de vida. Para evaluar la calidad de vida de en las mujeres del estudio, se utilizaron los percentiles 90, 75, 50 y 25. Considerando un excelente calidad de vida si el puntaje se encuentra en el percentil 90 o más, muy buena si el puntaje se encuentra entre el percentil 75 a 90, buena si el puntaje se encuentra entre el percentil 50 a 75, regular si se encuentra entre el 25 a 50 y mala si se encuentra en el 25 o menos.
- Cada ficha de recolección de la información o cuestionario se introdujo en el programa SPSS versión 22, para la distribución de las variables de forma medible en nominal u ordinal.
- Para las variables cuantitativas se calculó la media y mediana, y percentiles en algunos casos.
- En las variables cualitativas para calcular el valor estadístico se utilizó el chi cuadrado y para determinar una diferencia estadísticamente significativa se utilizó un valor p que deberá ser inferior a 0.05, existiendo una probabilidad del 95% de que las diferencias observadas sean diferencias realmente existentes en la población.
- El intervalo de confianza fue del 95%, que indican que existe una probabilidad del 95% de que el resultado verdadero esté en el intervalo estimado.
- La potencia del estudio fue del 80% lo que indica que existe una probabilidad del 80% de observar una diferencia verdadera entre la variable estudiada y la variable dependiente.
- Para valorar el grado de asociación de la variable dependiente con las variables independientes, se calculó el OR o razón de momios y se utilizando la tabla 2x2

- Para lo anterior se requerirá de la tabla 2 x 2 de la siguiente manera:

Variable independiente	Buena o muy buena calidad de vida	Mala calidad de vida	
Presente	A	B	$N_1 (a + b)$
No presente	C	D	$N_0 (c + d)$
Total	A+C	B+D	T

Consideraciones Éticas:

En el presente estudio se consideraron los siguientes principios éticos:

- El respeto a las personas: (principio de autonomía). A cada paciente se le leyó un consentimiento informado, además se le explicó la finalidad del estudio y la forma en que se iba a llenar el cuestionario.
- La búsqueda del bien: (principios de beneficencia). La investigación arrojará información que será de ayuda para mejorar la calidad de vida de las mujeres con HTO.

Plan de Análisis

Para el primer objetivo se analizaron las

- Variables sociodemográficas como edad, estado civil, nivel de escolaridad, procedencia.

- Variables sexuales y reproductivas como el número de embarazos, partos, abortos, cesáreas, la edad del primer parto y del último parto, embarazo planeado, esterilización previa a la histerectomía, IMC, patologías médicas asociadas.

Para el segundo objetivo se analizaron las variables relacionadas con el evento obstétrico y la conducta quirúrgica de histerectomía obstétrica (HTO).

- Variables del evento obstétrico: edad gestacional, tipo y forma de finalización del evento obstétrico, patologías maternas, factores obstétricos y fetales asociados, complicaciones obstétricas y causa de la histerectomía, complicaciones quirúrgicas, momento del diagnóstico para la HTO, conducta terapéutica y evolución posterior a la HTO.

Para el tercer objetivo se analizaron variables relacionadas con las dimensiones físicas, emocionales, psicológicas, sexuales y sociales que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer.

- Variables relacionadas con la salud y menopausia quirúrgica: calores o bochornos, pérdida de la memoria, falta de concentración, dolor muscular y articulaciones, resequead en piel y vaginal, dolor abdominal, mareos, incremento de peso, patologías crónicas.
- Variables para medir la dimensión emocional y psicológica: tristeza, sentirse hueca o vacía, incomodidad por la histerectomía, aislamiento físico y mental, pérdida del interés por la imagen corporal, pérdida de interés por su entorno, falta de concentración, enojo y pérdida de la paciencia.
- Variables para medir la dimensión sexual: deseo sexual, excitación, dolor en la penetración, lubricación, placer o satisfacción sexual.

- Variables para medir la dimensión social, familiar y conyugal: relación con amistades, familia, hijos, comunicación con la pareja, apoyo familiar y de la pareja.

Para el objetivo cuatro se analizaron factores considerados de riesgo que pueden influir en el deterioro de la calidad de vida y salud de la mujer: edad al momento del evento obstétrico, paridad insatisfecha o sin hijos vivos, ooforectomía uni o bilateral, obesidad o desnutrición, nivel bajo de escolaridad, fumado, consumo de licor u otras drogas.

Operacionalización de Variables

Objetivo 1: Características sociodemográficas, sexuales y reproductivas

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Edad	Años de vida al momento de la encuesta	Menos de 20 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a más	Encuesta
Estado civil	Forma de estar ante la sociedad y de unión con su pareja	Soltera Casada Unión libre	Expediente clínico
Escolaridad	Nivel de estudio al momento de la encuesta	Ninguno Primaria Secundaria Universitario	Expediente clínico
Tipo de trabajo	Forma de laborar	No trabaja El referido por la mujer	Expediente clínico
IMC antes y después de la cirugía	Relación entre el peso en Kilos y la talla de la mujer para valorar su estado nutricional	Menos de 19 20 a 24 25 a 29 30 a más	Expediente clínico
MAC utilizados	Tipo de método de anticoncepción referidos antes de su último embarazo y de la HTO	Ninguno ACO Inyectables	Expediente clínico

		TCU Otros	
Embarazo planeado	Si su embarazo fue programado	Si No	Expediente clínico
Esterilización antes de la HTO	Si le realizaron esterilización quirúrgica después del parto a en la cesárea previa a la HTO	Si No	Expediente clínico

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Antecedentes reproductivos	Historia de embarazos, paridad, abortos, cesáreas antes de la HTO	N° de gestas N° de partos N° de abortos N° de cesáreas	Expediente clínico
Edad del primer parto	Edad en años cumplidos que tenía la mujer al tener su primer hijo	15 años o menos 16 a 19 años 20 a 25 años 26 a 35 años 36 a 44 años	Expediente clínico
Edad al momento de la HTO	Años cumplidos que tenía al momento que le realizaron la HTO	Menos de 20 años 21 a 29 años 30 s 35 años 36 a 44 años	Expediente clínico y encuesta

Patologías médicas antes de la HTO	Alguna patología o morbilidad diagnosticada previo al evento obstétrico y/o embarazo	Ninguna HTAC Diabetes mellitus Trastorno tiroideos Obesidad Anemia Otras	Expediente clínico
------------------------------------	--	--	--------------------

Objetivo 2: Características Relacionadas con el Evento Obstétrico y la Histerectomía

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad gestacional al momento del evento obstétrico	Semanas de embarazo en que se encontraba paciente al momento de la finalización del embarazo	Menos de 10 semanas 10 a 20 semanas 21 a 26 semanas 27 a 31 semanas 32 a 34 semanas 35 a 36 semanas 37 a 40 semanas 41 a más	Expediente clínico
Tipo de evento obstétrico	Forma en que finalizó el embarazo	Aborto Parto Cesárea	Expediente clínico

Forma de finalizar embarazo	Características del embarazo al momento de la finalización	<p>Espontáneo</p> <p>Inducido</p> <p>Conducción</p> <p>Cesárea de urgencia</p> <p>Programada</p>	Expediente clínico
Factores obstétricos asociados	Algún factor materno o fetal relevante que estuvieron presentes durante el embarazo, trabajo de parto o durante el evento obstétrico y se han demostrado ser factores de riesgo para una complicación obstétrica	<p>Aborto inevitable</p> <p>Sepsis genitourinaria</p> <p>Polihidramnios</p> <p>Embarazo gemelar</p> <p>Preeclampsia eclampsia</p> <p>Trabajo de parto detenido</p> <p>Macrosomía fetal</p> <p>Corioamnioitis</p> <p>RPM</p> <p>Óbito fetal</p> <p>Alumbramiento incompleto o</p> <p>Restos post parto</p> <p>CPN ausentes o insuficientes</p> <p>Otros</p>	Expediente clínico
Tipo de complicación obstétrica	Proceso mórbido que afectó su embarazo o parto, con alto riesgo de muerte materna y fetal	<p>Placenta previa</p> <p>Acretismo placentario</p> <p>Preeclampsia-eclampsia</p> <p>HPP</p> <p>Ruptura uterina</p> <p>DPPNI</p>	Expediente clínico

		<p>Endometriometritis</p> <p>Sepsis puerperal</p> <p>Aborto séptico</p> <p>Shock séptico</p> <p>Otros</p>	
Horas de RPM	Las horas que se reportó en el expediente de ruptura prematura de membranas	<p>Menos de 8 horas</p> <p>8 a 12 horas</p> <p>13 a 17 horas</p> <p>Más de 18 horas</p> <p>Ninguna horas</p>	Expediente clínico
Complicación en el parto o evento obstétrico que conllevaron a realizar la histerectomía	Cualquier proceso mórbido que presentó la mujer durante o después del parto, cesárea, aborto, legrado, que obligaron a la decisión de realizar la histerectomía	<p>Hemorragia</p> <p>Útero de Courvalier</p> <p>Restos placentarios</p> <p>Perforación o ruptura uterina</p> <p>Placenta percreta</p> <p>Lesiones a órganos vecinos</p> <p>Endometritis</p> <p>Endometriometritis</p> <p>Absceso pélvico</p> <p>Shock séptico</p> <p>Shock hipovolémico</p> <p>Otros</p>	Expediente clínico

<p>Complicaciones en de la HTO</p>	<p>Evento inesperado que se presenta a consecuencia del riesgo quirúrgico y al evento obstétrico previo</p>	<p>Hemorragia Ligadura de uréteres Lesión vesical Infección o absceso de cúpula Reintervención quirúrgica Lesión intestinal Absceso de pared Otros</p>	<p>Expediente clínico</p>
<p>Conducta terapéutica</p>	<p>Cualquier conducta relevante tomada en la paciente durante la complicación o evento obstétrica y la HTO</p>	<p>Laparotomía exploratoria Un legrado o AMEU Dos legrados o AMEUS HTA HTA y SOO uni o bilateral Ingreso a UCI Transfusión de uno o más paquete globular, plasma, plaquetas, u otros Diálisis Intubación endotraqueal Otros</p>	<p>Expediente clínico</p>
<p>Días transcurridos desde el evento obstétrico y la HTO</p>	<p>Tiempo expresados en días que transcurrieron desde la cesárea, parto, aborto, evacuación de mola, laparotomía por embarazo</p>	<p>Inmediato Menos de un día Un día Dos días Tres a menos de 1 semana</p>	<p>Expediente clínico</p>

	ectópico y la HTO	Más de una semanas	
Tiempo transcurrido antes del alta	Días transcurridos desde la histerectomía y el egreso de la paciente	Un día 2 a 3 días 4 a 5 días Más días	Expediente clínico
Condición del egreso	Forma clínica o condición en que se encontraba 'paciente al ser dada de alta y que está relacionada con la evolución posterior a la complicación o la HTO	Buenas condiciones: buen estado general HTO sin presentar complicación Regulares condiciones: Presentó una complicación quirúrgica o es egresada con alguna morbilidad como anemia, fístula vaginal, etc	Expediente clínico
Seguimiento	Paciente que posterior o la cirugía fue dada de alta con citas en la consulta externa	No Si acudió a la C/E Si acudió y posterior se dio alta Si acudió pero se perdió en el seguimiento	Expediente clínico

Objetivo 3: Evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Dimensión Salud y síntomas relacionados con la menopausia quirúrgica

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Siente dolor de cabeza	Sensación dolorosa en alguna parte o estructura de la cabeza que lo presenta después de la HTO	0: No 1: Si es leve 2: Si es leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Siento hormigueo en manos y pies	Sensación o parestesia en las extremidades superiores e inferiores que aparece después de HTO	0: No 1: Si leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Siento dolor muscular y articulaciones	Sensación que siente la mujer a nivel de músculos y/o articulaciones que aparecen después de la HTO	0: No 1: Si es leve 2: Si es leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Siento que se inflama el vientre	Sensación en abdomen a consecuencia de problemas en el colon como colitis,	0: No 1: Si es leve 2: Si es leve a moderado	Encuesta

	problemas de estreñimiento	3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	
Me siento la piel seca	Falta de hidratación en la piel a consecuencia de reducción de estrógeno que presenta posterior a la HTO	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
He subido de peso	Aumento de peso ya sea por retención de líquidos o por acumulación de grasa en abdomen generalmente de causa hormonal	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Siento calores y me molestan	Sensación de calor aún en ambientes frescos se les llaman también bochornos a consecuencia de reducción de estrógenos	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Se me olvidan las cosas	Pérdida transitoria de la memoria que aparece posterior a la reducción de estrógeno y que presenta las mujer después	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado	Encuesta

	de la HTO	4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	
Siento mareos	Sensación rápida que todo las cosas le dan vuelta sin tener causa orgánica	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Siento reseca mi vagina	Sensación de resequead en la vagina que lo presenta posterior a la HTO	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Siento ardor al orinar o chistata	Ardor o dolor al iniciar o finalizar la micción	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Diagnóstico de IVU	Síntomas de dolor en hipogastrio o lumbar, fiebre, disuria o EGO alterado	Si No	Encuesta
Diagnóstico de HTAC y/o	Patología diagnosticada después	Si No	Encuesta

diabetes después de la HTO			
-------------------------------	--	--	--

Dimensión Emocional y Psicológica

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Me pongo nerviosa o ansiosa	Sensación transitoria de ansiedad por cualquier razón por muy pequeña que sea	0: No 1: Si pero pocos veces 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y muy frecuente	Encuesta
Siento que no me concentro bien	Sensación de pérdida de la concentración o distracción momentánea mientras realiza labores en la casa o en el trabajo	0: No 1: Si pero pocas veces 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Siento que me falta algo de mi cuerpo (vacía)	Sensación de tristeza o pesar al perder su útero hasta el punto de sentir un hueco en su vientre	0: No 1: Si pero pocas veces 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y muy frecuente	Encuesta

Me incomodan que sepan que no tengo matriz	Sensación de incomodidad o enojo cuando se dan cuenta o comentan que le realizaron la HTO	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Me siento mal al no tener menstruación	Sentimiento de tristeza o pesar cuando extraña su menstruación	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Pierdo la paciencia y me enojo	Pérdida de la paciencia o tolerancia de forma rápida y sin razón	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
No tengo deseo de arreglarme o salir	Falta de interés por verse bien o cuidar su imagen corporal como un síntoma de depresión	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta

Deseo estar sola	Sentimiento de querer aislarse de las personas que le rodean o de lo que pasa a su alrededor como un síntoma de depresión	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Me siento triste	Sensación máxima de pena o dolor interno sin tener alguna razón, síntoma de depresión que lo presenta posterior de la HTO	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Me siento vieja	Sentimiento que percibe la mujer por pérdida de su útero o pérdida de sus ovarios aún sin estarlo	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
No me siento bien conmigo misma	Sentimiento de pena moral o rechazo a su persona o imagen por haber perdido su útero	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta

Siento que mi vida ha cambiado después de la cirugía	Sensación de la mujer que las cosas, expectativas, ella misma son diferentes	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
--	--	--	----------

Dimensión Social, Familiar y Relación de Pareja

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
No visito familiares o amistades	Falta de relación social con familia y amigos	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
No salgo con mis hijos o esposo	Falta de interés por salir con amigas	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Apoyo de la familia	Si la paciente siente el apoyo de la familia cuando lo necesita	0: No 1: SI pero leve 2: Si pero leve a moderado	Encuesta

		<p>3: Si es moderado</p> <p>4: Si moderado a severo</p> <p>5: Si y severo o intenso</p>	
<p>Siento que me he alejado de mi pareja</p>	<p>Sensación de alejamiento o falta de comunicación con su pareja</p>	<p>0 : No</p> <p>1: Si pero leve</p> <p>2: Si pero leve a moderado</p> <p>3: Si es moderado</p> <p>4: Si moderado a severo</p> <p>5: Si y severo o intenso</p>	<p>Encuesta</p>
<p>Siente que la pareja no la apoya</p>	<p>Percepción que su pareja no la apoya ni moral o emocionalmente</p>	<p>0: No</p> <p>1: Si pero leve</p> <p>2: Si pero leve a moderado</p> <p>3: Si es moderado</p> <p>4: Si moderado a severo</p> <p>5: Si y severo o intenso</p>	<p>Encuesta</p>
<p>Siento que mi pareja no me desea</p>	<p>Sensación que percibe la mujer sobre el deseo sexual de su pareja hacia ella</p>	<p>0: No</p> <p>1: Si pero leve</p> <p>2: Si pero leve a moderado</p> <p>3: Si es moderado</p> <p>4: Si moderado a severo</p> <p>5: Si y severo o intenso</p>	<p>Encuesta</p>

Dimensión: Sexualidad

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Evito tener relaciones sexuales	Falta de interés por tener relaciones sexuales	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Mi deseo sexual ha disminuido	Sensación de pérdida de deseo sexual	0: No 1: Si pero leve 2: Si pero leve a moderado 3: Si es moderado 4: Si moderado a severo 5: Si y severo o intenso	Encuesta
Ya no me excito como antes	Sensación de falta de excitación sexual	0: Si 1: No pero leve 2: No pero leve a moderado 3: No es moderado 4: No moderado a severo 5: No y severo o intenso	Encuesta
Ya no me lubrico como antes	Sensación de falta de humedad o lubricación durante el acto sexual	0: Si 1: No pero leve 2: No pero leve a moderado 3: No es moderado 4: No moderado a severo	Encuesta

