

Documentos

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS

Pamela Cerda C.^a, Patricia Pino Ch.^a, María Teresa Urrutia S.^{1,a}

^a Enfermera-Matrona. ¹Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

La histerectomía afecta a un 20% de la población femenina en Chile; su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 35-49 años. Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros. La presente revisión pretende dar a conocer como la histerectomía afecta la calidad de vida y sus diferentes dimensiones en las usuarias, con el propósito de contribuir al conocimiento del tema y colaborar para un mejor enfrentamiento de estas usuarias. A pesar del impacto de la histerectomía en la calidad de vida de estas mujeres, son escasas las investigaciones que estudien dicha relación. Al comparar la calidad de vida de estas mujeres sanas y mujeres histerectomizadas, estas tuvieron similares niveles de calidad de vida, en los dominios: funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica. La mujer histerectomizada evidencia mejor calidad de vida que la mujer con trastornos ginecológicos, en los dominios anteriormente nombrados. Se concluye que la histerectomía por sí sola, no afecta la calidad de vida de estas mujeres, sin embargo, surge la necesidad de nuevas investigaciones sobre el tema. Al respecto cabe destacar la importancia en el apoyo y educación a la mujer sometida a este proceso quirúrgico.

PALABRAS CLAVES: *Histerectomía, calidad de vida, calidad de vida relacionada a salud*

SUMMARY

Hysterectomy affects 20% of the feminine Chilean population; its greater incidence is in fertile women between 35 to 49 years. This surgery by stopping the reproductive cycle of the woman, repercussions that strongly threatens her female sense, it can cause alterations of self-esteem, dysfunction of relationships, conflict with her social environment, among others. This bibliographical study intends to show how hysterectomy affects the quality of life and its different dimensions among users, in order to contribute to the knowledge of the subject and to contribute to health professionals with scientific evidence for a better facing. In spite of the impact of the hysterectomy in the quality of life of these women, investigations studying this relation are little. When comparing the quality of life between healthy women and hysterectomized ones, these had similar quality levels of life, in the dominions: physical operation, corporal pain, sexual behavior and psychological dimension. The hysterectomized woman evidences better quality of life in the previously named dominions than women with gynecological problems. It is concluded that hysterectomy by itself, does not affect the quality of life of these women, nevertheless, it arises the necessity of new investigations on the subject. It is important to emphasize the importance in the support and education to the woman who lives his process.

KEY WORDS: *Quality of life, hysterectomy, health-related quality of life*

INTRODUCCIÓN

Los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a cambiar la visión de los profesionales considerando ámbitos como el estado de ánimo, redes de apoyo y entorno social, en este contexto surgen los estudios de calidad de vida (1).

La histerectomía es la cirugía mayor más prevalente en ginecología (1). Afecta a más del 20% de las mujeres chilenas, es decir una de cada cinco mujeres en algún momento de sus vidas se verá sometida a esta cirugía (1). La radicalidad de esta cirugía, causa gran impacto en la calidad de vida de la mujer, alterando su feminidad, provocando alteraciones psicológicas, y aislándola del entorno social. Existe gran cantidad de estudios que abordan el ámbito de etiología y prevalencia en mujeres histerectomizadas, pero son escasos los que abordan la problemática de la calidad de vida en ellas (2).

La presente revisión tiene como objetivo conocer como la histerectomía afecta la calidad de vida y sus distintas dimensiones en las mujeres, con el propósito de contribuir al conocimiento del tema y aportar herramientas a los profesionales de salud para un mejor enfrentamiento de las mujeres histerectomizadas.

ANÁLISIS DEL TEMA

La calidad de vida relacionada a salud (CVRS), ha adquirido gran importancia, ya que permite evaluar el impacto de la enfermedad y/o tratamiento desde la perspectiva del usuario, por tanto es reconocida como una importante variable en el ámbito clínico. Se define calidad de vida según la situación de vida de la persona sana o enferma, en los aspectos físicos, emocionales y sociales, los que deben ser evaluados individualmente, puesto que la intervención terapéutica no es vivida ni percibida de igual manera (3).

La Organización Mundial de la Salud (4), define calidad de vida como: "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (4). La comprensión del concepto de calidad de vida es esencial, para entender, asesorar y apoyar a los usuarios, brindándoles información durante el proceso quirúrgico y un cuidado apropiado (2).

