

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES  
HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL  
PERIODO DE ENERO 2011- DICIEMBRE 2014”**

**PRESENTADO POR:**

**BACH. LISSETH DYANA RIVERA OCHOA**

**ASESOR:**

**DR. PEDRO ANIVAL NOVOA AVALOS**

**TACNA-PERU**

**2016**

## **DEDICATORIA**

Dedicado al creador, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, enseñándome a valorar todo lo que tengo.

A mi madre, quien me enseñó el valor de la responsabilidad, a tomar decisiones, también por su apoyo incondicional, su paciencia.

A mi padre por su fe, porque no faltó lo necesario para estudiar y vivir sin preocupaciones.

A mi hermana por sus consejos sobre la vida, por su confianza, por esas palabras de perseverancia y superación.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios por darme la oportunidad de tener y disfrutar de mi familia.

Gracias a ellos por apoyarme en cada decisión, por hacerme recordar que el que cae más veces, adquiere fortaleza y por abrazarme cuando más lo necesitaba.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados quiénes sin esperar nada a cambio compartieron conocimientos, alegrías y tristezas.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes histerectomizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Hipólito Unanue durante el periodo enero 2011-Diciembre 2014.

**Material y método:** Estudio analítico, observacional, de corte trasversal y prospectivo. La población final de trabajo correspondió a un tamaño de 67 pacientes según criterios de inclusión y exclusión.

**Resultados:** La edad más frecuente fue de 45 a 49 años (38.8%) seguido del grupo con 40 a 44 años (29.9%). Según ocupación, el 47,8% de las mujeres eran comerciantes, el 25,4% amas de casa y un 20,9% trabajadoras independientes. Según el nivel de instrucción el 38,8% contaban con secundaria completa, seguido del 23,9% con secundaria incompleta y un 17,9% tenían superior completa. La dimensión con menor promedio es Rol Emocional (media: 11,56) seguido por Rol Físico (media: 18.37). Ambas dimensiones son las más severamente comprometidas. Las dimensiones mejor percibidas son Función Física (media: 71.26) y Función Social (media: 70.33).

**Conclusiones:** existe diferencia altamente significativa entre las dimensiones asociadas al componente físico versus el componente mental. Las escalas asociadas al componente mental son las más comprometidas. A mayor edad existe mayor daño en el componente mental, es decir es peor su estado de salud en este componente. En el nivel de instrucción podemos afirmar que a menor grado de instrucción existe mayor daño en el componente mental, es peor en su estado de salud en dicho componente.

**Palabras Clave:** Histerectomía, Calidad de vida, Ginecología

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the quality of life related to health, you hysterectomy patients in the department of gynecology and obstetrics Hipolito Unanue Hospital. Period January 2011-December 2014

**Methods:** Analytical, observational, cross-cutting of prospective study The study population was 67 patients; according to inclusion and exclusion criteria.

**Results:** The most frequent age was 45 to 49 years (38.8%) followed by the group 40-44 years (29.9%). According to occupation, 47.8% of women were merchants, the housewives 25.4% and 20.9% self-employed. Depending on the level of education 38.8% had completed secondary school, followed by 23.9% with incomplete high school and 17.9% had higher complete. The dimension with smaller average Role Emotional (average: 11.56) followed by Role Physical (average: 18.37). Both dimensions are the most severely compromised. The dimensions are better perceived physical functioning (average: 71.26) and (average: 70.33) Social Function.

**Conclusions:** There is highly significant difference between the dimensions associated with the physical component versus the mental component. Dimensions associated with mental component are the most committed. The older there is more damage on the mental component, that is to say their health worse in this component. At the level of education we can say that the lower the level of education there is more damage on the mental component, it is worse in his health in that component.

**Keywords:** hysterectomy, quality of life, Gynecology

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN .....                                      | 1  |
| CAPÍTULO I.....   | 2  |
| EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....                      | 2  |
| 1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA .....                   | 2  |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....                       | 3  |
| 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....                 | 3  |
| 1.4 JUSTIFICACIÓN .....                                 | 4  |
| 1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....                         | 5  |
| CAPÍTULO II .....                                       | 7  |
| REVISIÓN DE BIBLIOGRÁFICA .....                         | 7  |
| 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....               | 7  |
| 2.2 MARCO TEÓRICO .....                                 | 12 |
| CAPÍTULO III .....                                      | 31 |
| HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES ..... | 31 |
| 3.1.-.HIPÓTESIS .....                                   | 31 |
| 3.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....         | 31 |
| CAPÍTULO IV .....                                       | 33 |
| 4.1 DISEÑO.....   | 33 |
| 4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO .....                             | 33 |
| 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....                            | 33 |
| 4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....         | 34 |
| CAPÍTULO V .....  | 41 |
| PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS .....               | 41 |
| CAPITULO VI.....  | 42 |
| RESULTADOS .....  | 42 |

|                       |    |
|-----------------------|----|
| DISCUSIÓN .....       | 51 |
| CONCLUSIONES .....    | 56 |
| RECOMENDACIONES ..... | 58 |
| BIBLIOGRAFÍA.....     | 59 |
| ANEXO 1 .....         | 64 |

### ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL AÑO DE LA<br>HISTERECTOMIA.....   | 42 |
| TABLA 2. DISTRIBUCION DE EDAD, OCUPACION Y NIVEL DE<br>INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.....   | 43 |
| TABLA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUA SEGÚN LUGAR PROCEDENCIA,<br>ESTADO CIVIL, CONDICION SOCIECONOMICA E HIJOS DE LAS<br>PACIENTES HISTERECTOMIZADAS..... | 44 |
| TABLA 4. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON<br>LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES<br>HISTERECTOMIZADAS.....            | 45 |
| TABLA 5 CORRELACION DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE<br>SALUD EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.....   | 47 |
| TABLA 6. CORELACION D E LOS COMPONENTES FISICA Y MENTAL<br>SEGÚN DIMENSIONES EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.....                                     | 48 |
| TABLA 7. PRINCIPALES CARACTERISTICAS ASOCIADAS AL<br>COMPONENTE MENTAL EN PACIENTES HISTERECTOMIADAS.....  | 50 |
| TABLA 8 SALUD ACTUAL COMPARADA CON LA SALUD DEL AÑO DE SU<br>HISTERECTOMIA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS<br>.....                                   | 52 |

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una palabra de origen griego que significa hystera vientre o útero y ektomia recortar o retirar, definiéndola como la extracción del útero o matriz, (1) constituye la segunda cirugía más usada en mujeres en edad fértil luego de la cesárea, por esto cada día más ginecólogos se interesan en buscar técnicas de menor invasión (2). En Estados Unidos se realizaron cerca de 3.100000 histerectomías, entre 2000 y 2004, el grupo de edad más operado fue entre los 40 y 44 años, con un promedio de aproximadamente 600000 histerectomías al año, una mortalidad del 0.38 por cada 1000 procedimientos, afecta a un 20% de la población femenina en Chile. Presenta una incidencia en Perú de 3,12 por cada 1000 partos y 12,39 por cada 1000 abortos, su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 35-49 años. (3). En ellas se presentan efectos sociales, físicos y psicológicos, en este último a su vez ocurren problemas emocionales, el 40% de ellas muestran una franca reacción depresiva, en un 100% una reacción de ansiedad, 90 % de nivel ligero y solo 10 % de un nivel moderado, alrededor de estos se han tejido mitos y creencias como resultado de la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las persona (4). A pesar del impacto de la histerectomía en la calidad de vida de estas mujeres, son escasas las investigaciones que estudien dicha relación.

El cuestionario de salud SF-36 es una escala genérica que ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes, muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio. (5)

Este estudio se realizó para comprender mejor las necesidades, expectativas predominantemente en el ámbito emocional y así lograr en el futuro intervenciones en el cambio de la recuperación y rehabilitación psicológica de las pacientes sometidas a este tipo de intervención quirúrgica.



## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, constituye el segundo tipo de la cirugía mayor, después de la cesárea, en mujeres de edad reproductiva, se realizan en Estados Unidos alrededor de 600000 histerectomías anualmente, con una tasa de mortalidad de 0.4%, afecta a un 20% de la población femenina en Chile, es decir una de cada cinco mujeres en algún momento de sus vidas se verá sometida a esta cirugía; su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 40-44 años (6).

En términos generales, la gran mayoría de las histerectomías se realizan para aliviar los síntomas de dolor, sangrado, o ambas cosas, podríamos clasificarlo en enfermedades benignas y enfermedades malignas, de acuerdo con las estimaciones actuales los leiomiomas uterinos, el prolapso uterino, y la endometriosis son las indicaciones más frecuentes, representando el 70% de las histerectomías. Aproximadamente el 10% de las histerectomías en Estados Unidos se llevan a cabo por malignidad. En mujeres en edad reproductiva, los fibromas uterinos y las irregularidades menstruales son las indicaciones más frecuentes. En las mujeres posmenopáusicas, el prolapso uterino y la enfermedad premaligna o maligna son las indicaciones más frecuentes (7).

En los últimos años, la histerectomía progresivamente se ha presentado como un acontecimiento de importancia en la vida de las mujeres más que todo en las premenopáusicas ya sea por ser una de las operaciones más realizadas, y porque de acuerdo al estudio de varios autores pueden causar efectos psicológicos, sociales y físicos, agregándose a ello creencias, actitudes y estereotipos negativos ya sea por parte de las mismas pacientes como de la población en

general, un ejemplo de ello es el uso de calificativos para referirse a una mujer sin útero como “hueca”, “hoyo seco”, “menos mujer”, “inservible”, entre otros produciendo cambios en el auto-concepto así como depresión, disfunción sexual, disminución de la libido y ansiedad(6).

En lo psicológicos, se presenta el ámbito emocional, un ejemplo de ello es que en un 40 % se muestra depresión, en un 100% ansiedad (4), que no sólo la afectan a ella, sino a todo su entorno familiar.