		5: No, muy enferma	
Me duele cuando me penetra o durante el acto sexual	Sensación de dolor o molestia durante la penetración o en el acto sexual	0 : Si 1: No pero leve 2: No pero leve a moderado 3: No es moderado 4: No moderado a severo 5: No, muy enferma	Encuesta
Ya no siento placer con las relaciones	Falta de placer sexual	0 : Si 1: No pero leve 2: No pero leve a moderado 3: No es moderado 4: No moderado a severo 5: No, muy enferma	Encuesta

Objetivo 4: Factores Asociados al Deterioro de la Calidad de Vida

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Edad cumplida en años al momento de llenar la encuesta	Menor de 30 años Mayor de 30 años	Encuesta
Patologías médicas	Presencia de alguna enfermedad o morbilidad, como diabetes, HTA, anemia, infecciones u otra patología	Sin patología Con patología	Expediente clínico

Nivel de escolaridad	Nivel de estudio en rango como factor asociado al deterioro de la calidad de vida	Bajo Medio o alto	Expediente clínico
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña	Si No	Expediente clínico
Sin paridad satisfecha	Paciente que no tiene hijos o esta no fue satisfecha	Sin paridad satisfecha Con paridad satisfecha	Expediente clínico
Historia de fumado o consumo de drogas o licor	Paciente que tiene historia de fumado, drogas o licor	Si No	Expediente clínico
Actividad física o algún tipo de ejercicio	Paciente que realiza algún tipo de ejercicio o actividad física para mantenerse en forma	Si No	Encuesta
Apoyo de la familia	Cuando la mujer se siente apoyada por sus familiares	Si No	Encuesta
Apoyo de la pareja	Cuando la mujer siente el apoyo de su pareja	Si No	Encuesta
Toma tratamiento hormonal	Tratamiento a base de estrógenos para reducir síntomas de menopausia quirúrgica por extracción de ovarios	Si No	Encuesta
Ooforectomía unilateral	Conducta quirúrgica de retirar un ovario asociada a la HT	Si No	Expediente clínico
Ooforectomía bilateral	Conducta quirúrgica de retirar los 2 ovarios asociada a la HTO	Si No	Expediente clínico

Obesidad	IMC mayor de 30	Si No	Expediente clínico
Desnutrición	IMC menor de 19	Si No	Expediente clínico
Síntomas de depresión	Manifestaciones clínicas que orientan a un cuadro de depresión como tristeza, soledad, falta de auto estima	Si No	Encuesta
Síntomas de menopausia quirúrgica	Manifestaciones clínicas que se presentan posterior a la ooforectomía	Si No	Encuesta

Resultados

El total de mujeres con HTO incluidas en el estudio fue de 75, con una edad promedio y Mediana de 29 años, una edad mínima de 16 años y una máxima de 44. El rango de edad de mayor frecuencia al momento de la intervención quirúrgica, fue de 26 a 35 años, el mismo rango que prevaleció al momento de la encuesta. Las mujeres mayores de 35 años presentaron una frecuencia de 24% y el grupo de adolescentes fue del 9%. El primer cuartil (25%) del grupo de edad fue ocupado por mujeres entre 16 a 23 años, el segundo cuartil por mujeres entre 23 a 29 años, el tercer cuartil por mujeres entre 29 a 34 años y el último cuartil por mujeres mayores de 35 años.

El 52% de mujeres provenían del área urbana y el 48% del sector rural venían referidas de hospitales o centros de salud como Tipitapa, Mateare, San Francisco Libre, Boaco. El 61% de mujeres tenían unión libre, el 17% solteras y el 21% casadas. El 35% tenían escolaridad secundaria incompleta, el 38% solo tenían nivel primario o no fueron a la escuela, el 27% eran bachilleres y el 10% tenían algún nivel universitario.

El 55% eran obesas con IMC de 30 A 48, el 21% se encontraban en sobrepeso, el 20% con peso normal y el 4% con cierto grado de desnutrición al momento del evento obstétrico.

El 25% no utilizaban MAC al momento del embarazo y el 29% refirieron que no fue planificado, solo el 20% eran primigestas al momento del evento y el 52% se habían realizado CPN. El evento obstétrico presente antes de la HTO fue la cesárea de emergencia en el 46% y programada en el 15%, en el 20% la conducta fue parto vaginal y el 19% acudieron por síntomas de aborto inevitable, incompleto o séptico. El 17% de mujeres

tuvieron una muerte fetal a consecuencia de la complicación obstétrica y el 8% de los neonatos presentaron asfixia.

La edad gestacional que presentaron la mayoría de mujeres fue entre las 37 a 41 semanas (62%), el 12% cursaban con embarazo de 35 a 36 semanas, el 6% entre 26 a 31 semanas, el 5% entre 18 a 22 semanas y el 11% entre 11 a 16 semanas. El evento obstétrico de mayor frecuencia fue la cesárea de emergencia en el 54%, el 10% de las cesáreas fueron programadas, el 17% fue un parto y el 19% aborto, entre los casos de aborto acudieron un embarazo ectópico roto y un embarazo molar.

El acretismo placentario fue una complicación obstétrica que se presentó en el 15% de las embarazadas, entre las complicaciones obstétricas de mayor frecuencia fueron la preeclampsia y eclampsia (19%), al igual que la sepsis puerperal (20%). El DPPNI y la placenta previa se presentaron con porcentaje de 12% y 11% respectivamente, la corioamniotitis, embarazo gemelar tuvieron una frecuencia del 3%,

Las principales indicaciones de cesárea previa al HTO fueron la placenta previa, el DPPNI, la cesárea anterior (12%), la pérdida del bienestar fetal (10%), la distocia en el trabajo de parto (6%), solo un caso de acretismo fue diagnosticado antes de realizar la cesárea hysterectomía.

Las indicaciones de HTO a causa del evento obstétrico fueron la HPP (67%), que se asoció a choque hipovolémico en el 24%, los desgarros de cérvix y segmento en el 7%, la retención placentaria (6%) y sepsis (8%). Entre otras indicaciones de HTO fueron endomiometritis en los casos de sepsis puerperal o post aborto (20%), absceso pélvico (8%), miomatosis uterina (3%) y embarazo molar persistente en una paciente. La anemia

severa fueron otras complicaciones relacionadas con la histerectomía y al evento obstétrico causal. El choque séptico, coagulación intravascular diseminada, síndrome de HELLP, neumonía, insuficiencia renal y una muerte fueron complicaciones graves de la histerectomía. El hematoma y el absceso de pared, las reintervenciones quirúrgicas principalmente por vasos sangrante fueron complicaciones posteriores a la histerectomía obstétrica, lesiones de vejiga o uréter, el absceso de cúpula y el empaquetamiento fueron otras complicaciones.

En el 58% de las mujeres se les conservaron ambos ovarios, en el 20% un ovario y en el 21% se le extirparon ambos.

Análisis de resultados

Se analizaron un total de 75 expedientes de mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente con histerectomía abdominal al momento o posterior de un evento obstétrico de aborto, parto o cesárea. Y 63 encuestas que fueron llenadas por las mujeres que aceptaron participar, las otras mujeres del total no se lograron localizar por vía telefónica.

Analizando las características sociodemográficas, lo más relevante del estudio es la corta edad de la cuarta parte de las mujeres ya que el 25% o primer cuartil se completó por mujeres de 23 años o menos con una edad mínima de 16 años, por lo que se logra observar que un pequeño grupo eran adolescentes al momento que se les realizó la histerectomía obstétrica (HTO), si bien es cierto que casi el 50% de este grupo de mujeres se encontró en el rango de 26 a 35 años, la Mediana fue de 29 años. El otro 25% de mujeres estuvo que se dispersaron en el percentil 75 fueron mujeres consideradas de mayor riesgo, como fue el rango de edad entre 36 y 44 años. Al observar la distribución de la edad en este grupo de mujeres se observó que no hubo mucha diferencia en relación al porcentaje del grupo de mujeres denominadas jóvenes y de menor riesgo (20 a 25 años) y las de mayor edad o mayor riesgo (36 a 44 años). Estos resultados en relación a la edad promedio de las mujeres al momento de la histerectomía coinciden con el estudio realizado por Hernández y Díaz (2016) en México y Rodríguez y cols en España (2007). Similares resultados se reportaron en el estudio realizado por Ramírez y cols. (2015) en Lima, Perú reportando que la mayoría de las mujeres tenían 35 años o menos. Algunas complicaciones obstétricas que son causa de histerectomía como son el DPPNI, el acretismo placentario no guardan relación con la edad ya que guardan relación con otros factores como es la preeclampsia o un trauma

cerrado en los casos de DPPNI o preeclampsia o cesáreas previas en el caso del acretismo placentario.

La procedencia de las mujeres con HTO fue casi similar en relación a las que provenían del casco urbano y las que provenían del área rural ya que una parte de este grupo eran mujeres que habían sido referidas de hospitales departamentales o de unidades de salud como Tipitapa, Ticuantepe, San Rafael ya sea en estado de gestación por alguna complicación obstétrica o posterior al evento obstétrico que presentó complicación y ameritó traslado a una unidad de atención terciaria.

El estado civil de las mujeres con HTO no tuvo ninguna diferencia en cuanto al comportamiento a nivel nacional predominando las mujeres que conviven con una pareja en unión libre, siguiendo en orden de frecuencia las mujeres casadas. Lo relevante en este grupo de mujeres fue el nivel de escolaridad ya que estuvo también distribuido de forma casi equitativa entre el grupo con escolaridad baja (38%), las de un nivel medio que fueron las que llegaron a la secundaria sin terminarla (35%) y las de un nivel superior (27%). Esta situación es similar a lo observado en la edad ya que muchas de estas complicaciones tienen un inicio brusco imposibles de prevenir aun considerando el nivel de escolaridad medio a alto como un factor protector que influye en un mejor autocuidado en salud, un mayor cumplimiento a los tratamientos o recomendaciones durante atención prenatal.

El estado nutricional de las mujeres a momento de la cirugía y al momento de la encuesta no tuvo mucha variación ya que la mayoría de mujeres en ambos momentos se encontraba en obesidad (55%) y en sobrepeso (21%), las mujeres con un bajo nutricional presentaron una frecuencia de 4%. La obesidad en la mayoría de estudios se ha relacionado

la obesidad con resultados maternos perinatales negativos situación que probablemente influyó en algunos resultados adversos.

Entre algunas características reproductivas de relevancia se observó que solo la cuarta parte de las mujeres incluidas en el estudio, utilizaban método anticonceptivo (MAC), antes del embarazo considerando el 29% de ellas que se trataba de un embarazo planeado. Solo un 20% eran primigestas al momento del estudio y cerca de la mitad (48%) tenían entre uno a dos hijos. La mitad de las mujeres durante el embarazo se realizaron control prenatal, similar hallazgo encontró Gutiérrez, (2015) en el que reporta un 46% de mujeres que no se realizaron control prenatal.

En relación a la edad gestacional al momento del evento obstétrico, la mayoría de ellas (62%), lo presentaron después de las 37 semanas, un pequeño porcentaje, pero considerable (16%), estaba en el rango de prematurez considerados viables, igual porcentaje eran mujeres edad gestacional en el rango de aborto. En relación al pronóstico fetal, el 17% no lograron sobrevivir al momento del nacimiento a consecuencia de la complicación obstétrica ocurrida.

La preeclampsia eclampsia fue la complicación obstétrica que se asoció a los eventos obstétricos como uno de los factores de riesgo asociado a la hemorragia postparto (HPP) y la principal causa de DPPNI. Esta complicación al igual que la placenta previa fue causa de HTO en la cuarta parte de las mujeres. El aborto fue causa de histerectomía en los casos de aborto séptico y aborto inevitable principalmente. Hallazgos similares se observaron en estudios realizados en otros hospitales de México, Perú, España. (Hernandez,

2016), (Ramirez, 2015) (Rodríguez, 2014). Al igual que en la literatura consultada el embarazo ectópico se asoció a histerectomía obstétrica en el 1.5% de mujeres.

La principal complicación obstétrica que estuvo asociada a la mayoría de los eventos obstétricos fue la hemorragia postparto (67%), como resultado de atonía uterina en el 40% de los eventos y acretismo placentario en un porcentaje menor, pero de mayor gravedad, ambas se asociaron a choque hipovolémico en la cuarta parte de las mujeres. Además de las complicaciones como placenta previa oclusiva asociada o no a acretismo placentario y el DPPNI como principales causas de hemorragia postparto, los desgarros cervicales y vaginales, hematomas en la histerotomía y la retención placentaria fueron causas de histerectomía, otra causa de mucha relevancia y que sucedió durante el puerperio o el post aborto, fue la sepsis puerperal, (20%), siendo la principal causa la endometriometritis.

El evento obstétrico de mayor prevalencia fue la cesárea (54%), siendo la más importante la realizada por emergencia, existiendo tres indicaciones de importancia y que se relacionan con un evento importante como es la hemorragia post parto (HPP), estas complicaciones son la placenta previa, el DPPNI y la cesárea anterior, éste último asociado también a placenta previa y más grave aún al acretismo placentario. Ramírez y cols., reportaron como principal indicación de cesárea en mujeres con histerectomía obstétrica, la cesárea anterior y la placenta previa. La cesárea programada se presentó solo en el 10% de las histerectomías obstétricas. Es evidente y como lo describen otros estudios que el evento de la cesárea está asociada a la mayoría de las histerectomías de causa obstétricas. Ramírez y cols., reportaron un total de 82%, Gutiérrez en su estudio reportó un 50% (2015). La otra

mitad de las pacientes se distribuyeron en un porcentaje casi similar entre los partos y los abortos.

Estas complicaciones además de ser la indicación de la cesárea, también son la causa obstétrica para que se realice la HTO. El acretismo placentario la mayoría de las veces silenciosa hasta el momento del alumbramiento, tuvo una frecuencia del 13%, asociada en la mayoría de los casos a placenta previa oclusiva total en embarazos con una o dos cesáreas previas. La atonía uterina es el resultado de eventos obstétricos siendo los más importantes el DPPNI o factores asociados al parto como retención placentaria, preeclampsia, desgarros y es la principal causa de indicación de histerectomía obstétrica de forma urgente. El 40% de las mujeres del estudio presentaron esta complicación. Al igual que en otros estudios, la atonía y el acretismo fueron las principales causas de histerectomía de causa obstétrica, la endometriometritis y el absceso pélvico fueron la indicación de histerectomía durante el puerperio, Ramirez y cols (2012) y Reveles (2008) en su estudio reportaron porcentajes casi similares.

La anemia severa fueron otras complicaciones relacionadas con la histerectomía y al evento obstétrico causal. El choque séptico, coagulación intravascular diseminada, síndrome de HELLP, neumonía, insuficiencia renal y una muerte fueron complicaciones graves de la histerectomía. El hematoma y el absceso de pared, las reintervenciones quirúrgicas principalmente por vasos sangrante fueron complicaciones posteriores a la histerectomía obstétrica, lesiones de vejiga o uréter, el absceso de cúpula y el empaquetamiento fueron otras complicaciones menos frecuentes. Estas mismas complicaciones fueron descritas en los estudios de Reveles y cols. (2008) y Ramírez y cols. (2017)

Uno de los factores más importantes relacionados con la histerectomía obstétrica y que se deben considerar al momento del procedimiento, es la ooforectomía de uno o ambos ovarios ya que la mayoría o mejor dicho todas son mujeres jóvenes con muchos años para llegar a la etapa de la menopausia pero que la decisión de extraer los ovarios conlleva a estas mujeres a sufrir todos los síntomas de la menopausia de forma prematura al igual que sus riesgos y complicaciones con afección de una u otra forma en su calidad de vida. En un porcentaje considerable de mujeres (21%), se les extrajo un ovario y en otro porcentaje similar fueron los dos ovarios.

Analizando la calidad de vida de mujeres con histerectomía, en relación a la dimensión Salud, se observó que los síntomas principales referidos como muy intensos por las mujeres fueron los mareos (41%) y la tercera parte refirieron cefalea y resequedad en la piel, observando que la mayoría de las ellas optaron esta intensidad al compararla con el valor inferior que es el intenso, lo que expresa que estas mujeres si consideran la cefalea como un síntoma muy severo y molesto.