Los instrumentos que miden calidad de vida deben tener adecuadas propiedades psicométricas que les permitan obtener una buena medición, en cuanto a términos de confiabilidad, especificidad y sensibilidad (2). Actualmente no existe un instrumento único y específico que pueda considerarse como herramienta de evaluación de la mujer histerectomizada en torno a su calidad de vida, sin embargo, se utilizan instrumentos que evalúan dimensiones de la calidad de vida, como la psicológica y la sexual por separado (2).

Dentro de las publicaciones referentes a calidad de vida, las patologías malignas son las más estudiadas, debido a su cronicidad, impacto social y los posibles efectos adversos de su tratamiento (5). En el ámbito de la ginecología se ha estudiado ampliamente la relación entre el cáncer y la calidad de vida, sin embargo la histerectomía no ha sido un tópico ampliamente estudiado (6).

En el área ginecológica, las condiciones benignas son las más estudiadas (7). Existe pleno conocimiento acerca de las técnicas, vías de abordaje quirúrgico, tiempos de recuperación y hospitalización. En relación a la histerectomía, no hay suficiente investigación en temas de igual o mayor importancia como la autoimagen, el sentido de feminidad, la sexualidad y creencias y temores de las pacientes en relación a la cirugía, todos ellos tópicos que interfieren directamente con la percepción subjetiva de calidad de vida.

DIMENSIÓN SEXUAL

En relación al funcionamiento sexual, estudios recientes la analizan como una dimensión en sí misma, debido a la importancia que revela en la calidad de vida de las mujeres. 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 (7).

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 (2). Muchas mujeres evitan responder preguntas acerca de su sexualidad, por ser este un tema percibido como íntimo, por ello los profesionales de la salud evitan también referirse al tema

si sus pacientes no se lo manifiestan, asumiendo que ellas les dirán si hay algún problema en esta área (8).

Scriven y Tucker (9) evaluaron el conocimiento que tenían las pacientes antes y después de someterse a esta cirugía y una de las áreas que demostró tener mayor déficit fue el área sexual, ya que las mujeres refieren querer conocer aspectos de su sexualidad como la anatomía, fisiología de los órganos genitales y cambios en el funcionamiento sexual, aspectos que los profesionales no abordaban o si lo hacían era de manera muy técnica. Esta situación es una problemática que se vive en la actualidad y es de gran relevancia, ya que por un lado nos señala que la educación entregada no esta enfocada a las necesidades de las usuarias y por otro lado nos advierte la falta de capacitación por parte de los profesionales de la salud para ahondar en este ámbito (7).

Hay que destacar que la sexualidad se deteriora significativamente en la mujer que sufre menopausia quirúrgica, aumentando incluso al triple las disfunciones sexuales en este período (10). Cabe señalar que en una revisión de dieciocho estudios (11), los autores concluyeron que la histerectomía por sí sola no afecta la sexualidad. Al analizar la dimensión sexual en la mujer histerectomizada (7), los autores evidenciaron que psicológicamente la remoción del útero hace que las mujeres piensen que los cambios resultantes de ésta cirugía pueden contribuir al distrés vaginal y a una disminución de la sensación genital, la cual disminuiría la vasocongestión, reduciendo así la multiplicidad de orgasmos.

Helström y cols (12) avalan el rol primordial que juega la pareja sexual de las mujeres histerectomizadas, ya que esta 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, aquéllas que catalogan su relación de pareja como mala o ambivalente, muestran un deterioro de su funcionamiento sexual antes y después de la cirugía.

Otro aspecto importante a considerar son las expectativas que tengan las usuarias con respecto a la cirugía. En Chile, el único estudio publicado que evalúa la sexualidad en mujeres histerectomizadas (13), hace mención al inicio de la sexualidad post-histerectomía. Los autores señalan que las expectativas sexuales, la seguridad y confian-

za en sí misma son factores que influyen al momento de reiniciar la vida sexual, por lo que si éstas son negativas, la sexualidad será enfrentada con ansiedad y conductas evasivas, postergando por tanto el reinicio de la actividad sexual. Este es un aspecto importante de ser evaluado por los profesionales de la salud, ya que los mitos y temores pueden obstaculizar el normal funcionamiento de la actividad sexual y deteriorar así la calidad de vida de estas mujeres. Al respecto es importante señalar que a mayor educación preoperatoria mejor enfrentamiento tendrán las usuarias al momento de reiniciar su vida sexual (14).