Es por este motivo, que es trascendental estudiar la Calidad de Vida de este tipo de pacientes, y buscar identificar en qué medida la vida de estas pacientes se ve afectada por dicha intervención. A pesar del impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las mujeres, son escasas las investigaciones que estudien dicha relación, ya sea en el Perú y menos aún en la ciudad de Tacna, frente a esta realidad, vemos por conveniente e importante desarrollar e investigar este tema.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la calidad de vida relacionada con la salud según el test SF- 36 en pacientes histerectomizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2011 al 2014?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes histerectomizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital

Hipólito Unanue durante el periodo Enero 2011-Diciembre 2014.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- a) Conocer las principales características sociodemográficas de la pacientes histerectomizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Hipólito Unanue durante el periodo enero 2011-Diciembre 2014.
  
- b) Identificar las dimensiones mayormente comprometidas (Función Física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud mental)
  
- c) Identificación de mejora según las principales características sociodemográficas de la pacientes histerectomizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Hipólito Unanue durante el periodo enero 2011-Diciembre 2014.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

En esta investigación se pretende determinar cuál es la calidad de vida en salud de las pacientes histerectomizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero 2011 - Diciembre 2014.

Independientemente de su causa, que sería muy difícil de determinar, se pretende medir el estado de salud desde la percepción de la paciente, para adoptar medidas de apoyo (5). La detección precoz de complicaciones y de

oportunidades de mejora permite una reintegración normal a las actividades cotidianas y un desenvolvimiento adecuado.

La investigación busca generar información que sirva de base para educar a las pacientes, familiares y al mismo profesional de salud permitiendo de esta manera desarrollar habilidades, capacidades para ordenar las ideas, emociones además de ello para que tengan un nivel de conocimiento correcto y adecuado que no distorsione la expectativa de vida de las mujeres que son sometidas a esta intervención y por lo contrario permita afianzar lazos de cariño y apoyo en el entorno familiar lo cual ayude a una correcta recuperación y una integración más rápida al entorno social, así también se pretende orientar con estos resultados, a los profesionales de salud para desarrollar habilidades y capacidades de poder ayudarlas a ordenar sus ideas, emociones y toma de decisión.

Todo ello permitirá implementar programas de educación preventiva en aulas, escolares y universitaria.

## **1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**Calidad de vida:** La definición planteada por la OMS percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e interés y preocupaciones (8).

**Calidad de vida relacionada con la salud:** medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuela, el tratamiento y /o las políticas de salud (9).

**Histerectomía:** Es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del útero o matriz (3).

**Histerectomía abdominal:** Es un procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero a través de una incisión en el abdomen (6).

**Histerectomía vaginal:** Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero por vía vaginal (6).

**Histerectomía laparoscópica:** Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero a través de incisiones laparoscópicas. Se han perfeccionado varias técnicas laparoscópicas para la histerectomía y varían dependiendo del grado de disección, incluyen la laparoscopia diagnóstica antes de la histerectomía vaginal, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, histerectomía por laparoscopia, histerectomía total por laparoscopia (6).

**Útero:** Es un órgano muscular, hueco fibromuscular situado entre la vejiga y el recto (6).

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Miranda C. realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar el impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo febrero - agosto 2012. La investigación fue de tipo descriptivo - transversal, estuvo constituido por 50 pacientes histerectomizadas del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, obteniendo lo siguiente: la edad media de la población de estudio fue de 44 años con un rango edad comprendido entre los 35 y los 55 años, el estado civil que predominó fue el casado con el 60% del grupo, la escolaridad la instrucción primaria es de 46% seguido por el grupo que tiene instrucción secundaria con el 28%. De acuerdo a la procedencia el grupo rural representó el 60% y el urbano el 40%. En cuanto a la ocupación las labores domésticas predominaron con el 86% seguido por otras ocupaciones con un porcentaje similar y mínimo. La condición socioeconómica que predominó fue regular con el 50%, seguido por el de mala con el 36%, en cuanto al tipo de cirugía más empleada fue la de tipo abdominal con un 92%, y la de tipo vaginal tuvo apenas un 8%. En lo referente acerca de que si las pacientes recibieron información médica pre-quirúrgica el 96% tuvo una respuesta afirmativa y el 4% fue negativa. En cuanto a si las pacientes recibieron información médica post-quirúrgica el 92% tuvieron una respuesta afirmativa y el 8% fue negativa. De acuerdo al tipo de información que recibieron el 52% tuvo una información poco precisa, seguida por 34% que refirió que esta fue escasa, el 8% dijo que esta fue clara y precisa y el 6% se refiere a esta como escasa. El análisis demostró que el

42% del grupo vive con una calidad de vida considerada como regular, el 30% manifestó que tiene una mala calidad de vida, el 18% refirió como buena su calidad de vida, el 6% como muy buena y el 4% como pésima. Se definió que la calidad de vida es peor en aquellos pacientes que recibieron información médica poco precisa-escasa pre-post/histerectomía. En el estudio no se encontró relación entre el tipo de abordaje quirúrgico y la apreciación de calidad de vida.(6)