En relación a la dimensión “hormonal”, estos síntomas fueron considerados muy intensos entre la mitad y tercera parte de mujeres encuestadas, lo que habla de un estado de menopausia posterior a la HTO, la que se asoció en la mitad de los casos de ooforectomía de uno o ambos ovarios. El principal síntoma referido y característico de la etapa peri y menopaúsica fueron los bochornos, ya que más de la mitad de las mujeres (52%) la consideró como un síntoma muy intenso; el otro síntoma relevante y no menos importante en estos casos es el insomnio (47%), La irritación, pérdida de la paciencia, la resequedad vaginal, y la debilidad muscular expresado como “falta de fuerza muscular” fue referido como muy intenso en la tercera parte de las mujeres encuestadas. Todas las encuestas sobre

calidad de vida de mujeres en etapa de perimenopausia refieran estos mismos síntomas, dado que la menopausia quirúrgica tiene el mismo comportamiento a causa de la deficiencia hormonal. (Chang, 2018) (García N. , 2018)

Analizando la dimensión emocional la que se ve afectada por la ausencia de un órgano importante para la mujer como es la “matriz” y en la mitad de ellas los ovarios, se observó que cerca de la mitad de mujeres (43%), se sentían muy mal por no tener el útero, y aún más la mitad de ellas se sentían huecas, de forma muy intensa, no así la falta de menstruación ya que la tercera parte de ellas no les hacía falta y la otra parte la ausencia no era relevante. La extirpación del útero además de los problemas emocionales que conlleva también estuvo asociado en la mayor parte de las mujeres a molestias severas como es la dispareunía, razón que se consideró como un síntoma específico de la cirugía, aunque también no se podría descartar que se trate también de un síntoma psicossomático o psicológico, ya que muchas mujeres referían que rehusaban las relaciones sexuales dado que les causaba mucho dolor. Encuestas realizadas a mujeres con Histerectomía obstétrica y no obstétricas, los síntomas emocionales son los que más predominan. (Chang, 2018) (Cerde, 2006)

Entre otros síntomas relacionados con el ámbito psicológico, la tristeza o melancolía, y la sensación de sentir que “nada es como antes”, fueron los síntomas que más refirieron las mujeres de forma muy intensa, la tercera parte de ellas deseaban estar solar de forma intensa a muy intensa. Estos síntomas reflejan cómo está afectado su estado emocional presentando síntomas que se acercan a un estado de depresión, es sabido que estos síntomas son característicos de mujeres en la etapa de perimenopausia y menopausia y que las encuestas realizadas para medir la calidad de vida en estas mujeres demuestran

esta afectación. (Vargas, 2010) (Urrutia, 2013) dos mujeres del estudio refirieron intento de autoeliminación y se encuentran con tratamiento y seguimiento y otra dos presentaron depresión postparto.

En relación a la dimensión social, se observó que la mayoría de las mujeres encuestadas refirieron el apoyo de su pareja y familiares, aunque en la cuarta de las mujeres el apoyo de la pareja posterior a la cirugía, no fue el esperado y algunas de ellas hubo abandono meses 1 año después del evento.

El ámbito sexual es uno de los que más se afectan principalmente cuando la mujer empieza a presentar síntomas de menopausia refiriendo la falta de deseo sexual. En las mujeres encuestadas, los síntomas que refirieron como de intensos a muy intensos fueron la falta de placer con las relaciones sexuales (57%), la falta de excitación (47%) y la falta de lubricación (44%), la cuarta parte de las mujeres refirieron que siempre evitan tener relaciones sexuales. Estos hallazgos no se diferencian a encuestas de mujeres en etapa de menopausia. aunque la diferencia es que estas mujeres la mayoría son jóvenes. (García N. , 2018)

Entre las enfermedades referida por las mujeres posterior a la HTO, la mayoría refirieron infecciones urinarias a repetición (45%), la cuarta parte de ellas les fue diagnóstica diabetes y/o hipertensión arterial, en el 6% se presentaron síntomas depresión severa y 3% de ellas presentaron fístula vesico vaginal como complicación de la cirugía.

Entre los principales factores que influyen en la calidad de vida fueron la actividad física que solo la refirió el 22% de las mujeres y la terapia hormonal de reemplazo que lo refirieron un pequeño porcentaje de mujeres a pesar de los síntomas propios del déficit de

estrógeno. Solo un pequeño porcentaje refirieron fumar aunque las que refirieron tomar licor fue mayor la frecuencia.

Analizando la calidad de vida en base al puntaje obtenido en las encuestas se observó un puntaje mínimo de 7 lo que habla de una calidad de vida que no fue afectada posterior a la HTO y puntaje máximo de 188 que habla de una calidad de vida severamente afectada, en relación a los cuartiles también se observó que el primer cuartil (25%), se dispersó en una calidad de vida de 7 a 68.5%, lo que quiere decir que en este grupo la calidad de vida se encuentra afectada de una forma leve a moderada, la media del puntaje fue de 108, lo que representa que el otro 25% de la población encuestada estuvo dispersa con una calidad de vida moderadamente afectada. El tercer cuartil estuvo ocupada por mujeres con una calidad de vida severamente afectada y el último 25% estuvo dispersa por mujeres con calidad de vida severa a muy severamente afectada.

Evaluando la calidad de vida de las mujeres del estudio se concluyó que cerca de la mitad de las mujeres (47%) presentaron una calidad de vida moderadamente afectada, y un poco más de la tercera parte presentaron una calidad de vida severa a muy severamente afectada. Solo el 4% de mujeres presentaron una calidad de vida adecuada y el 14% un poco afectada. Esto quiere decir que la mayoría de mujeres con historia de histerectomía de causa obstétrica presentan una calidad de vida afectada de forma moderada a severa.

Al analizar otros factores que influyeron en la calidad de vida se observó que la ooforectomía, principalmente la bilateral fue uno de los factores más significativos que influyeron en la calidad de vida en las mujeres, observando que la mayoría de mujeres (86%), con ooforectomía bilateral presentaron una calidad de vida severa a muy

severamente afectada. En la mayoría de mujeres que se respetaron ambos ovarios, presentaron una calidad de vida sin afección o esta fue leve. Las mujeres con presencia de un ovario en el 57% la calidad de vida se vio afectada de forma moderada, solo un pequeño porcentaje (14%) presentaron una calidad de vida adecuada o afectada levemente. (OR: 28.11; p: <0.01; IC95: 4.86-160)

Al analizar la edad como un factor asociado a la calidad de vida en las mujeres con HTO de la encuesta, se observó que la edad mayor no es un factor asociado a la calidad de vida ya que hay que tomar en cuenta que la mayoría son mujeres jóvenes, menores de 35 años. (OR: 0.56, p_ 0.3: IC: 0.13-1.45)

El nivel de escolaridad es un factor que influye en los síntomas relacionados con la menopausia ya que se ha demostrado que a mayor nivel mayores son los síntomas y el deterioro en la calidad de vida, en el estudio se demostró este fenómeno aunque de forma no significativa, ya que mujeres sin escolaridad o las que llegaron solo a la primaria presentaron menor o nula afectación en la calidad de vida (60% vs 43%) y las que eran bachilleres o universitarias los síntomas fueron mayores (37% vs 5%), lo que podría considerarse como un factor protector. (OR: 0.55; p: 0.06; IC95%: 0.39-1.36)

En relación a la obesidad como factor que influyó en la calidad de vida, se observó que las mujeres obesas presentaron un riesgo mayor de presentar síntomas y mayor deterioro en localización de vida que las de peso normal aunque sin significancia estadística. . (OR: 35, p: 0.56, C: 0.42-4.36)

En el estudio se observó que mujeres que presentaron muerte fetal a consecuencia del evento obstétrico presentaron mayor deterioro en la calidad de vida al compararlo con

mujeres con su su hijo vivo al momento del evento obstétrico. (40% vs 23%), estas últimas presentaron una calidad de vida normal o levemente afectada (52% vs 30%) pero con una moderada significancia estadística (OR: 2.52; p: 0.4; IC95%; 0.69-10.80)

Las mujeres que presentaron muerte fetal y no tenían hijos previamente presentaron mayor deterioro en su calidad de vida al comparar el porcentaje con mujeres que tenían hijos (39% vs 23%) aunque la diferencia no tuvo significancia estadística.

Conclusiones

1. La mayoría de mujeres con histerectomía de causa obstétrica eran mujeres jóvenes menores de 30 años, la mayoría con más de 1 hijo, con un nivel de escolaridad media, que provenían tanto del sector rural como urbano, la mayoría obesas.
2. El principal evento obstétrico asociado a la histerectomía fue la cesárea de emergencia, siendo la hemorragia postparto y el choque hipovolémico asociada a la atonía uterina, acretismo placentario, placenta previa, DPPNI y desgarros del canal del parto las principales indicaciones de HTO. La mayoría con embarazos mayores de 37 semanas.
3. La endometriitis, el choque séptico y abscesos pélvicos asociado a sepsis puerperal y post aborto fueron causa de HTO en el puerperio.
4. Las reintervenciones quirúrgicas, con o sin empaquetamiento, los abscesos y hematomas de pared o de cúpula, las lesiones de vejiga y uréter y la fístula vesico vaginal fueron complicaciones de la HTO y el evento obstétrico. Entre las complicaciones más grave fueron el choque séptico, la CID y un caso de muerte materna.
5. Los principales síntomas que se presentaron en las mujeres con HTO fueron los relacionados con la menopausia prematura principalmente los bochornos, cefalea, resequead vaginal, dispareunía, además de síntomas relacionados con la dimensión emociona, psicológica y sexual.

6. La calidad de vida en las mujeres encuestada fue afectada una forma moderada a severa en el 70%, solo el 4% no se afectó la calidad de vida posterior a la HTO.

7. La ooforectomía bilateral fue el factor más importante que afectó la calidad de vida en la mayoría de las mujeres, y en un menor porcentaje aquellas mujeres en las que se realizó ooforectomía de tipo unilateral.

Recomendaciones

1. Considerar otras alternativas quirúrgicas y no quirúrgicas en los casos de hemorragia postparto, en los que la histerectomía obstétrica no sea la indicación absoluta y las condiciones hemodinámicas de la madre lo permitan.
2. En los casos que se pueda considerar una segunda opinión al momento de tomar la decisión de realizar ooforectomía bilateral, y en la mayoría de los casos cuando la patología lo permita, respetar uno de ellos para permitir un menor deterioro en la calidad de la vida de las mujeres con complicaciones obstétricas principalmente en las mujeres más jóvenes.
3. Garantizar el apoyo y el manejo multidisciplinario con un seguimiento más adecuado e integral en mujeres que se les haya realizado HTO y ooforectomía de uno o ambos ovarios.

Citas Bibliográficas

- Ayala, D. R. (2016). Instrumentos utilizados para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev. de Investig, Materno Perinatal*, 5(2): 55-65.
- Blumel, J. B. (2004). Índice de función sexual femenina. Un test para evaluar la sexualidad en la mujer. *Rev.. CHilena Obstet y Ginecol*, 69(2): 118-125.
- Cardona, D. y. (2005). Construcción cultural del concepto de calidad de vida. *Rev. Colombiana de Salud Pública*, 23(1): 79-90.
- Cerda, P. P. (2006). Calidad de vida en mujeres hysterectomizadas. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(3): 216-221.
- Chang, M. y. (enero de 2018). Calidad de vida en pacientes sometidas a hysterectomía. Enero 2018. *Maestra en Ciencias médicas en Ginecología y Obstetricia*. Guatemala, Guatemala, Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas.
- Díaz, M. (2013). *Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a hysterectomía en el hospital San Juan de dios de Occidente*. Quezaltenango: Universidad Rafael Landivar.
- García, N. (2018). Calidad de vida de mujeres entre 20 a 40 años, sometidas a hysterectomía abdominal o vaginal en el servicio de ginecología del hospital de Lambaeyque. *Tesis para optar el título de Médico y Cirujano*. Chiclayo, Perú: Facultad de Medicina Humana.
- García, S. A. (2017). Hemorragia postparto secundaria o taría. *Rev. Ginecología y Obstetricia DE MÉXICO. SCIELO*, 85(4)<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script>.
- Gutierrez, F. hysterectomía obstétricq. *informe para optar al título de Medico Generañ*. Hospital Berta Calderón.

- Hernandez, R. y. (2016). Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obst. *Rev. Sanid, Militar Mex.*, 70(63-71).
- Hunter, M. (2003). The Women Health Questionnaire (WHQ). *Bio Med Central*, doi: [10.1186/1477-7525-1-41].
- Ibáñez, F. G. (2018). Técnicas utilizadas en el tratamiento de emergencia de las hemorragias obstétricas. *Rev. Cubana de Medicina Intensiva y de Emergencia.*, 17(2):http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/352/html_154.
- Juárez, A. R. (2012). histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.ELSEVIER*, 39(2): 47-88.
- Mendoza, A. P. (sept.2011). Histerectomía obstétrica de urgencia. *Rev. Invest. Med Sur Mex.*, 18(3):96-101.
- OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Orestes, R. M. (2009). Histerectomía obstétrica de urgencia. *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35(3)http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- Ramirez, J. C. (2015). Histerectomía obstétrica en el hospital San Bartolomé. *Revista Peruana, ginecol. obstet. Scielo*, Vol: 63; N° 1.
- Reveles, J. V. (2008). Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Rev Ginecol Obstet Mex*, 78(3): 156-180.
- Rodriguez, I. M., & A. Sanchez, M. G. (2014Vo:41. N°3). Histerectomía periparto en el hospital Universitario de Elche. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 97-144.
- Silva, M. (2017). IMportancia de una intervención psico educativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a histerectomía. *Rev. Chilena Obstet Ginecol.*, 82(6): 659-673.
- Sobral, E. y. (2015). problemas sexuales derivados de la histerectomía. *rev. de Fisioterapia, Universidad de Vigo, Pontevedra, España. ELSEVIER*, 42(1): 1-48.

- Urrutia, M. A. (2013). Histerectomía: La experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. *Rev. de Obstetricia y Ginecología* , 78(4):<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script>.
- Vargas, J. y. (2010). Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. *Investigación en Psicología*, 4(1): 5-10.
- Vilagut, G. F. (2005). el cuestionario SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria, Barcelona*, 19(2): .
- Ware, J. (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF-36). Conceptual frame work and item selection. *Med, Care. Pub Med*, 30(6):473-483.
- Yanzapanta, C. (Mayo de 2013). Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de mujeres del servicio de gineco obstetricia del hospital alfredo Novoa. *requisito para optar el título de Médico*. Ambato, Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Ambato.

**ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POSTQUIRURGICAS DE
HISTERECTOMIA OBSTETRICA**

Edad actual_____ Edad al momento de la cirugía_____

Procedencia_____

Estado civil_____ Escolaridad_____

Ocupación_____ Religión_____

Peso al momento de la cirugía_____ IMC_____ Peso actual_____ IMC_____

Patologías previas a la HT reportadas en el expediente_____

Nº de embarazos_____ partos_____ abortos_____ cesáreas_____

Edad de su primer parto_____ Edad del último parto_____

Menarca_____ MAC utilizados _____ Tiempo de uso _____

Tenían pareja antes de la HT_____ Embarazo era planeado_____

CPN_____ N°_____ Captación_____

Edad gestacional al momento de finalización del embarazo_____

Forma que inició el evento obstétrico: espontáneo_____ inducción_____

Conducción _____ sin T de P_____ cesárea de emergencia_____ programada_____

Antecedentes de RPM: no_____ si _____ Horas_____

Indicación de la cesárea o finalización del embarazo_____

Diagnóstico de paciente al momento de finalizar embarazo_____

Causa y factores para indicar la HTO_____

Complicaciones en el T de P o aborto _____

Horas o días después del parto_____

Feto vivo o muerto_____ APGAR al nacimiento_____

Si ya está esterilizada antes de la HT_____

Complicaciones transquirúrgicas y cuáles_____

Complicaciones post HTO _____

En la HT le extrajeron un ovario _____ los dos _____ ninguno _____

Posterior a la HT ha tenido o tiene algún problema de salud? _____

Cuál _____ Al cuánto tiempo después _____

Tiene algún problema ginecológico? _____ Cuál? _____

Al cuánto tiempo después de la HT _____

Ha recibido o recibe hormonas? _____ cuáles? _____ tiempo _____

Síntomas después de la HT _____ cuáles? _____

Tiene pareja actualmente _____ Vida sexual activa _____

Fuma _____ cantidad al día _____ Licor _____ cantidad al día o semana _____

Drogas _____ cuál _____ Fármacos _____ cuáles _____ desde cuando _____

Actividad física o ejercicios _____ frecuencia _____ peso actual _____

Padece de alguna enfermedad después de la cirugía:

HTA _____ Diabetes _____ Infección urinaria _____ otras _____

Esta encuesta consta de 43 ítems se le suplica contestar con la verdad ya que sus respuestas serán valiosas para esta investigación. Cada ítem es un síntoma o manifestación que puede presentarse después de su cirugía, si no lo presenta o nunca lo ha sentido o manifestado la respuesta es NO. Si usted lo ha sentido o manifestado en algún momento la respuesta es SI

.Si la respuesta es afirmativa puede seleccionar cualquiera de los números que van del 0 al 5 dependiendo de la intensidad de los síntomas. Por lo tanto si lo ha presentado muy leve y sin causarle molestias o no le afecta en su vida usted va a marcar la respuesta de la izquierda que equivale a 0, si la molestia es leve usted marca 1 y así sucesivamente hasta llegar al 5 que cuando el síntoma es muy intenso que le ha afectado muy severamente en su vida. La última pregunta no es un ítem y solo la va a contestar si el ítem 40 es positivo

Recuerde que este cuestionario es de carácter confidencial y solo se utilizará para fines de investigación por lo que no necesita poner su nombre ni cédula

1. De un tiempo para acá siento que la cabeza me duele
NO me duele___ SI: 1 2 3 4 ___ todos los días
2. Por todo me pongo nerviosa
NO___ SI: 1 2 3 4 ___ constantemente
3. Me incomodan los calores
NO tengo___ SI: 1 2 3 4 ___ constantemente
4. En las noches no duermo bien y en el día me siento cansada
NO me pasa___ SI: 1 2 3 4 ___ constantemente
5. Siento que no me concentro en lo que hago
NO siento___ SI: 1 2 3 4 ___ constantemente
6. En el día siento que me canso rápido
NO me canso___ SI: 1 2 3 4 ___ mucho
7. Me incomoda que sepan que no tengo matriz u ovarios
NO me incomoda___ SI: 1 2 3 4 ___ mucho
8. Siento que me falta algo importante en mi cuerpo, me siento hueca o vacía
NO me pasa SI 1 2 3 4 ___ muy a menudo
9. Me siento mal porque ya no tengo menstruación
NO___ SI 1 2 3 4 ___ muy mal
10. Me siento apoyada por mi pareja
Si___ NO 1 2 3 4 ___ completamente NO

