

Documentos

EL PROCESO DE SER HISTERECTOMIZADA: ASPECTOS EDUCATIVOS A CONSIDERAR

Alejandra Araya G. ^{1a}, María Teresa Urrutia S. ^{1a}

¹Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.

^a Enfermera-Matrona.

RESUMEN

Antecedentes: La histerectomía es una de las cirugías más frecuente en el mundo entero. La principal patología causante es la miomatosis uterina. A pesar de lo común de la cirugía, existe déficit en torno a la educación otorgada a este grupo de mujeres. *Objetivo:* El objetivo de la presente revisión bibliográfica es describir los aspectos que deben ser considerados al momento de educar a la mujer histerectomizada, específicamente las características que debiera tener el profesional, los contenidos a abordar, la metodología a utilizar, el lugar y el momento más idóneo para desarrollar la educación. *Conclusiones:* Una educación centrada en las necesidades de las usuarias es una pieza clave en el cuidado de las mujeres histerectomizadas, e idealmente debiera ser entregada a través de un programa educativo establecido, con contenidos oportunos y atingentes a las reales necesidades de las mujeres y sus parejas. Es necesario que la educación sea dinámica y organizada para de esta forma poder realmente responder a las necesidades de la mujer y su pareja a lo largo del proceso quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: *Mujer, histerectomía, educación*

SUMMARY

Background: Hysterectomy is one of the most frequent surgeries in the world. Uterine fibroids are the principal cause of the surgery. Although the hysterectomy is a common procedure, there is a deficit related to the education that women receive. *Objective:* The objective of this literature review is to describe aspects that have to be considered at the time of providing an education to the hysterectomized women. Specific aspects related to: characteristics that the professionals should have, contents to provide, methodology to use, place, and the most appropriate moment to develop the education. *Conclusions:* An education focused in women's care needs is an important piece of the care of the hysterectomized women. Ideally this education has to be provided through an established program. This program has to give opportune contents related to the real women's needs and their partner's needs. The education has to be dynamic and organized in steps in order to respond to the women's and their partner's needs during the whole surgical process.

KEY WORDS: *Women, hysterectomy, education*

INTRODUCCIÓN

La histerectomía (HT) es una de las cirugías más frecuente en Estados Unidos (1,2), y a nivel mundial (3-5). En Chile, se estima que una de cada cinco mujeres será histerectomizada (6). La miomatosis uterina es la principal patología benigna causante de HT (1,3). Según estadísticas internacionales, el 50% de las mujeres que son histerectomizadas, se les realiza además ooforectomía (7,8).

Para la mujer histerectomizada, la cirugía es una experiencia multidimensional y, sus efectos, evolucionan a lo largo del tiempo (9,10). Las mujeres refieren tener una baja educación en torno a la cirugía y sus complicaciones (11). Aquellas que son educadas refieren sentirse no satisfechas con la educación recibida (12). Estos resultados son consistentes con hallazgos nacionales (13). En Chile tres estudios han abordado aspectos de la educación de mujeres histerectomizadas. El primero, describió la experiencia de un programa transitorio de educación (6), el segundo señala las necesidades educativas de las mujeres (14) y el tercero muestra que el grado de satisfacción con la educación recibida es bajo (13).

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es describir aquellos aspectos descritos por la literatura que deben ser considerados al momento de educar a la mujer histerectomizada, con el propósito de generar líneas para establecer un programa educativo centrado en las necesidades de las usuarias.

I. Característica del profesional de la salud

Las mujeres buscan información y soporte emocional en sus familiares, amigos, y en los profesionales de la salud (12). Sin embargo, los profesionales no son la principal fuente de información, las mujeres reciben información proveniente de fuera del sistema de salud, en base a recursos no confiables en cuanto a la legitimidad de la información que proveen (7). La familia, amigas y los medios de comunicación son las fuentes de información más utilizadas por las mujeres (9).