Cerda P., Pino Ch., Urrutia M. realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar la calidad de vida en mujeres histerectomizadas; La histerectomía afecta a un 20% de la población femenina en Chile; su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 35-49 años. Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros. La presente revisión pretende dar a conocer como la histerectomía afecta la calidad de vida y sus diferentes dimensiones en las usuarias, con el propósito de contribuir al conocimiento del tema y colaborar para un mejor enfrentamiento de estas usuarias. A pesar del impacto de la histerectomía en la calidad de vida de estas mujeres, son escasas las investigaciones que estudien dicha relación. Al comparar la calidad de vida entre mujeres sanas y mujeres histerectomizadas, estas tuvieron similares niveles de calidad de vida, en los dominios: funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica. La mujer 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.(8)

Urrutia M., Araya A., Flores C, Jara D., Silva S., Lira M. realizaron un estudio cuyo objetivo fue el de describir el significado de la histerectomía para un grupo de mujeres sometidas a esta cirugía. El método que usaron fue el de un estudio cualitativo realizado en 52 mujeres histerectomizadas. Para la recolección de los datos se utilizaron entrevistas en profundidad y grupos focales. En los resultados se identificaron 6 dimensiones: síntomas previos, alivio de no tener útero, mitos y creencias, significado del útero y de la cirugía, miedo y sexualidad. Considerar a la histerectomía solamente como tratamiento de una enfermedad sería una visión sesgada de la realidad que vive la mujer, y por lo tanto, alejada de las necesidades que ellas y sus parejas tienen. Las conclusiones fueron que los profesionales que intervienen a la mujer deben comprender el proceso complejo que significa para ella asumirse como mujer histerectomizada(10).

Coutinho C. Meneses I., Costa O. realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar y analizar la repercusión de la histerectomía en la vida de la mujer en edad reproductiva. Fue un estudio cualitativo de tipo descriptivo-exploratorio, fueron entrevistadas doce mujeres en periodo postoperatorio después de la histerectomía. La investigación se realizó en la clínica ambulatoria de ginecología de un hospital especializado en atención a la mujer y al niño, en Río de Janeiro, entre julio y octubre de 2006. Se realizó un análisis temático y emergieron dos categorías: Vida prequirúrgica: vinculada a la enfermedad y Vida posquirúrgica: adaptación. Algunas mujeres refirieron una influencia benéfica de la histerectomía, trayendo la resolución de problemas, con una connotación de cura. Sin embargo, para otras significó una pérdida difícil. Factores como sexualidad, sensación de vacío y cuestiones relacionadas a la reproducción, generaron incertidumbre en el imaginario de estas mujeres. Llevar en consideración estos factores es fundamental para implementar una atención específica capaz de atender las necesidades de esta clientela (11).



Barbosa M.; Moura D. Pinto M.; Komura L.; Garofalo A. realizaron un estudio cuyo objetivo fue comprender las experiencias y expectativas de las mujeres sometidas a histerectomía. La referencia filosófica del estudio fue la fenomenología social de Alfred Schütz. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con diez mujeres que se sometieron a histerectomía electiva. El análisis de las declaraciones mostró que la mujer, ante la necesidad de histerectomía, evoca mitos y constructos sociales referentes a la extirpación del útero y los trasciende, decidiendo realizar la cirugía debido a los signos y síntomas vividos diariamente. Al ser sometida a histerectomía, pasa por un proceso positivo de cambios, con mejor vida sexual y mejores relaciones sociales. Se proyecta buscar calidad de vida, considerando sus necesidades biopsicosociales sentidas en ese periodo de su ciclo vital. Conocer las vivencias de mujeres después de la histerectomía ofrece subsidios a los profesionales de salud que ofrecen cuidados para esa clientela, señalizando acciones conforme sus experiencias y expectativas de cuidado.(12)

Morales E., Huerta M, Paramo D., Capaccione K. realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar los puntajes del autoconcepto obtenidos por un grupo de mujeres antes y un año después de que fueron sometidas a histerectomía. Material y métodos: estudio prospectivo en el que participaron 44 mujeres de 30 a 60 años. Ninguna tenía antecedentes de trastornos psiquiátricos o de uso de fármacos antipsicóticos y/o antidepresivos. El autoconcepto de las mujeres se evaluó con la escala de Tennessee, que incluye una evaluación global y nueve sub-escalas específicas, y que ha sido previamente validado en población mexicana. Para analizar la información se elaboró un programa de computadora y los datos se analizaron con la prueba T para muestras dependientes. Los resultados fueron que la edad y escolaridad promedio y desviación estándar ( $X \pm DE$ ) de las participantes fue de  $44,5 \pm 6,9$  y  $5,8 \pm 3,6$  años respectivamente; 39

mujeres de las 44 completaron su evaluación un año después. La calificación global del autoconcepto disminuyó significativamente un año después de que se les practicó la histerectomía ( $642,3 \pm 73,7$  vs.  $592,1 \pm 34$ ;  $p < 0,001$ ). Ocho de las nueve subescalas también disminuyeron significativamente ( $p < 0,01$ ). La conclusión fue que el autoconcepto y ocho sub-escalas de éste disminuyeron significativamente en este grupo de mujeres sometidas a histerectomía. El efecto que pudieran tener la ansiedad que produce la cirugía y el duelo provocado por la esterilidad se evitaron en este estudio al evaluar a las mujeres un año después del procedimiento. El efecto psicosocial de este tipo de cirugías debe considerarse en la preparación de las pacientes y de sus parejas.(13)