11. Evito las relaciones sexuales
NO las evito SI: 1 2 3 4 ____ todo el tiempo
12. Siento que después de mi cirugía ya no me excito como antes
No lo siento ____ SI: 1 2 3 4 ____ completamente
13. He notado que después de la cirugía mi deseo sexual ha disminuido
NO he notado ____ SI: 1 2 3 4 ____ mucho
14. Siento que después de la cirugía ya no disfruto o no siento placer tener relaciones sexuales
SI disfruto ____ NO: 1 2 3 4 ____ del todo NO disfruto
15. Cuando tengo relaciones siento que no me lubrico bien
SI ____ NO 1 2 3 4 ____ totalmente NO
16. Siento que me duele el vientre o mi vagina tener relaciones sexuales
NO me duele ____ SI 1 2 3 4 ____ muchísimo
17. Siento que mi esposo ya no me desea como antes
NO siento eso ____ SI 1 2 3 4 ____ completamente segura
18. Siento que después de la cirugía me he alejado o no me comunico con mi pareja
NO, todo es igual ____ SI 1 2 3 4 ____ completamente
19. Cuando llego a la casa quiero estar sola
NO al contrario ____ SI: 1 2 3 4 ____ todo el tiempo
20. Pierdo la paciencia rápido y por todo me enojo
NO la pierdo ____ SI: 1 2 3 4 ____ siempre me enojo
21. Siento hormigueos en las manos y pies
NO siento ____ SI: 1 2 3 4 ____ con frecuencia
22. Me duelen los músculos y las articulaciones
NO me duelen SI: 1 2 3 4 ____ a cada rato
23. Siento que me faltan fuerzas para hacer mis actividades
NO ____ SI: 1 2 3 4 ____ mucho
24. Ya no me dan ganas de salir o arreglarme
Si salgo ____ NO: 1 2 3 4 ____ totalmente no

25. Tengo tiempo que no visito a mis amistades
Las visito___ SI: 1 2 3 4 ___mucho tiempo
26. Tengo tiempo que no salgo con mi esposo o mis hijos
Salgo con ellos___ SI: 1 2 3 4 ___mucho tiempo
27. Siento que se inflama el vientre
NO se me inflama___ SI: 1 2 3 4 ___siempre
28. He notado que últimamente he subido de peso
NO he subido___ SI: 1 2 3 4 ___mucho
29. Últimamente he sentido reseca mi vagina
NO está reseca___ SI: 1 2 3 4 ___mucho
30. A veces me siento triste por nada
NO me siento___ SI: 1 2 3 4 ___con frecuencia
31. Siento que me mareo
NO siento SI: 1 2 3 4 ___con frecuencia
32. La piel la tengo reseca
NO___ SI: 1 2 3 4 ___muy reseca
33. Padezco de ardor al orinar o chistata
NO___ SI 1 2 3 4 ___muy frecuente
34. Mi familia no me apoya cuando me siento triste por lo que me pasó
SI me apoya___ NO 1 2 3 4 ___totalmente NO
35. Siente que ya nada es como antes
NO siento eso SI: 1 2 3 4 ___totalmente
36. Mi energía es la misma aún después de la operación
SI___ NO 1 2 3 4 ___completamente no
37. Siento que me estoy haciendo vieja más pronto debido a la cirugía
No me siento vieja___ SI 1 2 3 4 ___totalmente vieja
38. Después que me quitaron el útero no me siento bien conmigo misma
NO siento eso___ SI 1 2 3 4 ___totalmente mal
39. Me siento bien de salud a pesar que me quitaron mi matriz

Si estoy bien___ NO 1 2 3 4 ___muy mal

40. Se me olvidan las cosas

No___ SI 1 2 3 4 ___muy frecuente

41. Me gusta ejercitarme con algún tipo de ejercicio para lucir bien

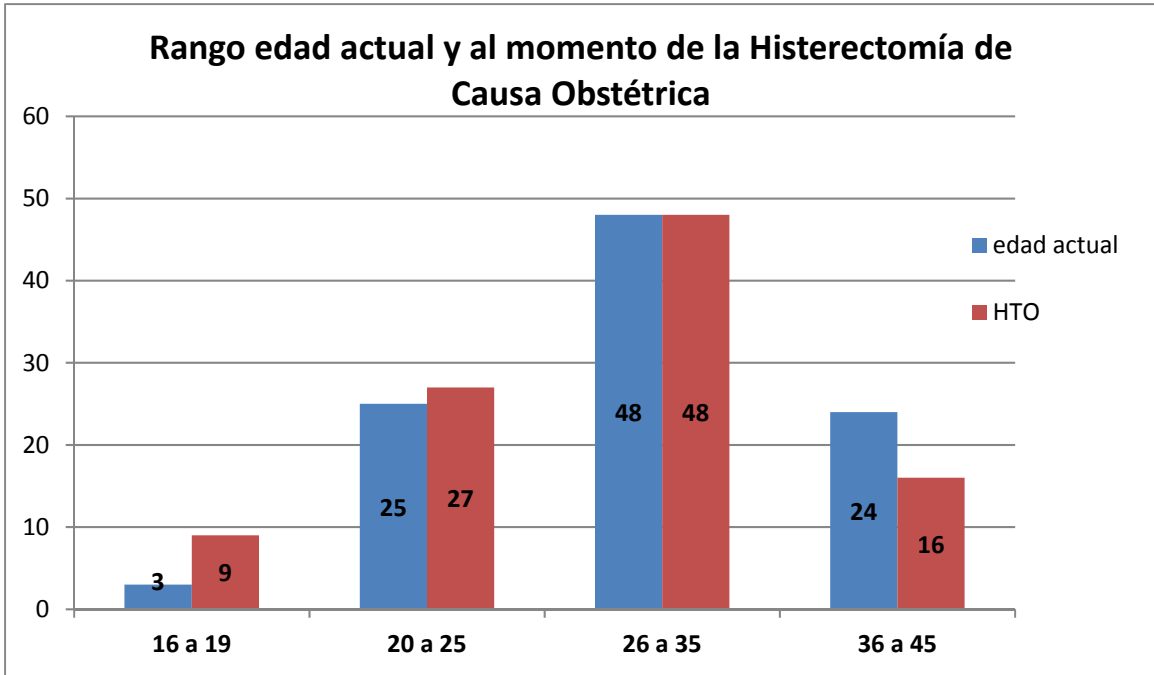
Si ___ No 1 2 3 4 ___nunca

42. Siento que mi vida ha cambiado después de la operación

NO ha cambiado___ SI 1 2 3 4 ___mucho

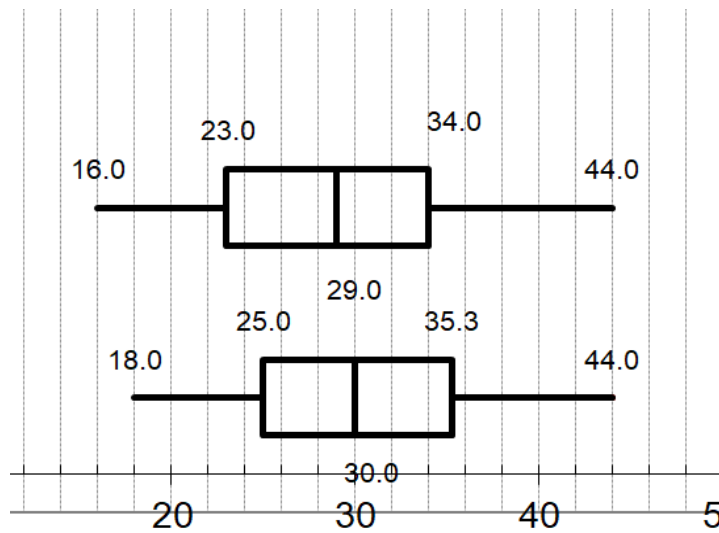
43. Si siente que su vida ha cambiado explique cómo ha cambiado y desde cuando ha sentido esos cambios

Gráfica 1: Rango de edad de las mujeres al momento del estudio y al momento de la realización de la histerectomía de causa obstétrica.



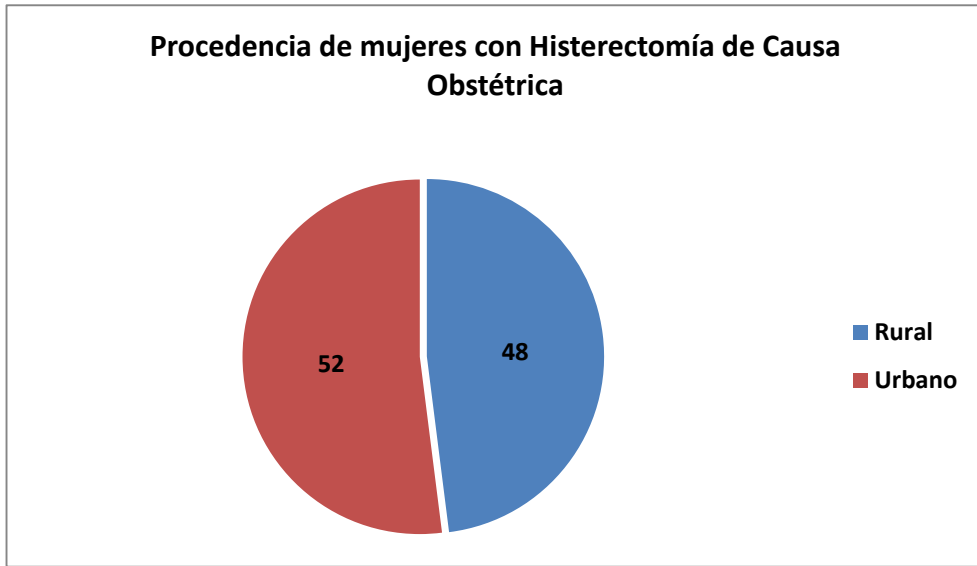
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 2: Edad en cuartiles de las mujeres al momento de la histerectomía y de la encuesta.



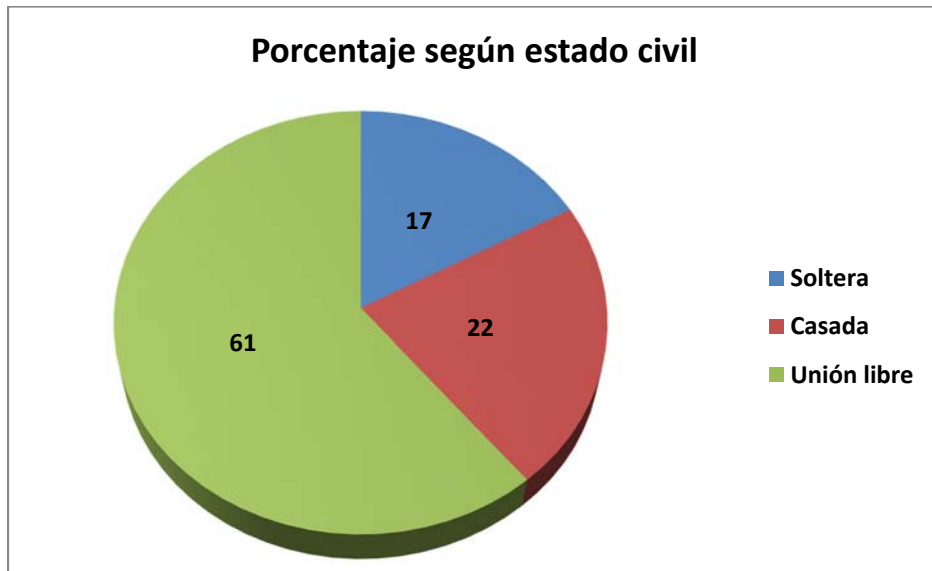
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 3: Procedencia de mujeres con histerectomía obstétrica.



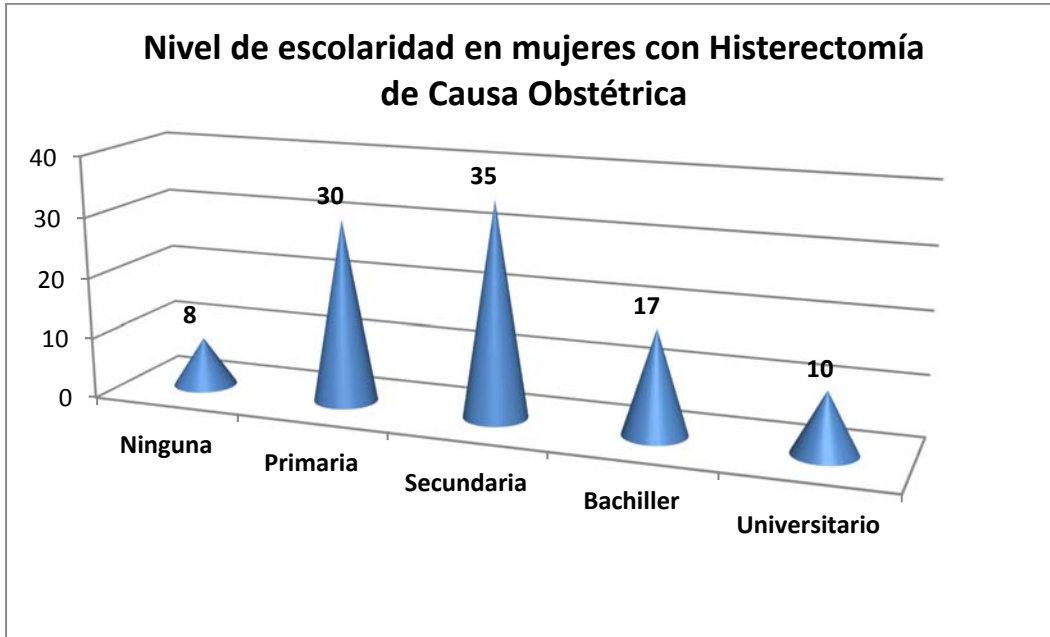
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 4: Estado civil de mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



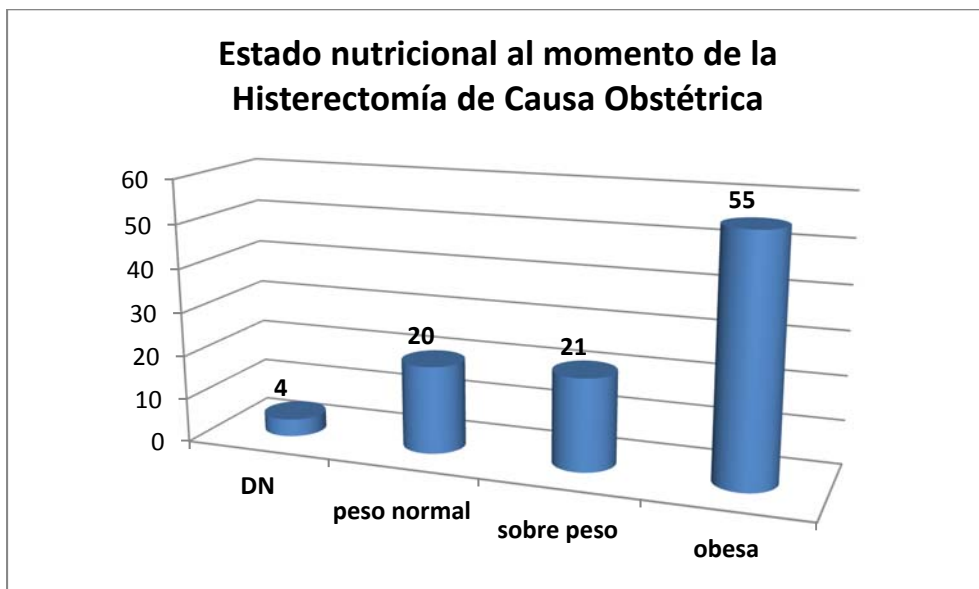
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 5: Nivel de escolaridad en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



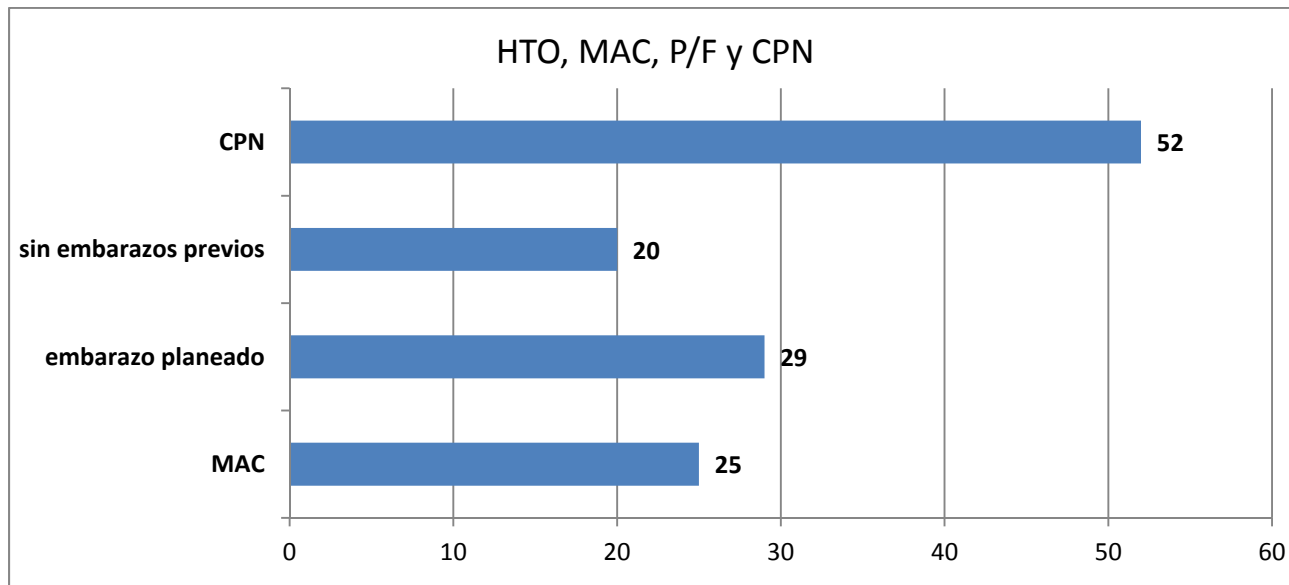
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 6: Estado nutricional de mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