Las mujeres reconocen como características importantes en los profesionales, que estos tengan la habilidad de ayudarlas a ordenar sus ideas y emociones, que se encuentren bien informadas(os), que establezcan una relación profesional-usuaria cercana (2), que validen sus síntomas preoperatorios, y que posean la habilidad de poder ayudarlas a tomar decisiones (7). Con respecto al sexo del profesional, algunos autores sugieren que las mujeres prefieren ser educadas por personas de su

mismo género (10,14), mientras otros no muestran asociación con esta variable (15,16).

II. Contenidos a abordar

Los contenidos relacionados con las complicaciones del procedimiento quirúrgico son un aspecto central de la educación, pero no el único. Cuidados de la herida operatoria, complicaciones de la cirugía y características de la patología causal de la histerectomía son algunas de las necesidades educativas que las mujeres chilenas señalan (14). Otras necesidades están relacionadas con: conocer la anatomía femenina, fisiología, la menopausia quirúrgica, el procedimiento quirúrgico, cese de la menstruación, significado del cese de la fertilidad y efectos de la histerectomía en su sexualidad (10).

1. Proceso de toma de decisión. Las mujeres refieren recibir poca información sobre los distintos tipos de histerectomía por parte de sus médicos (12). A través de los medios de comunicación, las mujeres están conscientes de que existen distintas técnicas quirúrgicas, sin embargo, los médicos ofrecen pocas oportunidades para explicar la elección del tipo de HT (17-18). Para mejorar la toma de decisión de las mujeres, los esfuerzos deben centrarse en mejorar la comunicación entre ellas y los médicos tratantes y equipo de salud (4). Los profesionales deben contribuir a la toma de decisión a través de una consejería adecuada a las necesidades de las mujeres. En este proceso influyen el miedo por la cirugía y por la recuperación, especialmente cuando han sufrido síntomas preoperatorios por un tiempo prolongado (12). Incorporar a la pareja, explorar los mitos y creencias, las connotaciones negativas sobre esta cirugía es el punto de partida de la educación, ya que estos factores influyen en el retraso de la toma de decisión de la cirugía (19).

2. Anatomía. El objetivo es entregar contenidos básicos y simples en torno a cómo se afectará la anatomía femenina durante la cirugía (2). Es necesario abordar el tema de una manera simple e incorporando a la pareja en el proceso. Una educación oportuna en este aspecto contribuirá a eliminar connotaciones negativas sobre esta cirugía basados en mitos y creencias populares (12).

3. Riesgo y temores relacionados con la cirugía. El nivel de mortalidad de la HT es entre el 0,1% y 0,3% (1). Los riesgos quirúrgicos más comunes, con una técnica quirúrgica bien realizada, son la infección y las complicaciones anestésicas (7). Proporcionar información sobre el cuidado de la herida operatoria, tipo y posibles complicaciones anestésicas, régimen alimentario más apropiado postquirúrgico (12), deambulacion precoz post-cirugía e informa-

ción en torno a la aparición de signos y síntomas de la trombosis venosa profunda (20) son contenidos necesarios de considerar. Se debe considerar que las mujeres a las que realizan una extracción bilateral de los ovarios, necesitan además recibir contenidos en torno al abrupto cese hormonal y a las complicaciones a largo plazo que esto implica, tal como: enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y disfunción sexual (8). Las mujeres refieren tener escasos conocimientos de los efectos secundarios de la extracción de los ovarios y, por lo general, cuando reciben alguna educación se remite solo a los efectos adversos de la terapia de reemplazo hormonal (11). Bhavnani y Clarke señalan que un bajo porcentaje de mujeres se inclina por ooforectomía durante la HT; factores como ansiedad, conocimiento sobre los efectos secundarios de la ooforectomía y el riesgo de cáncer ovárico son los argumentos que las mujeres utilizan a la hora de tomar la decisión con respecto a la cirugía (11). Las mujeres manifiestan "dudas" frente al procedimiento quirúrgico, miedo a la cirugía y a la anestesia, y el dolor del postoperatorio (5). La literatura refleja distintos temores que las mujeres refieren al momento de hysterectomizarse como, por ejemplo, el miedo a la muerte (12). Uno de los miedos más repetitivos en la literatura es el miedo que las mujeres sienten de perder a sus parejas, miedo a dejar de ser deseadas sexualmente y miedo a perder su propio deseo sexual (21). Además las mujeres reportan miedo al rechazo y al ridículo social por ser hysterectomizadas (19).