Urrutia M., Riquelme P. realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el significado que tiene la histerectomía para mujeres chilenas, beneficiarias de un hospital público de la Región Metropolitana de Santiago, Chile. Se aplicó un estudio transversal descriptivo, de tipo cualitativo, sobre el significado que 120 mujeres histerectomizadas asignan a esa cirugía. Se describen 3 temas que reflejan el significado de la extracción del útero: pérdida, tristeza-dolor, y mejoría de una enfermedad. El promedio de edad fue  $56 \pm 11,9$  años, y de escolaridad de  $7,8 \pm 4,3$  años. El 63% de las mujeres fue histerectomizada por patología ginecológica benigna. El significado que la mujer atribuye a la extracción del útero se encuentra relacionado a una experiencia de pérdida, que si bien conlleva un alivio de la enfermedad, también implica dolor, tristeza y soledad. La *conclusión es* sensibilizar a los profesionales de la salud, que trabajan con mujeres histerectomizadas, a comprender y respetar el significado que para ellas tiene la histerectomía y propiciar el ambiente adecuado para contenerlas y educarlas pre y pos cirugía (14).

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 HISTERECTOMÍA**

La histerectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del útero o matriz (15).

Es una de las operaciones ginecológicas realizadas con mayor frecuencia. Los motivos para la histerectomía varían e incluyen tanto causas benignas como malignas. De las indicaciones por enfermedades benignas, los leiomiomas sintomáticos y el prolapso de órganos pélvicos son los más comunes, si bien la hemorragia anormal, endometriosis, dolor pélvico crónico y neoplasia premaligna también son relativamente frecuentes (7).

#### **2.2.1.1.-Tipos de histerectomía**

##### **A.-Histerectomía subtotal o supracervical**

Es la extirpación sólo del cuerpo uterino, dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio, pero no es la de uso preferido. La conservación del cuello sugiere mejoría en los síntomas urinarios y la conservación de la función sexual, estabilización del sostén pélvico, disminuye los tiempos quirúrgicos. Se reservaba para pacientes en quienes la ablación del cuello uterino aumentaba el riesgo de hemorragia, el daño de órganos vecinos o un mayor tiempo quirúrgico. Puede haber hemorragia crónica, se ha observado persistencia del riesgo de cáncer en el muñón de cuello uterino. Sin embargo, el riesgo de cáncer cervicouterino en esas

mujeres es comparable con el de aquellas sin histerectomía y el pronóstico del cáncer del muñón del cuello uterino es similar al de aquellas con útero completo.

#### B.- Histerectomía total

Es la ablación del cuerpo y el cuello, conservándose los ovarios y las trompas de Falopio.

#### C.- Histerectomía radical

En esta se extrae el útero, el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis. Los ovarios se extirpan profilácticamente en casi la mitad de las pacientes de histerectomía por indicaciones benignas. En mujeres menores de 40 años por lo general se conservan los ovarios, dado el número de años de producción hormonal esperada, que es grande. En aquellas mayores de 50 años es común la ooforectomía bilateral. Los proponentes de la ooforectomía profiláctica arguyen que el procedimiento elimina el riesgo de cáncer ovárico futuro y se calcula que previene mil nuevos casos de cáncer ovárico al año. En segundo término, la duración de la producción significativa de estrógenos por los ovarios después de la histerectomía se abrevia según muchos autores.

Por ejemplo Siddle et al. (1987) notaron que la edad promedio de aparición de insuficiencia ovárica en un grupo sometido a histerectomía de 45 años, significativamente antes que la de 49 años en un grupo

control que no se sometió a intervención quirúrgica. Además, las mujeres que conservan sus ovarios suelen requerir intervención quirúrgica futura por enfermedad ovárica benigna subsiguiente y ese riesgo va de 1 a 5%(15). **(FIG 1.)**