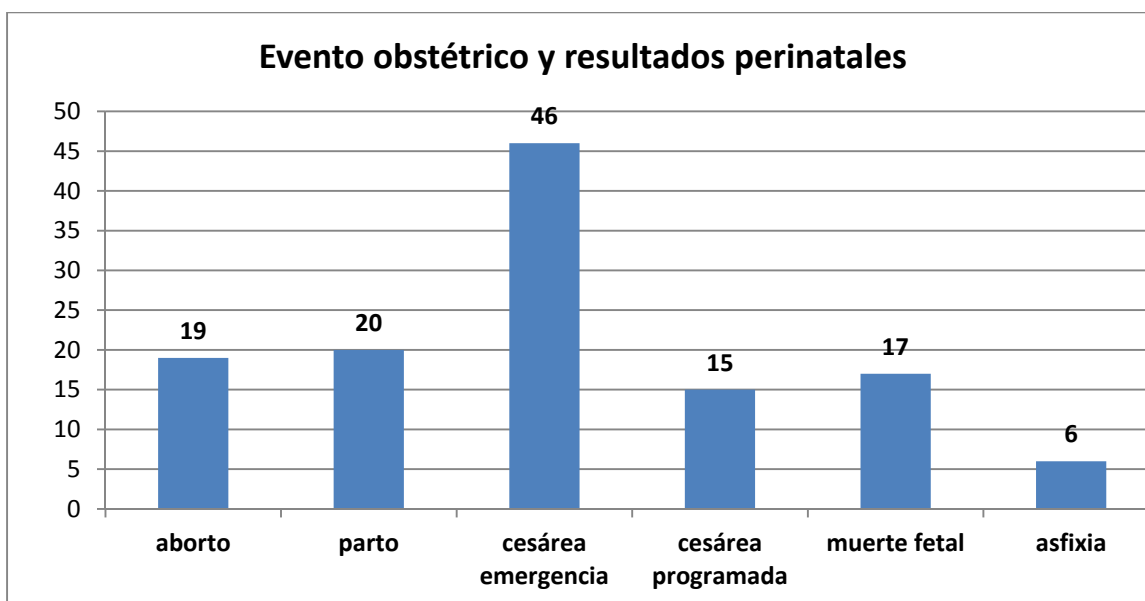
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 7: Planificación del embarazo y atención prenatal en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



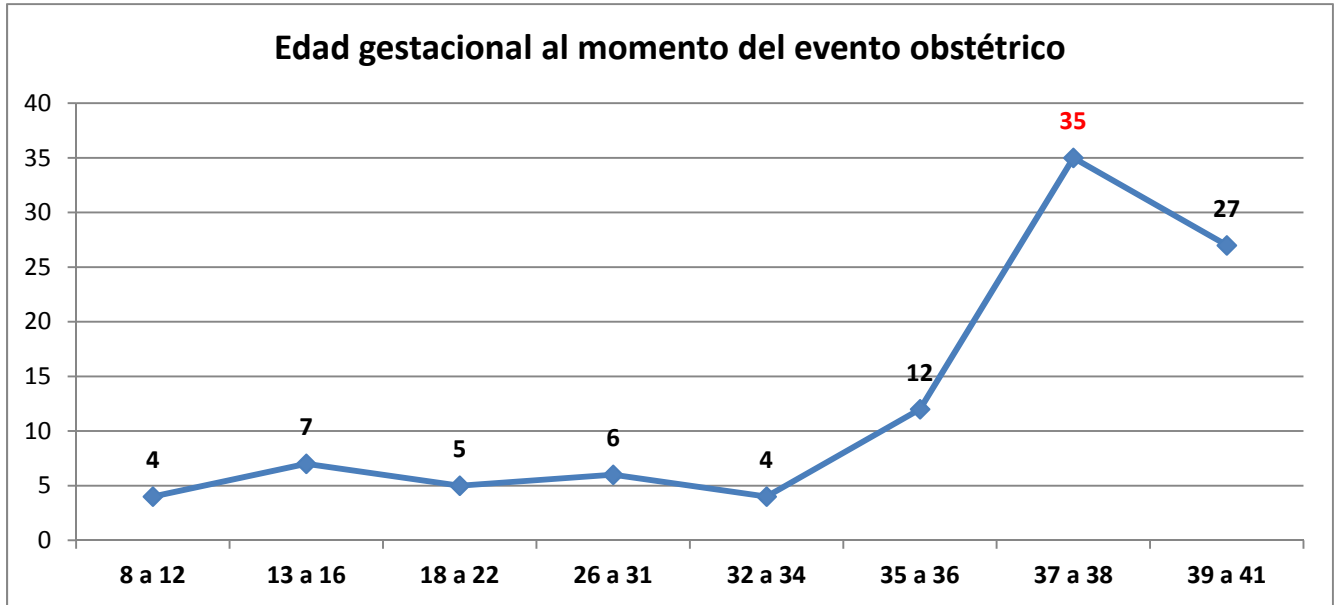
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 8: Evento obstétrico y resultados perinatales en mujeres con histerectomía de causa obstétrica.



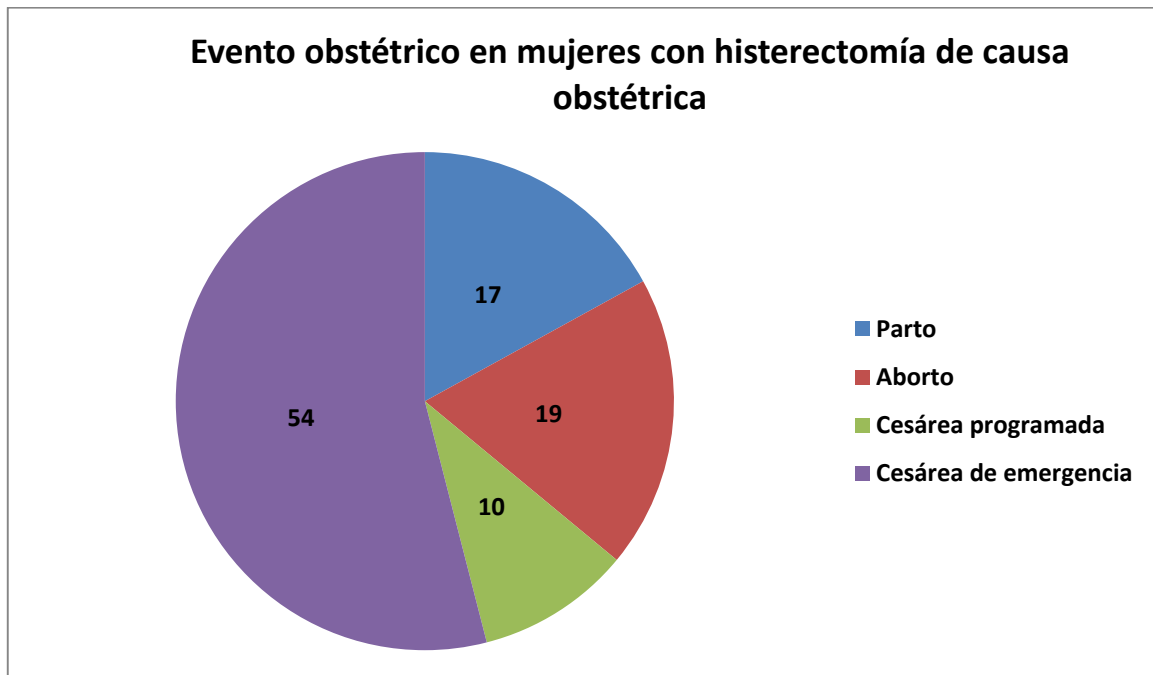
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 9: Edad gestacional al momento del evento obstétrico previo a la histerectomía de causa obstétrica.



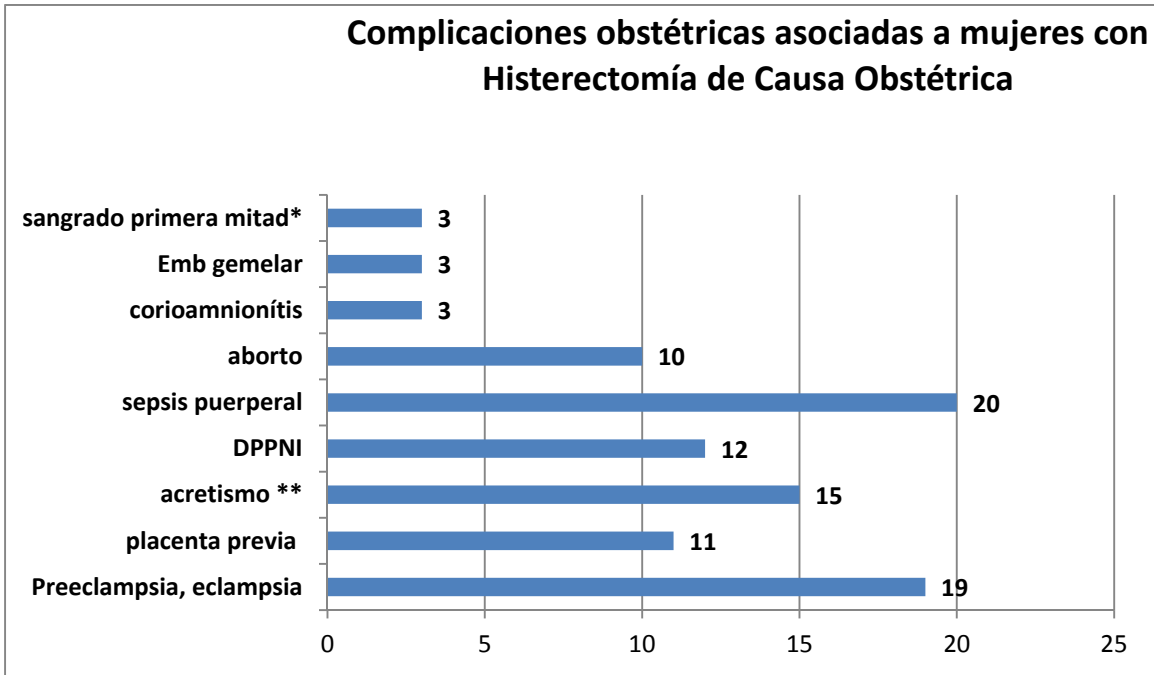
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 10: Eventos obstétricos asociados a la histerectomía de causa obstétrica



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 11: Complicaciones obstétricas asociadas a la histerectomía.

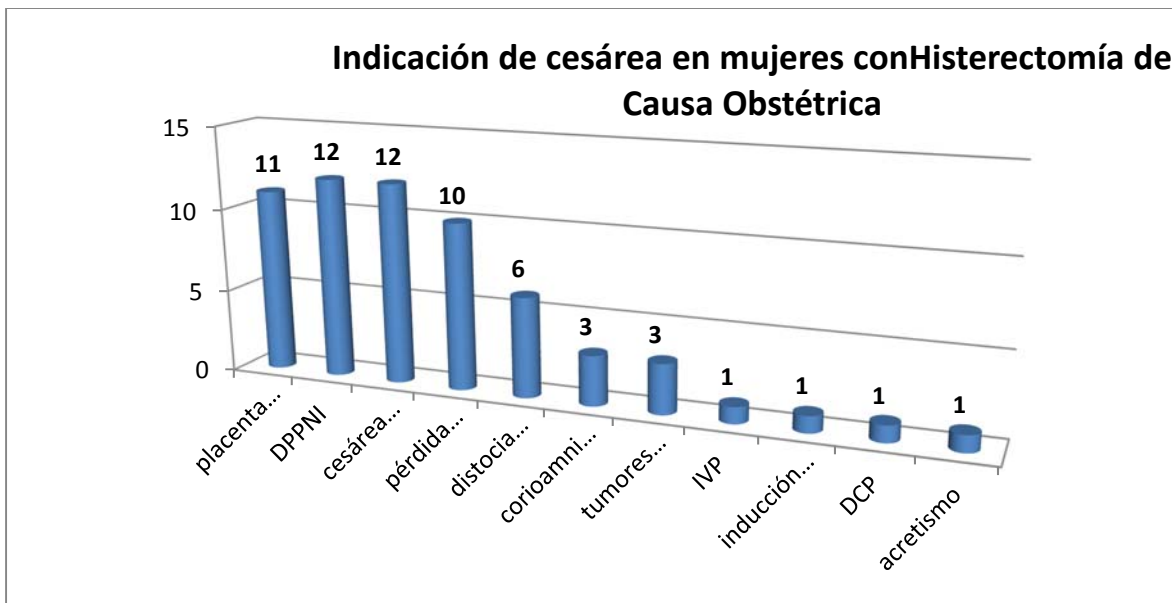


Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

*Incluye un embarazo molar y un embarazo ectópico roto

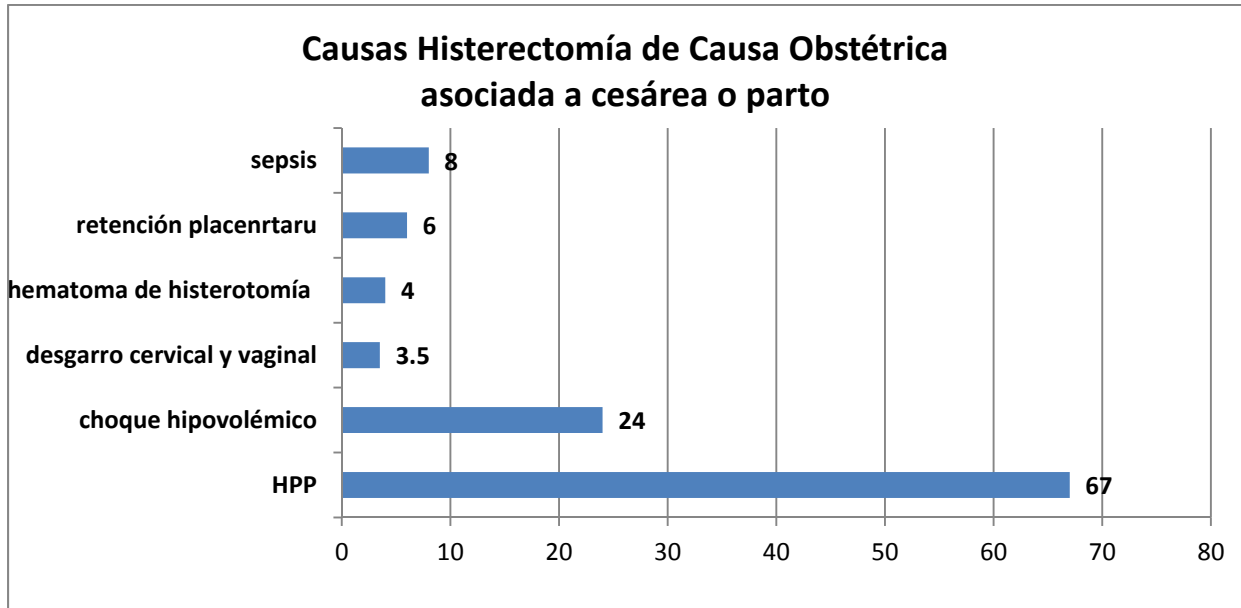
** Incluye además de la placenta previa otras causas de acretismo placentario

Gráfica 12: Indicaciones obstétricas de cesárea en pacientes con Histerectomía de Causa Obstétrica.