4. Aspectos de la sexualidad. Las mujeres no se encuentran informadas en torno a las consecuencias de la hysterectomía en su funcionamiento sexual (15). Un estudio nacional señala que la calidad de la vida sexual de la mujer hysterectomizada dependerá en el mayor porcentaje de variables prequirúrgicas tales como: calidad de vida sexual de la mujer, comunicación de pareja y la frecuencia de orgasmo (22), hallazgo que coincide con la literatura internacional (2). La presencia de ooforectomía fue la cuarta variable que ingresó al modelo antes descrito, conformando, en conjunto con las anteriores una predicción del 40% de la variable en estudio. Si bien el modelo logra predecir parcialmente la sexualidad de las mujeres hysterectomizadas, resulta ser un buen punto de partida al momento de abordar un fenómeno multidimensional como es la sexualidad femenina afectada por la HT. La literatura nacional e internacional es cada vez más consistente en señalar que el funcionamiento sexual de la mujer hysterectomizada puede verse no afectada o mejorar producto de la HT (7,8,9,12,15,19,22,23). Los estudios que reportan mejorías señalan que la

hysterectomía puede incrementar la libido secundario al cese de los síntomas preoperatorios, la eliminación de la posibilidad de embarazo y a la liberación de no tener menstruaciones (9). Un estudio chileno no demostró alteraciones en la frecuencia de relaciones sexuales; presencia y frecuencia de orgasmo, a los seis meses de seguimiento (23), reafirmando la idea que la sexualidad de la mujer no se ve afectada negativamente como consecuencia de la cirugía. La función sexual preoperatoria es un buen predictor de la sexualidad de la mujer post hysterectomía (7,22). La frecuencia sexual preoperatoria, la excitación, frecuencia de deseo sexual, frecuencia de simple o múltiple orgasmo son buenos predictores del funcionamiento sexual postoperatorio (8). Sin embargo, la ooforectomía aparece como un factor que influye negativamente en la vida sexual post-cirugía (15,22). Los profesionales deben abordar y discutir las expectativas de la mujer en torno a su desempeño sexual post-hysterectomía, ya que influyen al momento de reiniciar la actividad sexual post-quirúrgica (23). Es elemental educarlas en cuanto al rol que tiene el útero en la fase de excitación, en el orgasmo (9), y sobre las fases de la respuesta sexual humana (15). Las parejas de las mujeres hysterectomizadas describen una disminución de la actividad sexual debido a que sus parejas experimentan malestar o miedo a dañarlas (3). El reinicio de la relaciones sexuales, cercano a los 52 días en un grupo de mujeres chilenas (23), debe ser discutido en el contexto de un periodo de transición hasta llegar a las características de la sexualidad preoperatoria (24,25). Junto a lo anterior los profesionales de la salud deben estar preparados también para educar y aconsejar las posiciones sexuales más cómodas, para disminuir el impacto de la penetración vaginal (9).

5. Aspectos positivos y negativos de la cirugía. Dentro de los aspectos positivos, se encuentran el alivio de los síntomas pre-operatorios como: dispareunia, dismenorrea, sangramiento irregular, fatiga, dolor pélvico, limitación de las actividades de la vida diaria, baja de ánimo, irritación, nerviosismo y síntomas depresivo (2,7,8,12). Otros aspectos positivos son: la libertad frente al riesgo de embarazo, sentirse libre de no manchar la ropa con el sangramiento vaginal, el mejoramiento de la autoestima y de la sexualidad (12,19). Dentro de los aspectos negativos percibidos por las mujeres se encuentra la incapacidad de tener hijos y la estigmatización consecuente por ser "hysterectomizada" (12).