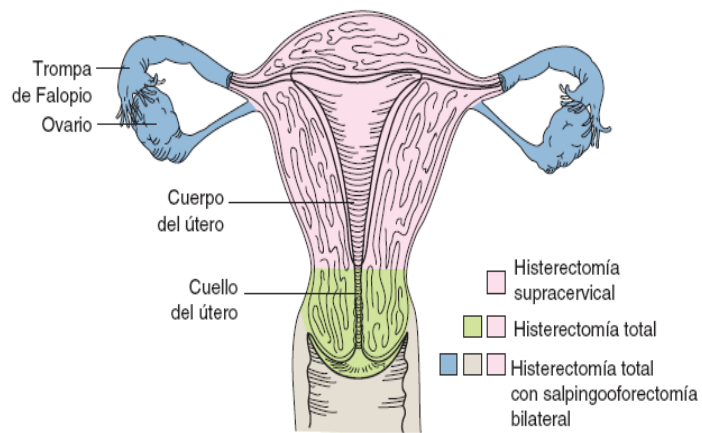


FIG 1. TIPOS DE HISTERECTOMÍA (TOMADO DE WILLIAMS GINECOLOGIA) (15)

### 2.2.1.2.-Acceso para histerectomía

La histerectomía puede llevarse a cabo con un acceso abdominal, vaginal o laparoscópico. Las tres vías de acceso se usan por lo general y cada una conlleva diversas ventajas y desventajas.

La selección del acceso tiene influencia de muchos factores, si todos los factores son equivalentes, debe considerarse la histerectomía vaginal. No obstante, cuando hay presencia de órganos pélvicos grandes, riesgo de adherencias extensas vinculadas por el cáncer o descenso del útero, puede requerirse una histerectomía abdominal o laparoscópica. Es digno de mención que la experiencia quirúrgica participa en la toma de

decisiones y dicta vehementemente el acceso seleccionado. La forma más común es la histerectomía abdominal y el segundo procedimiento quirúrgico menos frecuente, es la histerectomía vaginal (15).

### **A.-Histerectomía abdominal**

Es un procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero a través de una incisión en el abdomen (12).

El médico hace una incisión en la piel y el tejido en la parte inferior del abdomen para llegar al útero. Se puede elegir una incisión transversa o vertical, dependiendo de la situación clínica. Brinda la máxima capacidad de manipulación de órganos pélvicos, le permite al cirujano ver claramente el útero, otros órganos durante la operación y por ello se prefiere en los casos en donde los están los órganos pélvicos grandes o adherencias extensas, permite el acceso a los ovarios si se planifica realizar ooforectomía, al espacio de Retzius cuando se planifica llevar a cabo en forma simultánea procedimientos de uroginecología, o bien a la porción superior del abdomen para la clasificación por etapas del cáncer, por lo general tiene menor riesgo de hemorragia posoperatoria y lesión vesical. Requiere menos tiempo quirúrgico que la histerectomía laparoscópica y no necesita de instrumentos avanzados o experiencia en laparoscopia.

No obstante, se vincula con una recuperación, un tiempo más largo de cicatrización y estancia hospitalaria más prolongadas de la paciente, aumento del dolor de la incisión y mayor

riesgo de fiebre posoperatoria e infección de la herida quirúrgica, se vincula con mayor riesgo de transfusiones y lesiones ureterales (15).

La vía abdominal es más frecuente que la vía vaginal en general, este tipo de cirugía se hace en los casos siguientes como son las patologías útero – anexiales voluminosas, adherencias intraabdominales, cáncer útero – anexial, patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía, arco pubiano estrecho, ausencia de relajación del piso pélvico, vaginas estrechas, sospecha de patologías abdominales asociadas(6).

Según un estudio realizado por Mariño concluyo que en un estudio de pacientes histerectomizadas por vía abdominal predominó el grupo de 41 a 45 años (31%), multíparas (96%), las principales características clínicas fueron: dolor pélvico asociado a sangrado vaginal (40%), sangrado vaginal (31%). La principal indicación fue: miomatosis uterina (85%), que predominó en multíparas (81%), hubo correlación con la ecografía en el 95% y con anatomía patológica en el 94%. La complicación más frecuente, fue fiebre e infección del tracto urinario con un 6% e infección de herida operatoria (2%)(16).

### **B.-Histerectomía vaginal**

Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero por vía vaginal.

Este acceso suelen elegirlo los cirujanos si los órganos pélvicos son pequeños, si no se prevén adherencias extensas,

no se espera enfermedad significativa de los anexos y si hay prolapso de órganos pélvicos.

Con este tipo de cirugía, no tendrá una incisión en el abdomen. Debido a que la incisión está dentro de la vagina, el tiempo de cicatrización es más breve que el de la cirugía abdominal. También la recuperación puede ser menos dolorosa. La histerectomía vaginal produce menos complicaciones que los otros tipos de histerectomía y es una forma muy segura de extraer el útero. Además, hay disminución de los días de estancia hospitalaria, de los costos, del dolor posoperatorio y la capacidad para reanudar las actividades normales es más rápida que con una histerectomía abdominal.

La vía vaginal se impone a la vía abdominal en los casos de histerocele, patologías de relajación del piso pélvico, obesidad, útero móvil, ausencia de adherencias intraabdominales, ausencia de cáncer útero – anexial, ausencia de patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía, exclusión de patologías abdominales asociadas(6).