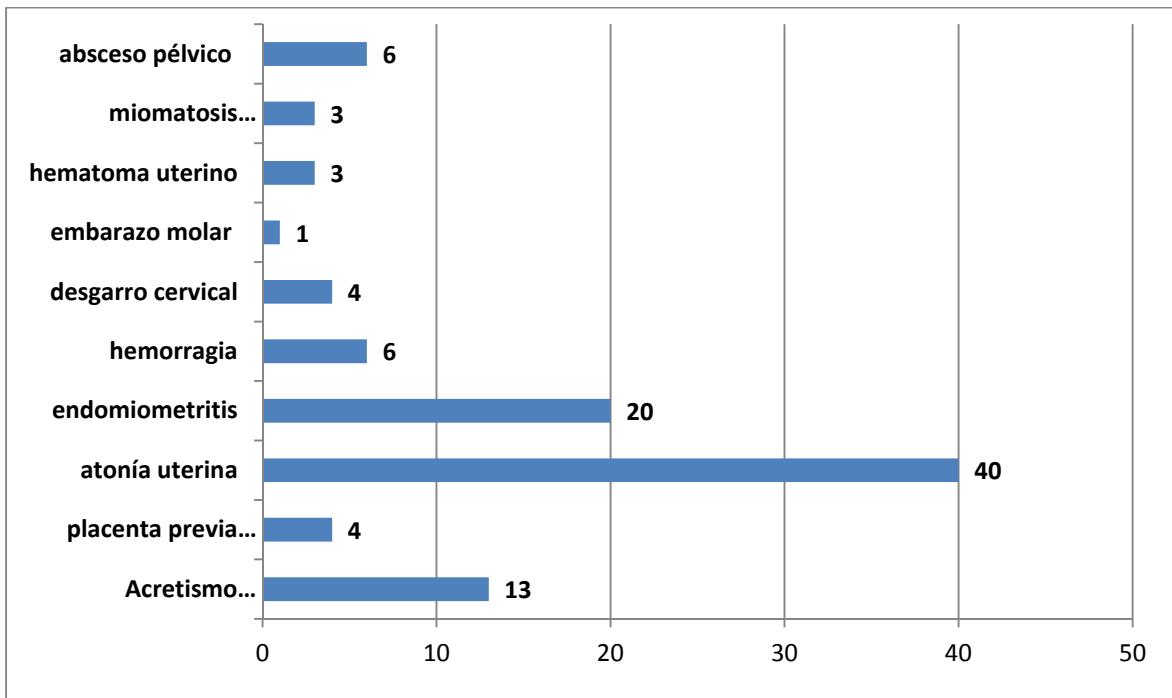
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 13: Causas de Histerectomía de Causa Obstétrica asociada a parto o cesárea.



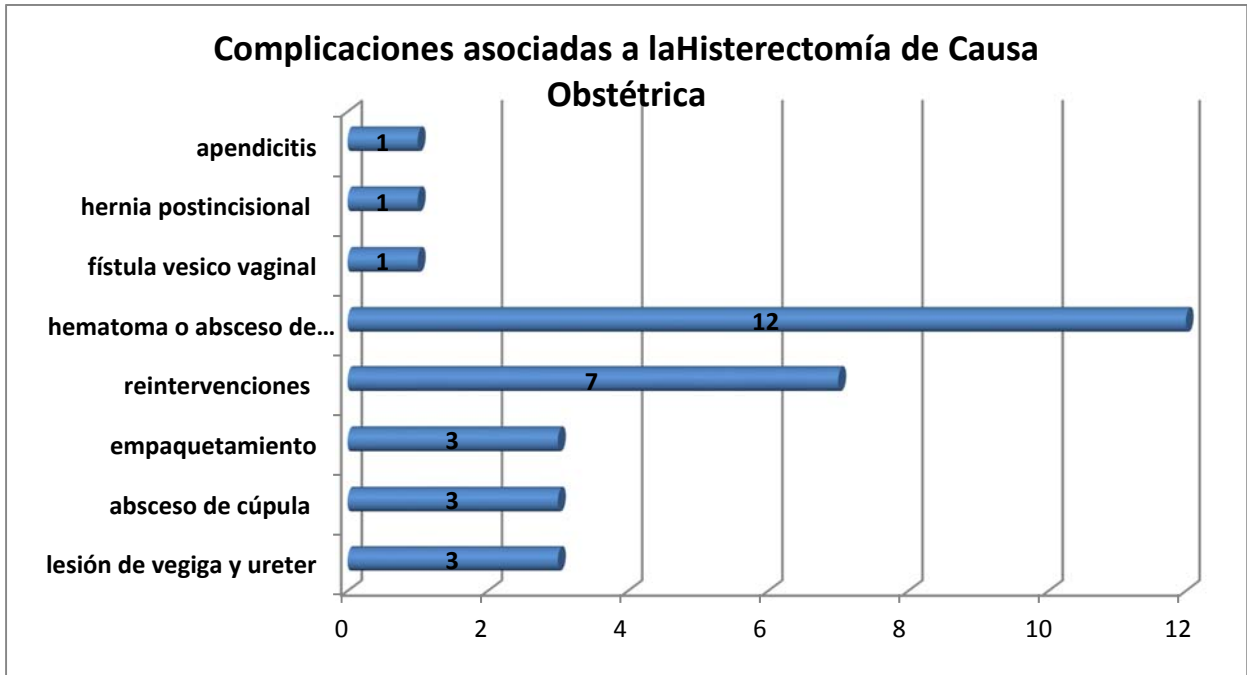
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 14: Indicaciones de histerectomía posterior o durante el evento obstétrico.



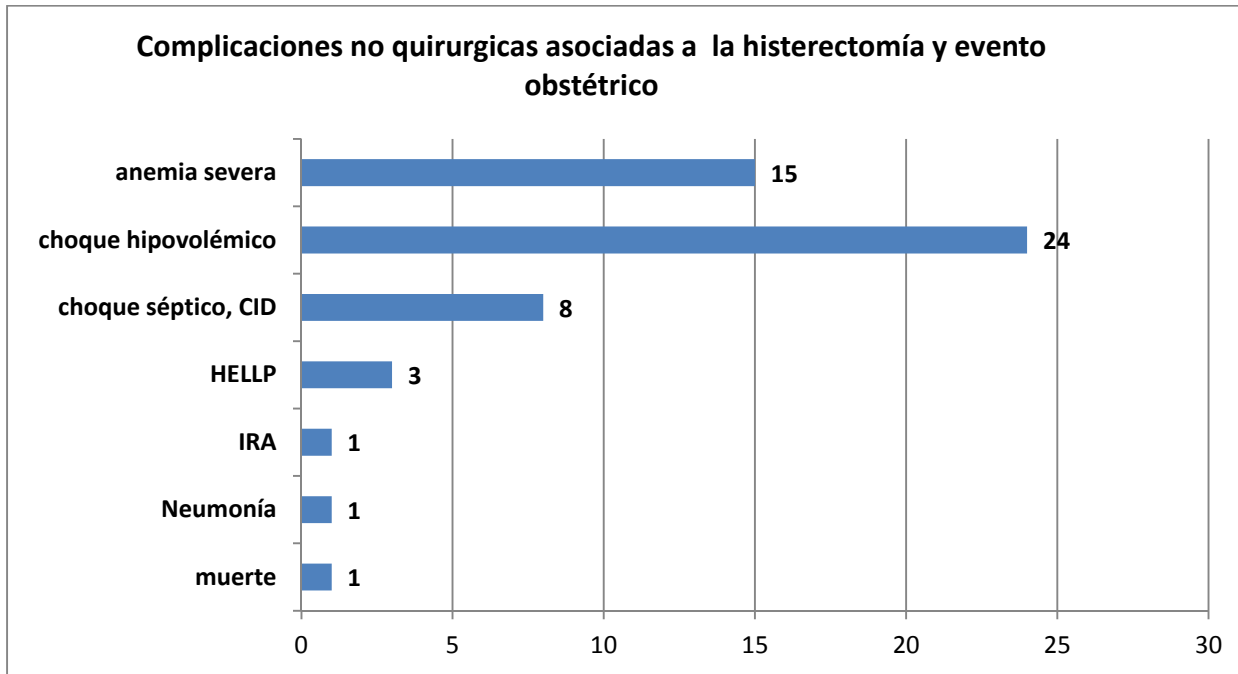
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 15: Complicaciones asociadas a la histerectomía de causa obstétrica.



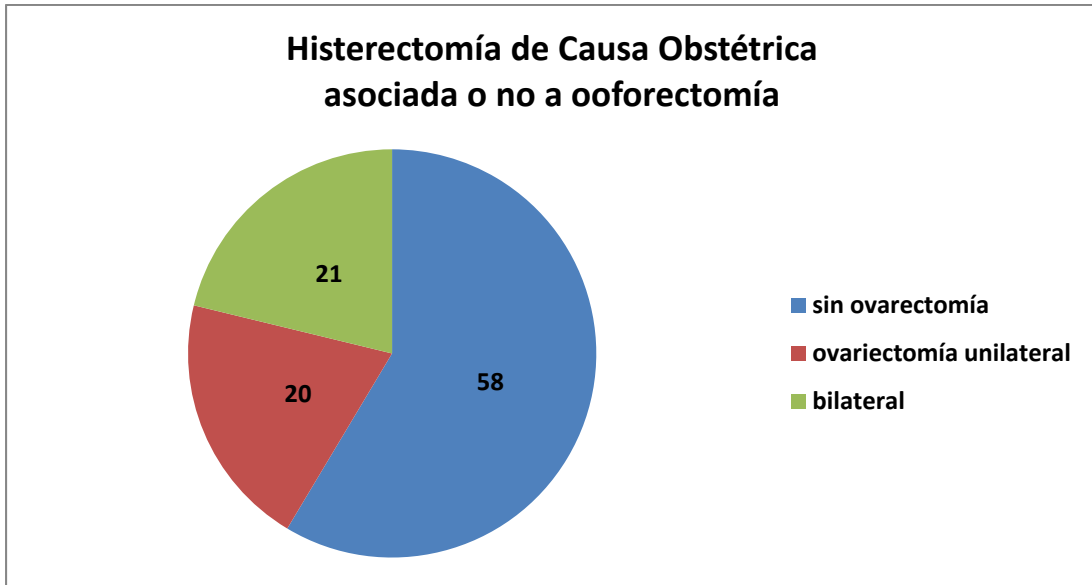
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 16: Complicaciones no quirúrgicas asociadas al evento obstétrico e histerectomía obstétrica.



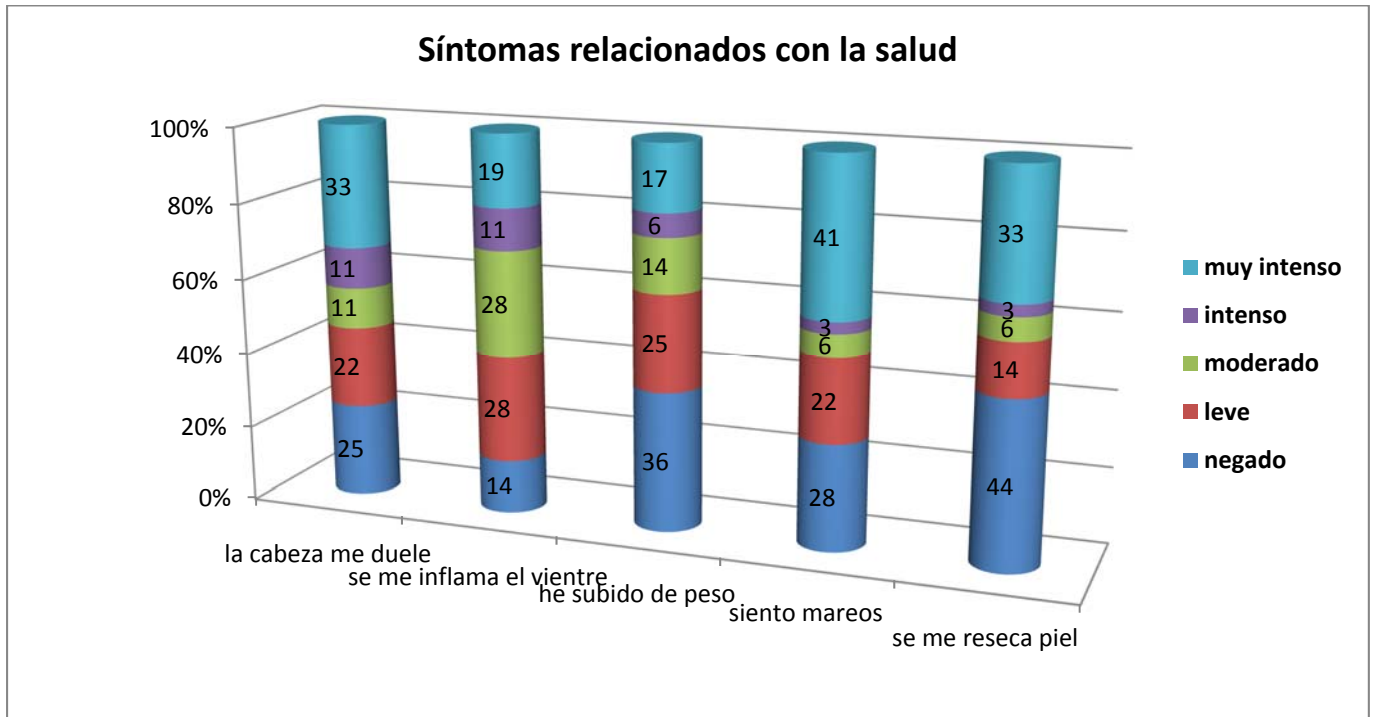
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 17: Histerectomía de causa obstétrica asociada o no a ooforectomía.



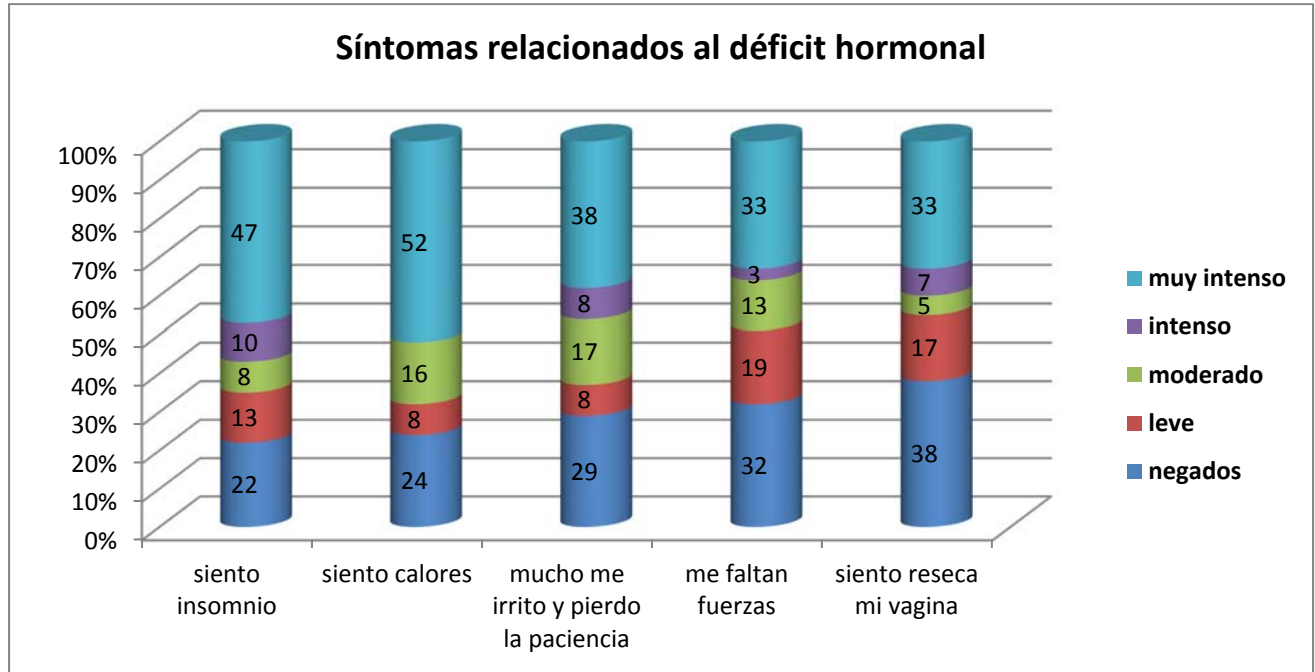
Fuente: Expedientes clínicos y encuesta

Gráfica 18: Síntomas relacionados con la salud en mujeres con histerectomía de causa obstétrica.