Halttunen (15) 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.

Urrutia y cols (13), 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 dispareunia e incontinencia disminuyó significativamente. En el estudio al tercer mes, las autoras lo plantean como un periodo de transición (16).

Bernhard y cols (17), 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; destacan que es imprescindible evaluar la calidad de la sexualidad antes y después de la histerectomía. Los mismos autores señalan que la sexualidad resulta más deteriorada en mujeres que son sometidas a cirugía por causa maligna que las que fueron operadas por causa benigna, a su vez, mujeres de menor edad resultan más afectadas por esta cirugía que aquéllas de mayor edad.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Otro ámbito de la calidad de vida que es necesario evaluar es la dimensión psicológica, la que se ve muy ligada con las otras dimensiones, especialmente la sexual. Las complicaciones psicológicas han evolucionado en las pasadas cuatro décadas (8). Estudios avalan que si la salud mental se altera puede influir en forma negativa en el

afrentamiento de la usuaria con respecto a su propia situación de salud (7).

Naughton (7), en una revisión de 8 estudios, hace mención al estado psicológico que vive la mujer antes de verse enfrentada a esta cirugía: depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y otros trastornos del ánimo pueden, afectar la percepción que la usuaria tenga con respecto a su condición de salud; este autor refiere que la depresión es la principal enfermedad psiquiátrica que afecta a éstas pacientes. Al estudiar mujeres con depresión pre-operatoria, evidenció un incremento de este trastorno post-quirúrgico, demostrando que la histerectomía en sí no es el factor causal del desarrollo del trastorno, sin embargo, la poca participación en la toma de decisión con respecto a someterse a la histerectomía o la cirugía de urgencia, son aspectos que influyen en la aparición de depresión u otros trastornos. Por lo tanto es relevante evaluar la condición en la que se encuentra la usuaria antes, durante y después de someterse a este procedimiento.

Jawor y cols (18) señalan que la histerectomía desencadena conflictos de autoestima y que el profesional de salud debe lidiar con los temores, creencias y ansiedad de los usuarios para prevenir síntomas depresivos posteriores al alta.

En un estudio australiano prospectivo (7), 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.

Con respecto a la histerectomía más ooforectomía, uni o bilateral, Khastgir y Studd (19), 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.

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 (20), 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 (21), evidenciando que la mujer menos informada tiene mayor predisposición a sentir las repercusiones post histerectomía. Por ello concluyen que la decisión de realizar la histerectomía debe ser tomada en conjunto (profesional de la salud-mujer), haciendo participe de esto a la pareja o familiares.

Un estudio basado en actitudes y experiencias de mujeres de distintas culturas (22) señala que a pesar de las diferencias socioculturales en la percepción acerca de la histerectomía, todas las mujeres refieren satisfacción después de la cirugía.

DIMENSIÓN FÍSICA

Con respecto a la dimensión física, se evidencia (7) que los desórdenes ginecológicos tienen un impacto negativo en los aspectos de salud en torno a su calidad de vida, ya que el exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en estas mujeres. Sin embargo, a los 6 meses posteriores a la cirugía, muestran similares niveles en su salud y funcionamiento diario en comparación al grupo control de mujeres sanas. En esta revisión se concluye que el tiempo de rehabilitación no excede los 6 meses, y en éste mismo período las mujeres vuelven a su nivel normal, mejoran su salud y retoman el diario vivir en forma óptima. Al parecer las mujeres con incisiones de Pfannesteil tienen más aspectos positivos en la calidad de vida que las mujeres con incisiones medias, ya que al ser una incisión discreta, el costo en la apariencia física es menor.

CONCLUSIONES

Existen escasos estudios que evalúen la calidad de vida en mujeres histerectomizadas, sin embargo, hay diversas publicaciones acerca

de las dimensiones que se ven afectadas en calidad de vida por separado. Esta situación demuestra que hace falta la creación de un instrumento que contenga parámetros, de las distintas dimensiones de calidad de vida relacionada a salud e histerectomía, ya que el análisis por separado puede señalar un menor efecto que al ser estudiadas globalmente. Chile carece de estudios que evalúen calidad de vida, en mujeres con trastornos ginecológicos, y en particular en este grupo de mujeres.