### **C.-Histerectomía por laparoscopia**

Este acceso se elige para mujeres con órganos pélvicos pequeños, en las que ni se operan adherencias extensas, en presencia de descenso uterino escaso y cirujanos diestros en las técnicas laparoscópicas. Aunque la recuperación, la estancia hospitalaria y la calificación postoperatoria del dolor son comparables con los de la histerectomía vaginal, este acceso permite una visión y acceso mayores al abdomen y la pelvis.



Sin embargo requiere tiempos quirúrgicos más prolongados y un equipo más costoso. Además se ha vinculado con mayores tasas de lesión ureteral hasta un 14%. Se han perfeccionado varias técnicas laparoscópicas: (15)

### **C.1.-Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL)**

Es una histerectomía vaginal realizada después de la liberación de adherencias, extirpación de focos de endometriosis u ooforectomía por laparoscopia. Básicamente, esta denominación es usada cuando parte de la histerectomía es ejecutada por laparoscopia, pero las arterias uterinas son ligadas por vía vaginal.

### **C.2.-Histerectomía laparoscópica (HL)**

Implica la histerectomía con ligadura laparoscópica de las arterias uterinas, usando electrocirugía, suturas o grapas (staples). La continuación del procedimiento puede ser realizado por vía vaginal o laparoscópica, incluyendo la apertura de la cúpula vaginal, la sección de los ligamentos de sostén uterino y el cierre de vagina. La ligadura laparoscópica de los vasos uterinos es la condición para la histerectomía laparoscópica.

#### **C.2.1.-Histerectomía laparoscópica total (HLT)**

La disección laparoscópica continúa hasta que el útero cae libre de todos sus ligamentos en la cavidad pélvica. El útero es removido por tracción a través de la vagina y esta es o no cerrada laparoscópicamente. Permite el diagnóstico y tratamiento de patologías como miomas, endometriosis y adherencias, realiza una hemostasia prolija. Las complicaciones fluctúan en alrededor de un 10%(17).

Según Rios, Castañeda, Calle, Serna, Vasquez, Arango A., Flores, Mjeia, Arango V., Palacio, concluyeron que hubo 837 pacientes, cuya edad promedio fue 42,7 años. 83,8% de las mujeres eran ASA I y la principal enfermedad de base fue la hipertensión arterial. En 822 de ellas, el procedimiento se llevó a cabo por laparoscopia mientras que 15 (1,7%) requirieron laparoconversión. Las indicaciones más frecuentes para la cirugía fueron miomatosis (43,8%) y hemorragia uterina anormal (36,1%). Adicional a esto, el tiempo quirúrgico promedio fue 85,9 minutos, la pérdida sanguínea media fue de 60,6 ml y la tasa total de complicaciones llegó a ser 12,5%; de las cuales, 3,1% lo constituyeron complicaciones mayores (18).

### C.2.2.-Histerectomía laparoscópica supracervical (HLS)

Es un procedimiento mínimamente invasivo en donde se conserva el cuello del útero. Permite y facilita lo mismo que la histerectomía total laparoscópica. Acorta los tiempos operatorios, se asocia a menos pérdida de la función sexual, menos posibilidad de complicaciones y menos lesiones y síntomas urinarios. Para indicarla se requiere como condición que el suelo pélvico se encuentre indemne, ausencia de prolapso genital, ausencia de dolor pélvico y/o de dispareunia, citología de Papanicolau normal, relativa seguridad de control y seguimiento a futuro, patología benigna del cuerpo uterino y/o de los anexos. Dentro de sus ventajas presenta menor invasión, técnica simple y segura, produce menos dolor postoperatorio, tiene menor posibilidad de complicaciones, presenta alta médica precoz (9-24 horas), permite operar pacientes con múltiples cicatrices de cesárea, no afecta a los ligamentos útero-sacros, ni cardinales, mínima pérdida de sangre, el tiempo operatorio oscila entre 25 y 60 minutos, no queda cicatriz vaginal y las abdominales (entrada de trocares) son mínimas, permite una rápida reinserción laboral (en promedio entre los 7 y 10 días postoperatorios), reinicio de actividad sexual a

los 15 días del postoperatorio, no produce dispareunia, previene la incontinencia urinaria de esfuerzos, el prolapso de cúpula vaginal y el enterocele.

Dentro de las desventajas laparoscópicas tenemos el riesgo de futuras lesiones cervicales, eventual sangrado vaginal cíclico y posibles costos adicionales al procedimiento quirúrgico (17).

#### **2.2.1.4.- Indicaciones generales para una histerectomía**

La extirpación del útero puede deberse a varios factores, que dependen del estado de la paciente, su edad y estado gravídico como complicaciones de la misma, por ello dividimos las causas de la histerectomía independientemente de su tipo en ginecológica y obstétrica, a su vez las causas obstétricas se subdividen en causas durante el parto, parto y postparto.

En las mujeres jóvenes la causa de histerectomía es debido a complicaciones obstétricas, mientras que las alteraciones del suelo pélvico son las responsables en mujeres mayores de 55 años.

##### **a. Causas Obstétricas**

Se denomina histerectomía obstétrica (HO) a la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, por complicación de una enfermedad preexistente.