6. Significado de la hysterectomía, la perspectiva femenina y masculina. Dar una educación culturalmente sensible y comprensiva es una de las herramientas que los profesionales tienen para disminuir

los retrasos innecesarios al momento de optar por la cirugía (19). Un estudio realizado por Richter y cols, señala que las mujeres tienen la creencia que sus parejas preferirían dejarlas si se enteran de su cirugía, por esta razón las mujeres no cuentan que han sido histerectomizadas (26). Otro autor señala que las mujeres reciben consejos de sus cercanos de "no contar" a sus parejas sobre su cirugía (21). Incorporar a la pareja durante el proceso quirúrgico es otro aspecto necesario y a la vez, un aspecto frecuente olvidado. Para la mujer, el apoyo proveniente de su pareja es más importante que el apoyo de familiares o amigos, además el soporte de la pareja contribuye a su recuperación post-quirúrgica (3). Un estudio chileno señala que a las mujeres les hubiese gustado que sus parejas hubiesen recibido educación, reafirmando así el concepto que es una necesidad real de las mujeres (14). Los hombres refieren una limitación en el conocimiento del proceso quirúrgico, poseen una baja información en torno al ajustamiento posterior en la vida sexual de la pareja, y no se identifican como un buen soporte en la toma de decisión de la cirugía (3), lo que concuerda plenamente con la perspectiva femenina (26). La desinformación masculina refuerza las creencias negativas e incrementa el miedo de las mujeres (19). Los hombres manifiestan la necesidad de ser educados sobre el sistema reproductivo femenino (12), sobre la vida sexual post-quirúrgica, y sobre la cirugía en sí (3). Sin embargo, ellos mismos señalan barreras de género al momento de querer conseguir la información y reportan dificultades para hablar del tema abiertamente con amigos(as) (26). Los hombres tienen actitudes negativas sobre la histerectomía, por ejemplo, manifiestan que las mujeres son menos deseables en la esfera sexual (12), que se encuentran incapacitadas de satisfacer a sus parejas sexualmente (21), y tienen la visión que "la mujer no está completa" después de la cirugía (19). Richter y cols encontraron además que los hombres ocupan palabras con connotaciones negativas para referirse a las mujeres histerectomizadas; este contexto contribuye a disminuir la autoestima de la mujer y al retraso de la cirugía (26). Este es un área poco explorada. Es fundamental incorporar a la pareja durante el proceso de toma de decisión de la cirugía como también durante el seguimiento. Una pareja informada es un potente recurso de apoyo a la mujer.

III. Metodología: cuándo, cómo y dónde educar

La HT es un procedimiento electivo en su gran mayoría (7), lo que implica que las mujeres tienen tiempo de ser educadas adecuadamente antes del