La presente revisión aporta a la reflexión de los profesionales del área en torno a la problemática que viven estas mujeres al momento de someterse a ésta cirugía. Frecuentemente en la práctica clínica nos enfrentamos a usuarias que traen consigo mitos, miedos y aprehensiones al momento del diagnóstico, y como profesionales de la salud no siempre nos damos el tiempo de dilucidar las inquietudes que estas mujeres no se atreven a ahondar. Es importante considerar que las mujeres que reciben una mejor atención al momento de enfrentarse al diagnóstico, con un equipo profesional que resuelve sus dudas e informa de acuerdo a sus inquietudes, demuestran sentirse más seguras y apoyadas en esta experiencia, lo que revela mejores índices de calidad de vida en relación a las pacientes que no reciben este tipo de atención.

El rol de los profesionales de salud debiera también enfocarse en la orientación, educación y apoyo emocional de las mujeres. Lamentablemente, muchos profesionales basan su atención en un modelo "tradicional" enfocado sólo a la patología que presenta la mujer, sin evaluarla integralmente. En la medida que la atención de salud se focalice en las necesidades de éstas mujeres podremos lograr que ellas sean activas en su propio cuidado.

Aún son necesarias más investigaciones con respecto a la experiencia de las mujeres histerectomizadas y el impacto que esta cirugía tiene en ellas. La medición de calidad de vida debiera ser un parámetro incluido en la práctica clínica, ya que permite valorar las intervenciones terapéuticas, así como también los posibles efectos adversos a corto y largo plazo, con respecto al proceso que viven las usuarias. Esta situación será posible en la medida que logremos entender el concepto de calidad de vida en su real dimensión y podamos ligarlo al significado de lo que llamamos comúnmente una "atención integral" de nuestras usuarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahumada S, Trujillo S. La histerectomía: repercusiones psicosociales. Documento de trabajo N° 23. SERNAM 1994, Chile.
2. Rannestad T, Eikelan O, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:46-51.
3. Hilditch J, Lewis J, Peter A, Van Maris B, Ross A, Fransen E, Guyatt, G, Dunn E. A menopause quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas* 1996;24:161-75.
4. Berlin Springer-Verlag. Organización Mundial de la Salud. Quality of life assessment: International Perspectives 1994.
5. Watkins D, Boyd C. Assessing women's sexuality after cancer therapy: Checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nurs* 2002;21:438-47.
6. Krytz D, Wingard D, Barrett E. Hysterectomy Status and life satisfaction and older women. *J Womens Health* 2002;11:181-9.
7. Naughton M. Health-Related quality of life alter hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 2002;40:947-57.
8. Kristen H, Kjerulff M, Langerberg P, Rhodes J, Harvey G, Guzinski, M, Stolley M. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95:319-26.
9. Scriven A, Tucker C. The quality and management of written information presented to women undergoing hysterectomy. *J Clin Nurs* 1997;6(2): 107-13.
10. Blumel J, Araya H, Sánchez F, Gramegna R. Prevalencia de trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Med Chile* 2000;130(10):113-38.
11. Farrell S, Keisser K. Sexuality alter hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95:1045-51.
12. Helström L, Sorborm D, Bachstrom T. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2001;74:142-6.
13. Urrutia MT, Araya, A, Villarroel L, Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2004; 69(4):301-6.
14. Harlow B, Barbieri R. Influence of education on risk of hysterectomy before age 45 years. *Am J Obstet Gynecol* 1999;150(8):843-7.
15. Halttunen M. Female sexuality does not need a uterine cervix: no need for subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:119-20.
16. Urrutia MT, Araya A. Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2005;70(3):160-5.
17. Bernhard L, Harris C, Caroline H. About hysterectomy. *Health Care Women International* 2000;18:73-83.

-
18. Jawor M, Dinter A, Marek K, Dudek D, Wojtys A, Sproch A. Anxiety-depressive disorder in woman after hysterectomy. *Psychiatr Pol* 2001;35(5):771-8.
 19. Khastgir G, Studd J. Patients' outlook, experience and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(6):1427-33.
 20. Hakim R, Benedict B, Merrick N. Quality of care for women undergoing a hysterectomy: effects of insurance and race/ethnicity. *J Womens Health* 2004; 94:1399-407.
 21. Lindberg C, Nolan L. Women's decision making regarding hysterectomy. *JOGNN* 2001;30(6):607:16.
 22. Mingo C, Herman C. Ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy and HRT. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9:27-38.
-