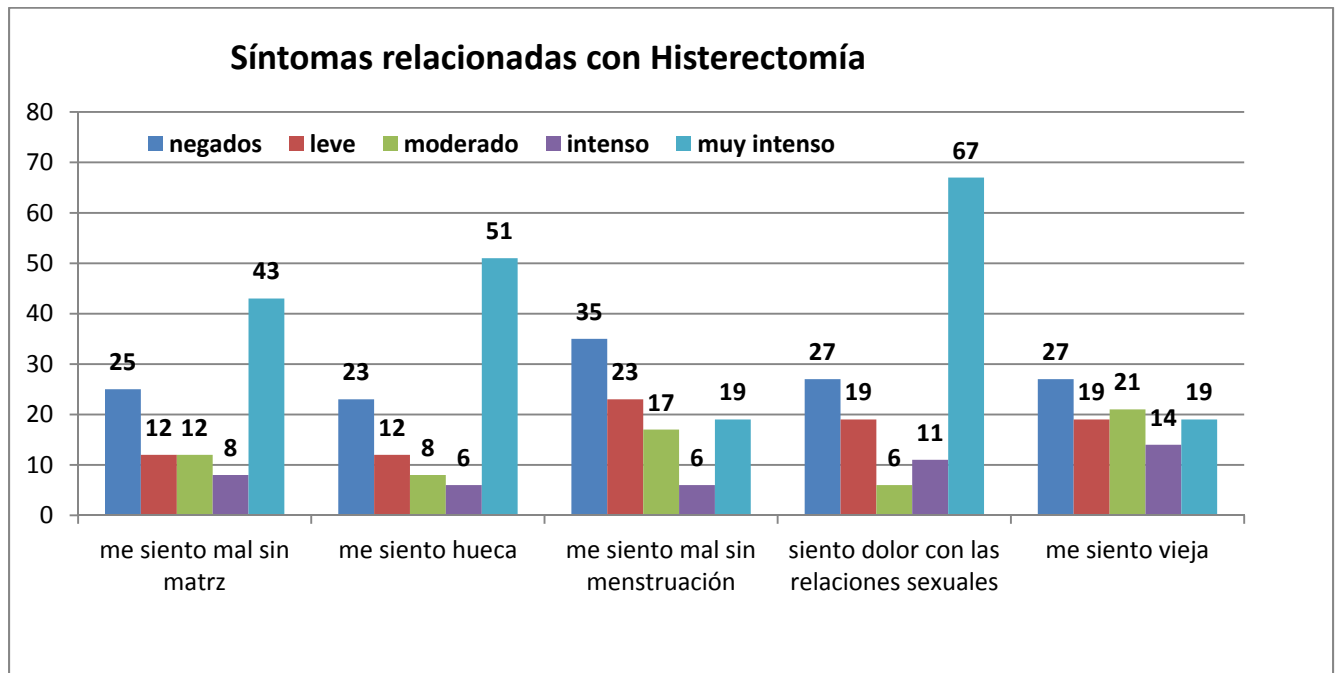
Fuente: Encuesta

Gráfica 19: Síntomas relacionados con el déficit hormonal estrogénico en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



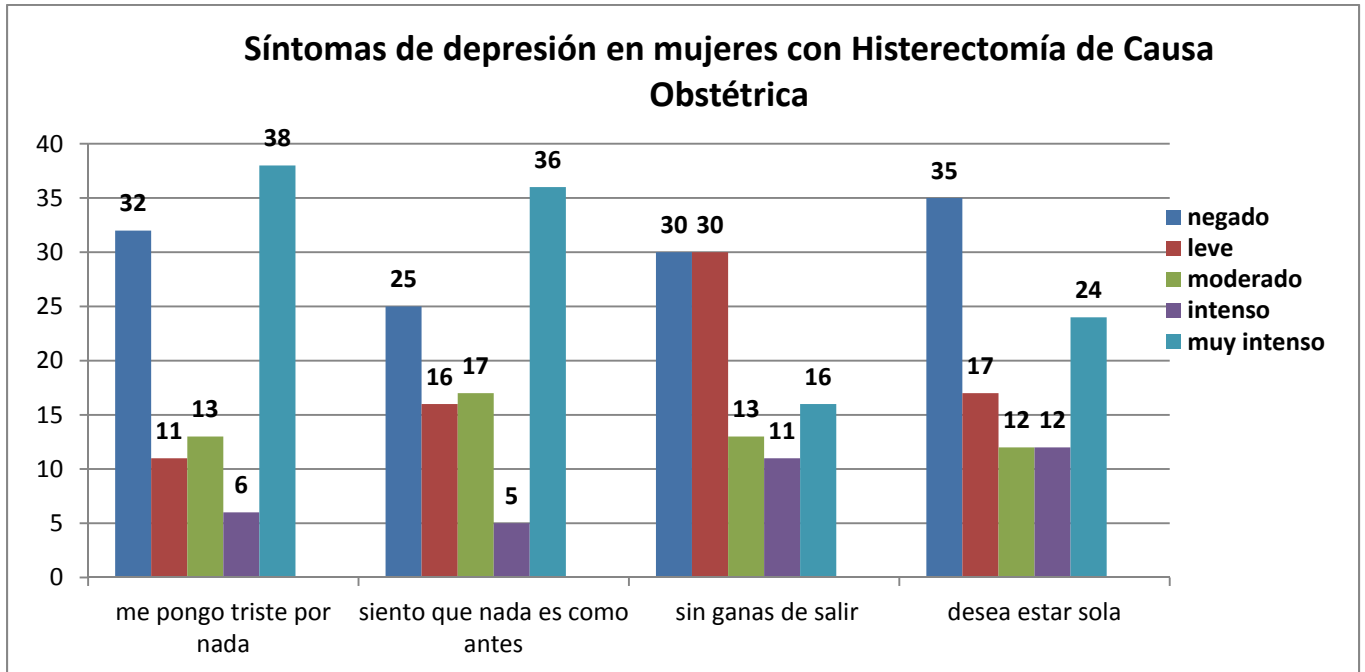
Fuente: Encuesta

Gráfica 20: Síntomas subjetivos relacionados con Histerectomía de Causa Obstétrica.



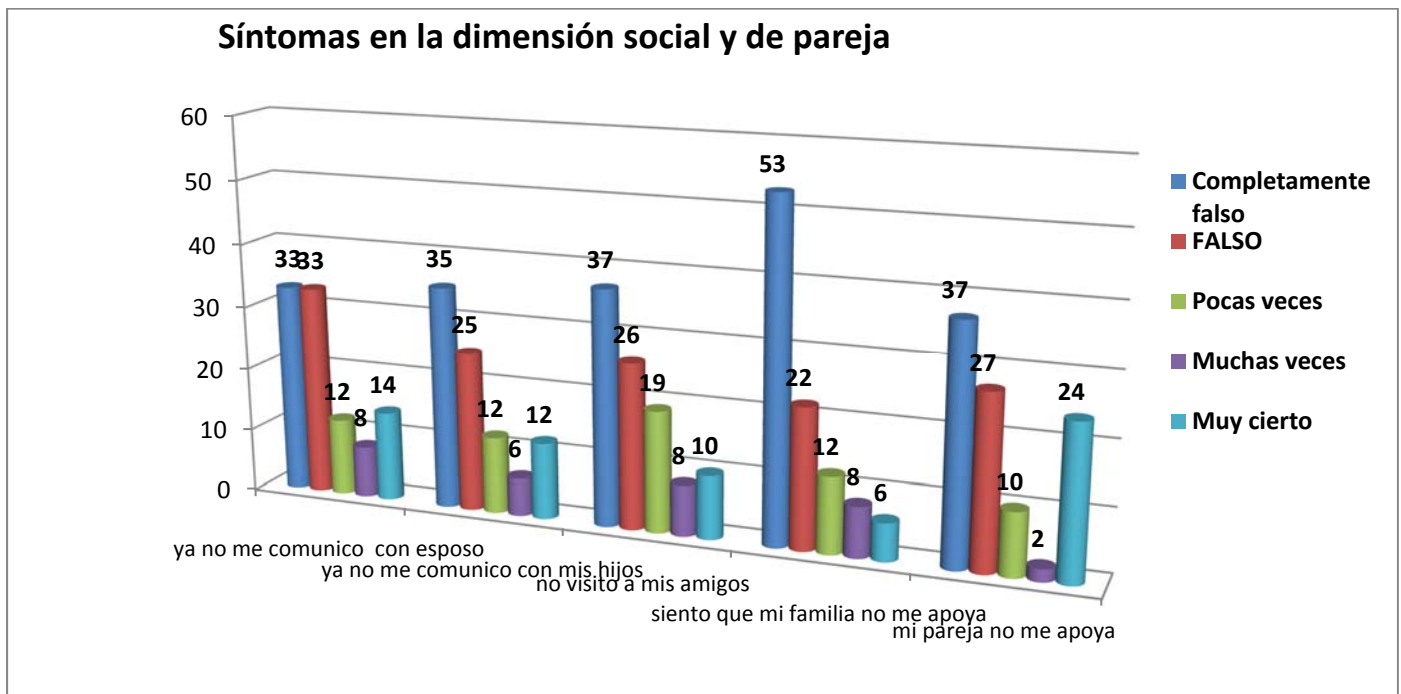
Fuente: Encuesta

Gráfica 21: Síntomas relacionados con depresión en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



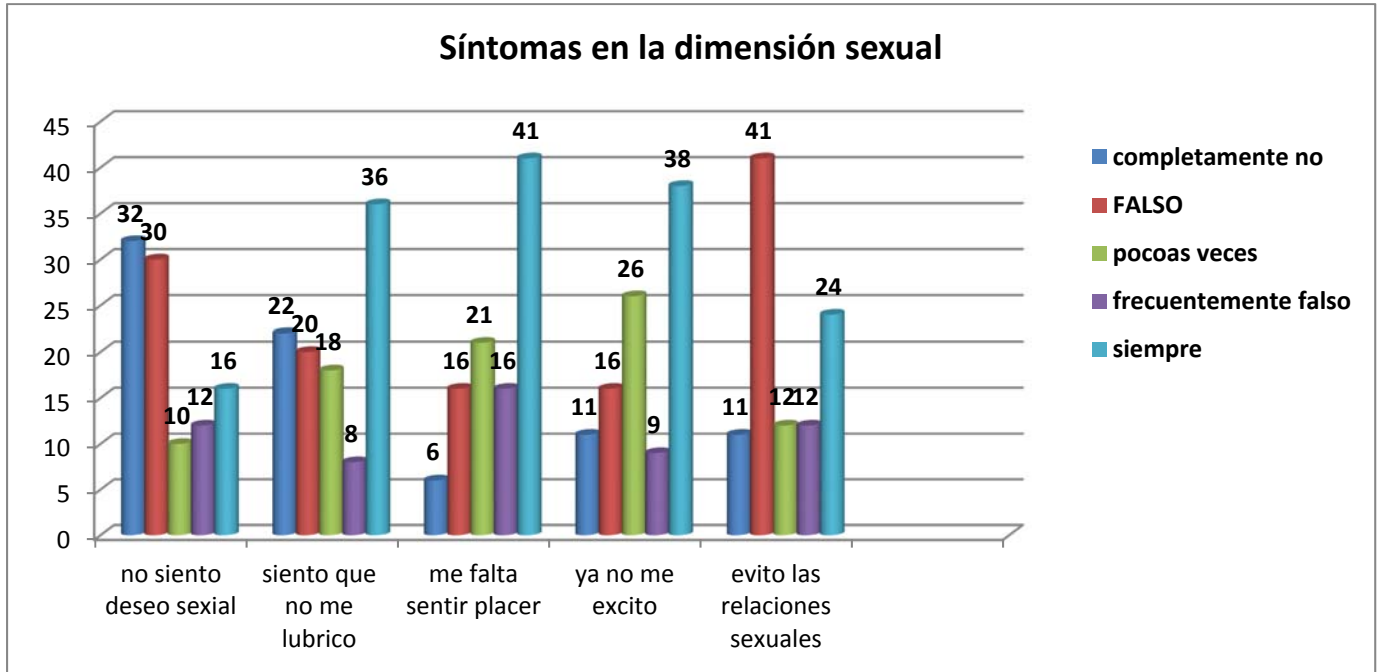
Fuente: Encuesta

Gráfica 22: Síntomas en la dimensión social en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



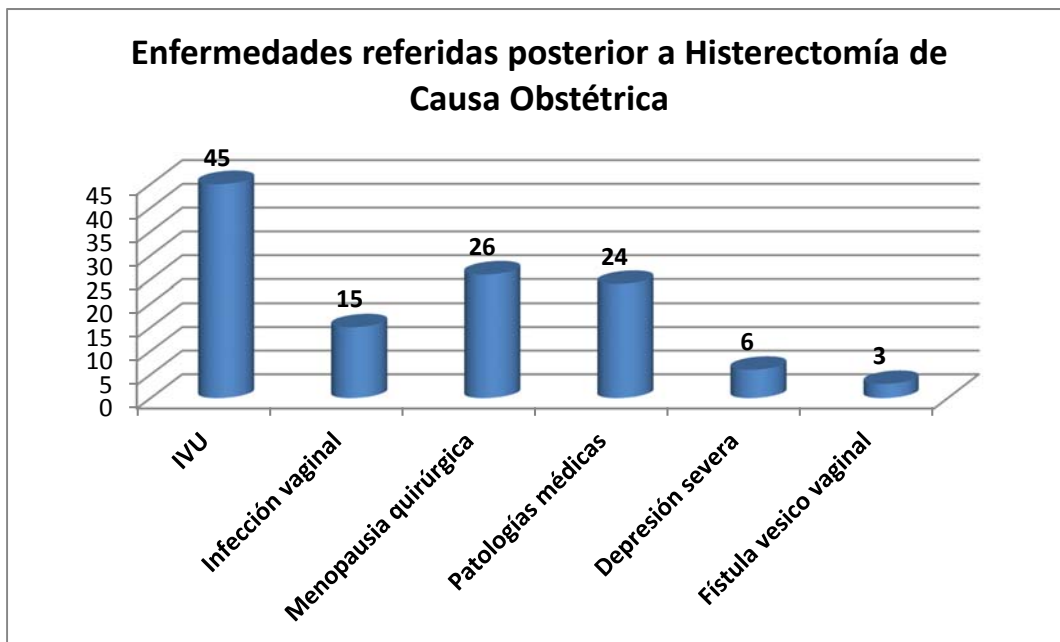
Fuente: Encuesta

Gráfica 23: Síntomas relacionados con el ámbito sexual en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



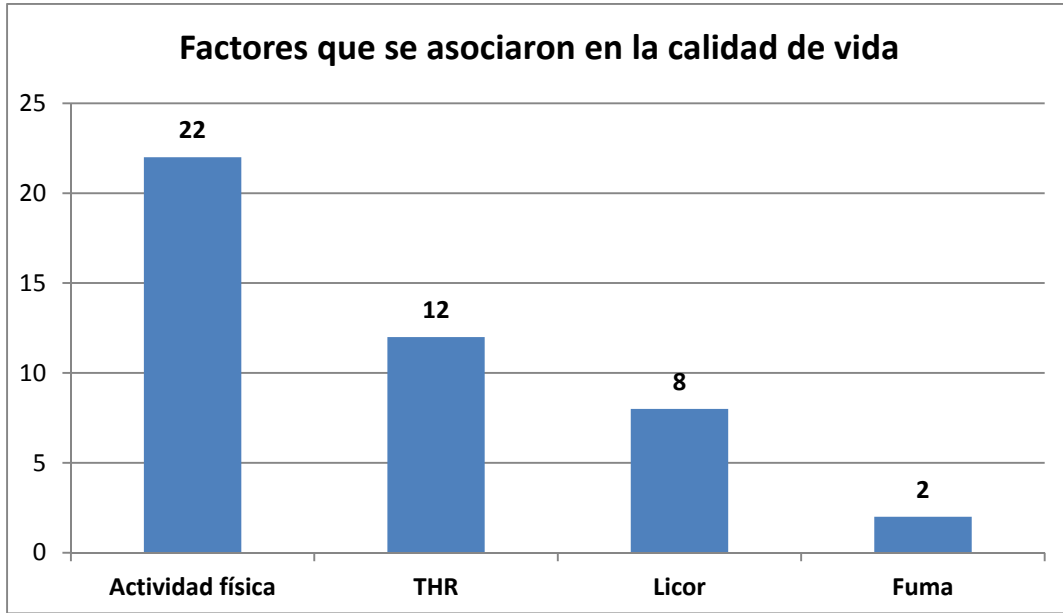
Fuente: Encuesta

Gráfica 24: Enfermedades referidas por las mujeres que participaron en la encuesta posterior a Histerectomía de Causa Obstétrica.



Fuente: Encuesta

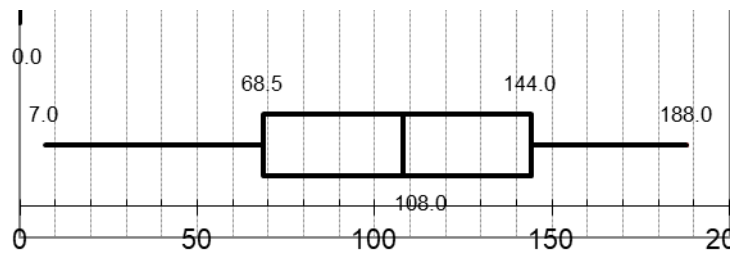
Gráfica 25: Factores que se asociaron de forma no significativa a la calidad de vida de mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



Fuente: Encuesta

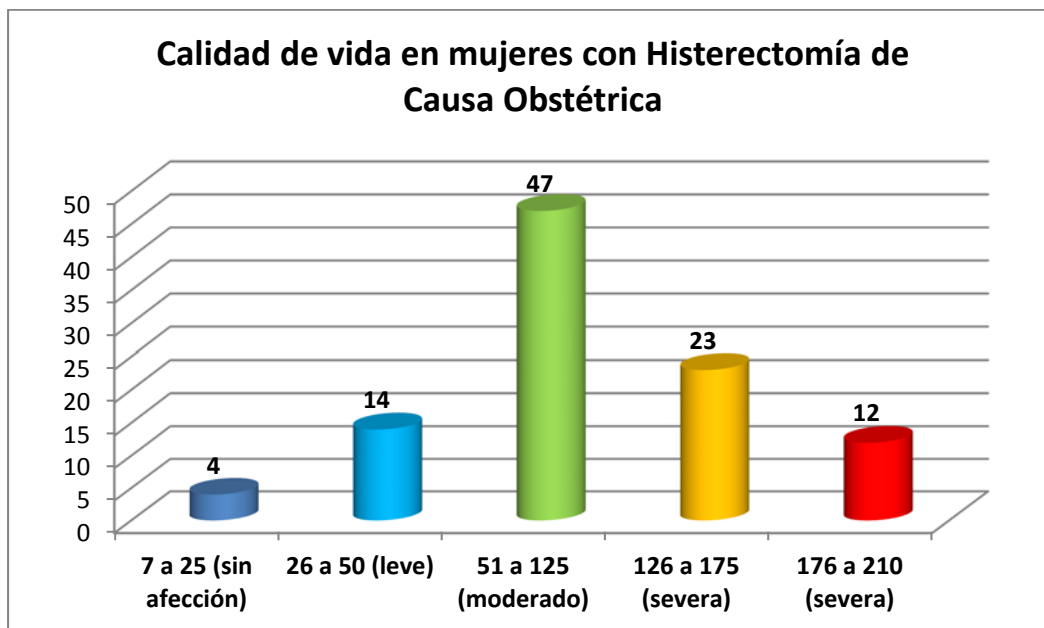
Gráfica 26: Calidad de vida en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica y los cuartiles.

Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
7.00	68.50	108.00	144.00	188.00



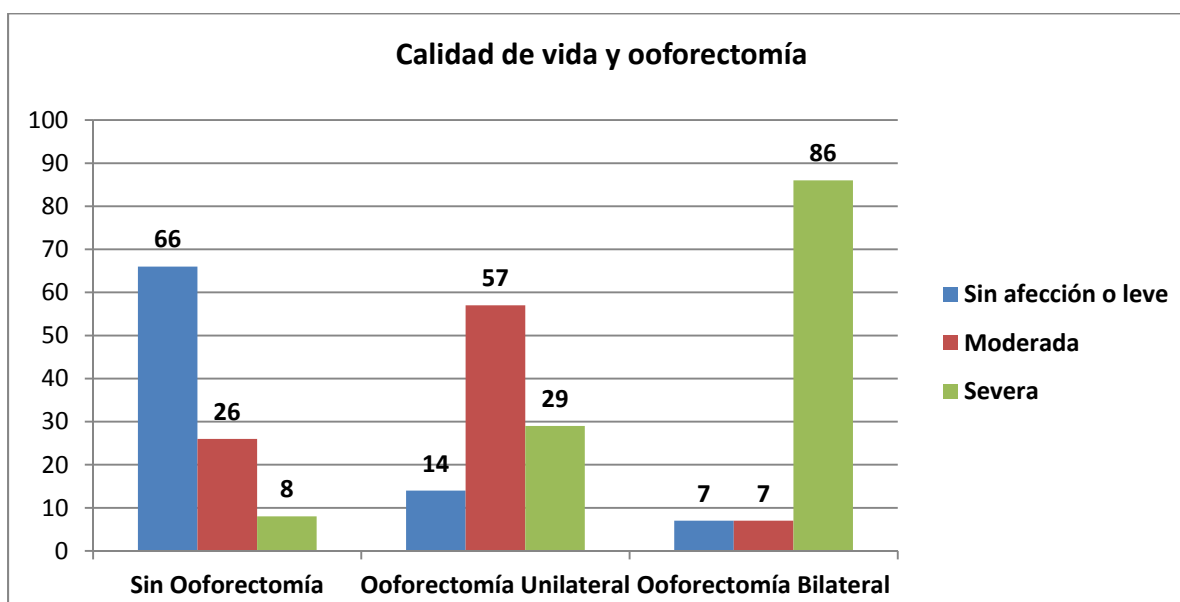
Fuente: Encuesta

Gráfica 27: Calidad de vida de mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica y su grado de afectación.



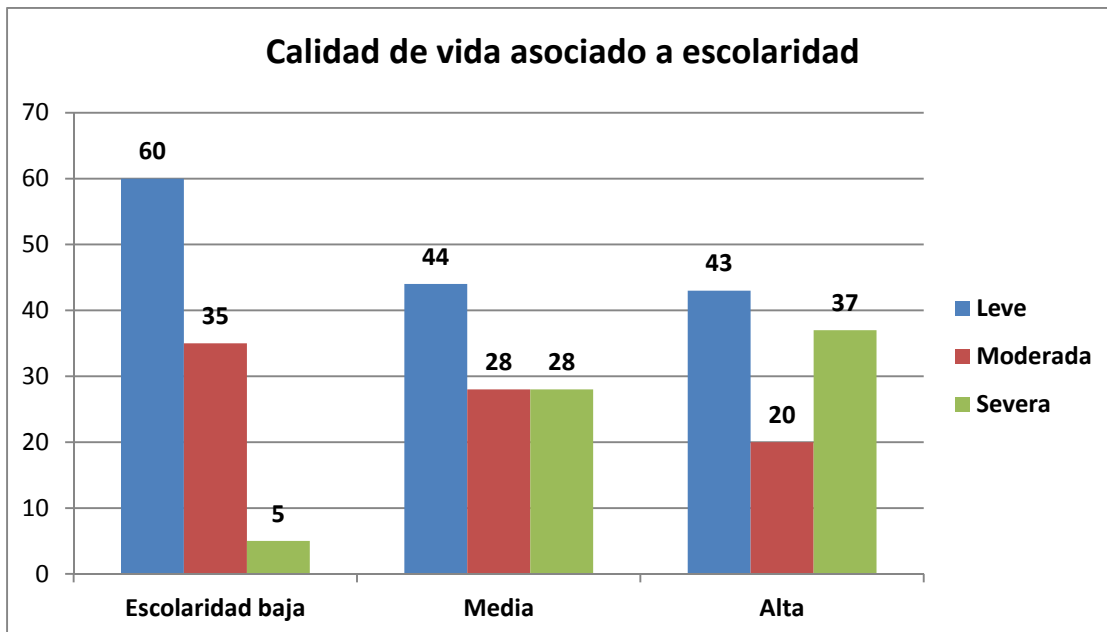
Fuente: Encuesta

Gráfica 28: Ausencia o presencia de ovarios asociado a la calidad de vida en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



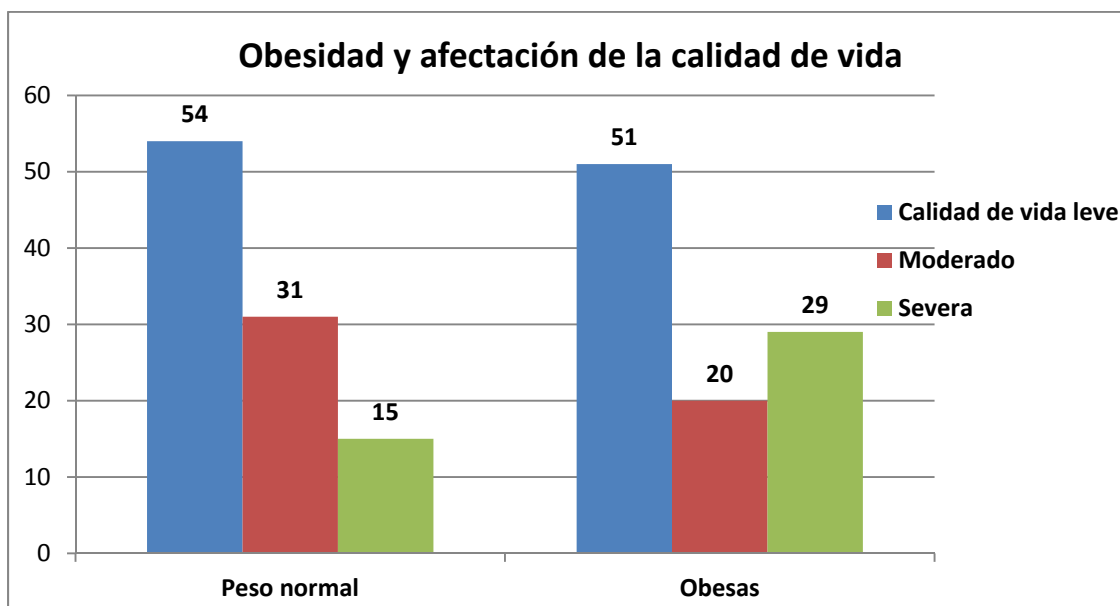
Fuente: Encuesta

Gráfica 29: Nivel de escolaridad asociada a la calidad de vida de mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



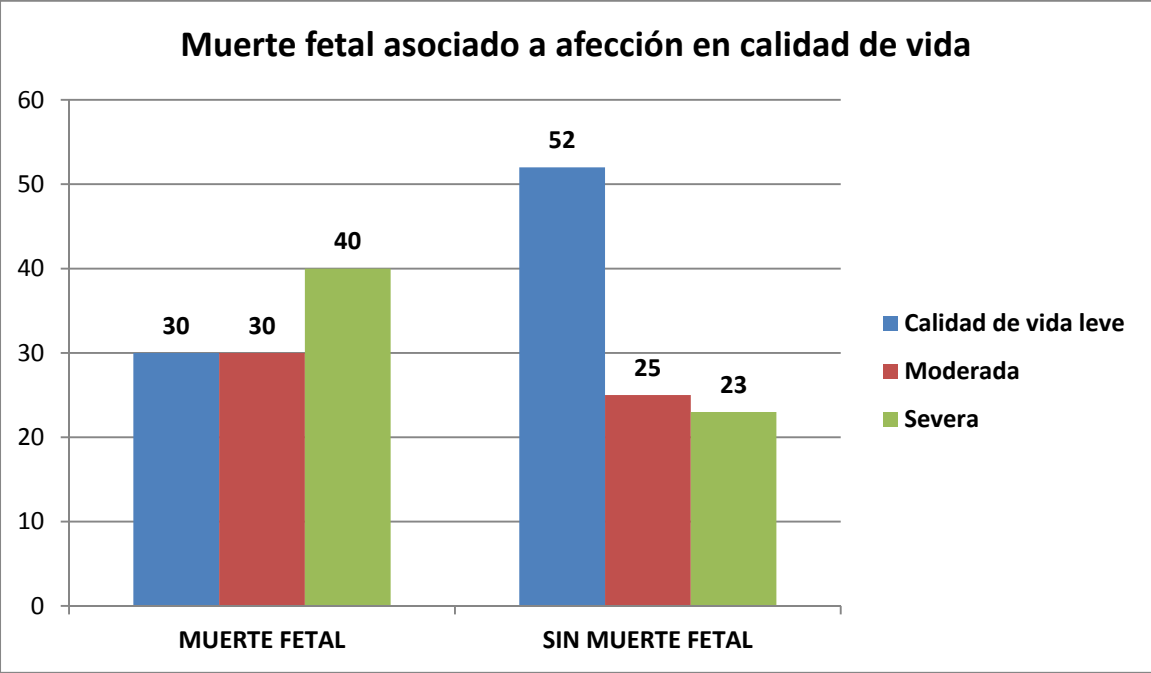
Fuente: Encuesta

Gráfica 30: Obesidad y su asociación con la calidad de vida en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



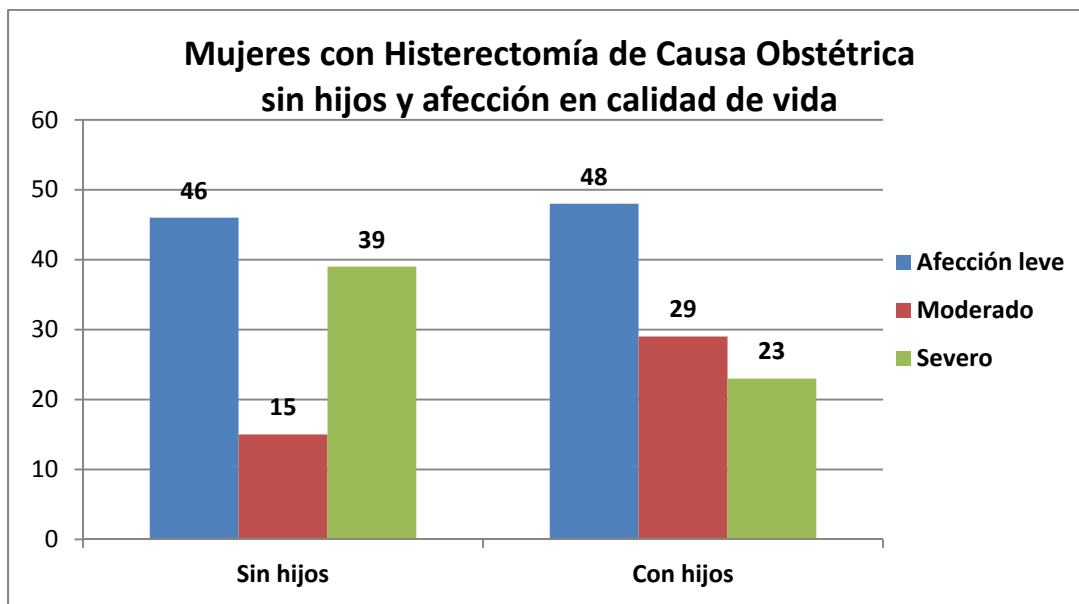
Fuente: Encuesta

Gráfica 31: Muerte fetal durante el evento obstétrico en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica y afección en la calidad de vida.



Fuente: Encuesta

Gráfica 32: Asociación entre la falta de hijos y la calidad de vida en mujeres con Histerectomía de Causa Obstétrica.



Fuente: Encuesta

Me incomoda que la gente sepa que no tengo matriz. La relación con mi pareja se ha deteriorado, no le gusta que la gente se dé cuenta de lo que pasó.

La relación con mi pareja no es la misma. Continúa con su seguimiento por psicología porque me siento culpable por la pérdida de mi hijo.

Tengo muchos cólicos. Las relaciones sexuales son incómodas y molestas, por eso me he distanciado de mi pareja.

La relación con mi pareja ya no es la misma. No tengo dinero para la terapia hormonal.

No me siento bien conmigo misma ni con mi pareja. Me dan muchos achaques.

Siento que mi pareja no entiende mi situación.

No he logrado tener una relación estable. Me siento diferente al resto de mujeres de mi edad. Me falta algo.

La relación con mi pareja no es la misma. Me enfermo más seguido.

Me separé de mi pareja. Ahora no tengo pareja estable.

Mi vida cambió totalmente después de la cirugía, tuve problemas con mi pareja. La relación no era la misma. Hace tres meses me dejó.

Soy madre soltera, mi expareja no me apoya con mi hijo. Nos separamos dos años después de la cirugía.

Me separé de mi pareja.

Tengo muchos malestares.

Fui diagnosticada con hipertensión hace 6 meses.

No me gusta salir de mi casa por el problema de la fístula entre mi vejiga y la vagina. He perdido el seguimiento con urología. He perdido el seguimiento pero persiste, a veces son solo gotas.

Tengo infección urinaria y vaginal.

Quisiera haber podido tener otro hijo.

Siento dolor y culpa por la pérdida de mi embarazo, pasé mucho en rehabilitación. A veces siento molestia por las cirugías.

Siento culpa por la pérdida de mi hijo. Me hubiese gustado mantener mi útero para otro embarazo.

Me siento muy joven para ya no tener matriz, hubiese querido tener más hijos.

Al inicio sentía pena con mi pareja porque me siento hueca.

Me mantengo bajo el cuidado de mi familia. Me mantienen vigilada porque intenté suicidarme. Mis hijos están a cargo de otra persona.

Quisiera tener mi matriz todavía.

A veces me siento triste por lo que me pasó, me incomoda haber perdido el útero. Evito relaciones sexuales y hablar de este tema con mi pareja.

No me siento bien conmigo misma. Me incomoda que la gente sepa que soy tan joven y no tengo útero. Me siento hueca.

Fui diagnosticada con diabetes, a los dos meses, hipertensión. La enfermedad ha cambiado mi vida. Siento que soy muy joven para padecer esto. Me molestan las infecciones vaginales, y no visito al médico porque ya no tengo matriz.

Tengo menos relaciones con mi pareja. Me siento más estresada y nerviosa, y se me dificulta cuidarme de la diabetes e hipertensión por eso.

Quisiera tener la oportunidad de tener otro hijo. Mi esposo no comprende por lo que paso.

Sufro de bochornos, sofocación, ansiedad, e insomnio. Me cuesta tener relaciones.

Quisiera poder tener otro hijo. Me diagnosticaron con diabetes hace más o menos cuatro meses y estoy en tratamiento.

Hubiese querido poder tener hijos. Me siento diferente a mis amigas y primas.

Tengo mucho flujo vaginal y picazón.

Soy madre soltera. Hace un año me diagnosticaron con hipertensión y diabetes.

Tengo molestias por infecciones urinales y vaginales.

Tengo menos deseo sexual. Me cuesta dormir por las noches.

Me cuesta tener relaciones porque ya no me excito como antes y tengo mucho ardor, picazón y resequedad vaginal. A veces uso lubricantes.

Los bochornos son molestos. Evito las relaciones sexuales.

Siento molestias y dolor con la penetración.

Tengo relaciones sexuales frecuentes, pero son molestas.

Me cuesta un poco más tener orgasmos.

Evito el tema de la cirugía, me da pena que la gente sepa que no tengo útero y un ovario. Ya no disfruto las relaciones sexuales, las tengo para complacer a mi pareja.

Tuve incomodidades al reiniciar relaciones sexuales, y ahora son menos frecuentes que antes de la cirugía porque ya no siento lo mismo.

La relación con mi pareja cambió. Evito tener relaciones.

A veces tengo molestias durante las relaciones sexuales.

Se me dificulta llegar al orgasmo durante las relaciones. No lo comento con mi pareja.

Evito tener relaciones sexuales con mi pareja. No me apego al tratamiento de la diabetes, me molestan los síntomas de la menopausia. No tengo dinero para el tratamiento.

Tengo molestias al momento de la penetración.

Evito tener relaciones con mi pareja.

Afectó mi vida sexual y a mi pareja.

Ya no me gusta tener relaciones, aun siento tristeza por mi hijo fallecido.

Mi apetito sexual cambió. Mi vida sexual con mi pareja cambió. Desearía tener otro hijo.

Siento molestias en las relaciones con mi pareja.

No me gusta tener relaciones sexuales muy seguido porque me duele.

Me cuesta encontrar pareja. Evito las relaciones sexuales.

Tengo infecciones urinarias y vaginales así que evito tener relaciones.

Evito las relaciones. Ya no es igual. Me duele mucho la cabeza. Siento mi vagina muy reseca, entre otras cosas.