procedimiento quirúrgico. El mejor momento para educar a la mujer es variable y depende de cada situación en particular (9), sin embargo, existe consenso de que las mujeres prefieren recibir la información antes de ingresar al hospital (4). Las mujeres señalan preferencia por ser educadas en forma individual y con utilización de medios audiovisuales (10,14). La entrega de la información debe ser entregada de manera fraccionada, por lo cual, es necesario que los profesionales de la salud aborden los contenidos educativos en distintas etapas del proceso. La literatura señala que dentro de los medios educacionales más efectivos se encuentran: la consulta individual y la educación durante todo el proceso quirúrgico (27), es decir, pre y post-histerectomía, reafirmando el concepto de la necesidad de contar con programas educativos a corto y largo plazo. Los profesionales de la salud no discuten aspectos de la sexualidad de las mujeres que atienden, incluso en aquellas mujeres que serán sometidas a una HT (15). En este mismo sentido, Katz señala que los profesionales no conversan como rutina sobre las prácticas sexuales de sus pacientes, por lo que tampoco ofrecen consejería en esta área (2). A su vez, las mujeres refieren que existen barreras a la hora de hablar de sexualidad con los profesionales de la salud (15). Sentirse avergonzada o sin el entrenamiento adecuado son algunas de las razones por las cuales algunos profesionales no abordan aspectos de la sexualidad con sus pacientes (24,28); para ellos hablar de estos temas es una manera de invadir la privacidad de las usuarias, y en general, esperan que ellas toquen primero el tema (2). Un buen punto de partida, sugerido por la literatura, es que los profesionales analicen sus actitudes en torno al tema (9), así como también, que se apoyen en capacitaciones destinadas a desarrollar habilidades en el trato de aspectos sensibles con sus usuarias (2). Las estrategias sugeridas para hablar de sexualidad con las usuarias son: tratar el tema de forma individual, con preguntas abiertas que estimulen el diálogo (24). Se aconseja que sea el profesional de la salud que proponga el tema, que pregunte directamente y que haga sentir cómoda a la mujer (9). Una buena comunicación es esencial para hacer sentir cómoda a la paciente (2). La sexualidad es parte de la vida de las mujeres, constituye una parte de su cuidado integral, así como también, una parte del cuidado que los profesionales deben entregar a las mujeres histerectomizadas. La comunicación en torno a la sexualidad no solo está afectada porque los profesionales no abordan el tema, sino que también porque las mujeres no discuten estos aspectos con los profesionales (29). Si los profesionales son ca-

paces de tocar el tema sexual de una forma normal, las mujeres se sentirán más cómodas, abiertas para contar sus dificultades y para solicitar ayuda.

CONCLUSIONES

La importancia de contar con programas educativos destinados específicamente a mujeres en proceso de ser histerectomizadas es reconocido a nivel nacional (14,25) y mundial (10,12). Proponemos que los servicios de atención primaria y/o secundaria de salud cuenten con un programa educativo a corto y largo plazo destinado a abordar las necesidades educativas del grupo de mujeres histerectomizadas y sus parejas. La literatura es consistente en señalar que el proceso educativo debe considerar un periodo peri-operatorio (13,14), un periodo de transición (25) y un periodo a largo plazo (10,12). Los beneficios de contar con un programa educativo son que las mujeres disminuyen su ansiedad frente al procedimiento quirúrgico, contribuye al proceso de toma de decisión, disminuyen el dolor post-operatorio, y estimulan el desarrollo de conductas de autocuidado peri operatorio (15). Una limitación de esta revisión bibliográfica es que solo considera aspectos educativos orientados a mujeres con histerectomía programada; lo que implica que deja fuera a todas aquellas mujeres con histerectomía de urgencia. Existe escasa literatura en torno a este tema, Wade y cols postulan que existen diferencias en las necesidades educativas entre las mujeres que se someten a una histerectomía sin haber completado el número de hijos planificado con su pareja versus las que no (10). Futuras investigaciones son necesarias en nuestro país en áreas como necesidades educativas de las parejas de las mujeres histerectomizadas y las necesidades educativas de las mujeres sometidas a una histerectomía no programada, de tal manera que entreguen información sobre como contribuir a planificar un cuidado humanizado a las mujeres histerectomizadas y sus parejas. Una educación centrada en las necesidades de las usuarias es una pieza clave en el cuidado de la mujer, e idealmente debiera ser entregada a través de un programa educativo establecido, con información oportuna y atingente a las reales necesidades de las mujeres histerectomizadas y sus parejas.

BIBLIOGRAFÍA

- Brill AI. Hysterectomy in the 21st century: different approaches, different challenges. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49(4):722-35.
- Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *J Adv Nurs* 2003;42(3):297-303.
- Chou CC, Lee TY, Sun CC, Lin SS, Chen LF. Husbands' experiences before wives' hysterectomy. *J Nurs Res* 2006;14(2):113-22.
- Skea Z, Harry V, Bhattacharya S, Entwistle V, Williams B, MacLennan G, *et al.* Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. *BJOG* 2004;111(2):133-42.
- Fleming V. Hysterectomy: a case study of one woman's experience. *J Adv Nurs* 2003;44(6):575-82.
- Ahumada A, Aliaga P, Bolívar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2001;12(3):229-34.
- Lindberg CE, Nolan LB. Women's decision making regarding hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30(6):607-16.
- Sharts-Hopko NC. Hysterectomy for nonmalignant conditions. *Am J Nurs* 2001;101(9):32-40.
- Katz A. Sexually speaking. Sexuality and hysterectomy: finding the right words. *Am J Nurs* 2005;105(12):65-8.
- Wade J, Pletsch PK, Morgan SW, Menting SA. Hysterectomy: what do women need and want to know? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;29(1):33-42.
- Bhavnani V, Clarke A. Women awaiting hysterectomy: a qualitative study of issues involved in decisions about oophorectomy. *BJOG* 2003;110(2):168-74.
- Williams RD, Clark AJ. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9 Suppl 2:S15-25.
- Urrutia MT, Araya A, Riquelme P. Satisfacción con la educación recibida en un grupo de mujeres histerectomizadas. *Cienc Enferm*. 2008 (en prensa).
- Urrutia MT, Riquelme P, Araya A. Educación de mujeres histerectomizadas: ¿Qué desean saber? *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 6(71):410-6.
- Bradford A, Meston C. Sexual outcomes and satisfaction with hysterectomy: influence of patient education. *J Sex Med* 2007;4(1):106-14.
- Neefus MS, Taylor ME. Educational needs of hysterectomy patients. *Patient Couns Health Educ* 1982 4th Quart;3(4):150-5.
- Guezo J. Total abdominal hysterectomy: development of a patient-centred care pathway. *Nurs Stand* 2003;18(3):38-42.
- Entwistle V, Williams B, Skea Z, MacLennan G, Bhattacharya S. Which surgical decisions should patients participate in and how? Reflections on women's recollections of discussions about variants of hysterectomy. *Soc Sci Med* 2006;62(2):499-509.
- Augustus CE. Beliefs and perceptions of African American women who have had hysterectomy. *J Transcult Nurs* 2002;13(4):296-302.
- Buhs CL, Bendick PJ, Glover JL. The effect of graded compression elastic stockings on the lower leg venous system during daily activity. *J Vasc Surg* 1999;30(5):830-4.
- Bernhard LA. Consequences of hysterectomy in the lives of women. *Health Care Women Int* 1992;13(3):281-91.
- Urrutia MT, Araya A, Rivera S, Viviani P, Villarroel L. Sexualidad de la mujer histerectomizada: modelo pre-

- dictivo al sexto mes posterior a la cirugía. *Rev Med Chil* 2007;135(3):317-25.
23. Urrutia MT, Araya A, Villaroel L, Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(4):301-6.
 24. Woodson S. Sexual health across the lifespan. *AWHONN Lifelines* 1997;1(4):34-9.
 25. Urrutia MT, Araya A. Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70(3):160-5.
 26. Richter D, McKeown R, Corwin S, Rheaume C, Fraser J. The role of male partners in women's decision making regarding hysterectomy. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;2(9):51-61.
 27. Scriven A, Tucker C. The quality and management of written information presented to women undergoing hysterectomy. *J Clin Nurs* 1997;6(2):107-13.
 28. Wilson ME, Williams HA. Oncology nurses' attitude and behaviors related to sexuality of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1988;15(1):49-53.
 29. Dragisic KG, Milad MP. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(5):1416-8.
-