La mayoría se realizan por hemorragia posparto provocadas por atonía uterina. Otras indicaciones son la ruptura uterina que no puede repararse o los abscesos pélvicos que no responden al

tratamiento médico o por alteraciones de la placenta como placenta acreta, increta y percreta.

Los factores de riesgo más identificados son antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples, por mencionar algunos.

b. Causas ginecológicas

Los leiomiomas uterinos siguen siendo la indicación más común de la histerectomía. En un estudio de más de 2000000 de histerectomías realizadas en Estados Unidos en 1990, se informó que 40% eran por leiomiomas, por cáncer en un 12.6%, sangrado anormal en un 9.5%, sangrado anormal 9.5%, EPI en un 3.7%, prolapso uterino en un 3% (3).

## **2.2.2 CALIDAD DE VIDA**

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada.

### **2.2.2.1.-Definición según OMS**

La definición planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en calidad de vida (The WHOQOL Group, 1995), el cual la define como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses(5).

Para algunos autores, la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas medidas por los valores personales(19).

#### **2.2.2.2.-Calidad de vida relacionada con la salud**

La gran mayoría de los autores sugieren que la calidad de vida debe ser diferenciada de la calidad de vida relacionada con la salud debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas. Para Ebrahim, en la práctica la CVRS es difícil de utilizar, debido a la multiplicidad de formas diferentes en que una persona puede afrontar o adaptarse a una enfermedad.

Podemos encontrar definiciones tales como:

Para Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuela, el tratamiento y /o las políticas de salud (9).

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Existe menos literatura publicada en el ámbito de medición de resultados de CVRS en poblaciones tanto sanas como enfermas. Hay muchos contextos en los cuales no es posible diseñar un experimento en forma de ensayo clínico y, por tanto, donde la decisión sobre el tratamiento a seguir se toma basándose en estudios observacionales donde la CVRS se mide como resultado. Los estudios observacionales donde se recoge la CVRS tienen como objetivo, no sólo medir y

comparar la CVRS entre las diferentes poblaciones, sino también estudiar la relación de la CVRS y su evolución con otras características del sujeto o la enfermedad. En este tipo de estudios no experimentales hay infinidad de variables que no pueden ser controladas por el investigador en la fase de diseño, como lo son en los ensayos clínicos. Es en este contexto utilizando como medida de la CVRS el cuestionario de salud SF-36. El análisis de los datos obtenidos en estudios no experimentales de CVRS se resume en tres etapas: en primer lugar se pretende identificar las variables que influyen sobre la CVRS de los pacientes; en segundo lugar, se pretende realizar un análisis multivariante de los diversos factores que influyen en la CVRS, incluyendo en el modelo todos aquellos factores susceptibles de modificar la calidad de vida detectados en el primer paso; y en tercer lugar estudiar la evolución de la CVRS durante el periodo de seguimiento del estudio, realizando un análisis de medidas repetidas sobre el modelo seleccionado en el paso anterior(20).

#### **2.2.2.3.- Tipos de instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud**

La medición y valoración de la calidad de vida está regida, en gran medida, por apreciaciones subjetivas e ideológicas correspondientes al particular contexto donde se desenvuelven las colectividades. La mejor forma de medir la CVRS es utilizar un enfoque multidimensional, valorando tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud.

Los instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada a la salud se clasifican en instrumentos genéricos (inespecíficos) y los

específicos. Los instrumentos genéricos miden múltiples dimensiones o categorías y están diseñados para su aplicación en una gran variedad de pacientes (21). Se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones, no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes.

Se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia. Dentro de los instrumentos genéricos, los más utilizados son: *Sickness Impact Profile* –Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad–, *Nottingham Health Profile* –Perfil de Salud de Nottingham – y *SF-36*, los cuales aportan información descriptiva, predictiva o evaluativa de un individuo o grupos de individuos a manera de puntuación que resume en cada dimensión la puntuación obtenida y al aplicar diferentes estrategias para interpretar la sumarización global, a fin de caracterizar el perfil de salud global del sujeto.

Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la calidad de vida relaciona con la salud de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de acuerdo a cada patología. Dentro del grupo de los instrumentos de esta el Índice de Calidad de Vida de Spitzer (ICVS) (22).



#### **2.2.2.4.-Calidad de vida en la mujer hysterectomizada**

Los instrumentos que miden calidad de vida deben tener adecuadas propiedades psicométricas que les permitan obtener una buena medición, en cuanto a términos de confiabilidad, especificidad y sensibilidad. Actualmente no existe un instrumento único y específico que pueda considerarse como herramienta de evaluación de la mujer hysterectomizada en torno a su calidad de vida.

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

Las áreas que se evalúan son las psicológica, social y física.

En el área psicológica, según Naughton, en una revisión de 8 estudios, hace mención al estado psicológico que vive la mujer antes de verse enfrentada a esta cirugía: depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y otros trastornos del ánimo pueden, afectar la percepción que la usuaria tenga con respecto a su condición de salud; este autor refiere que la depresión es la principal enfermedad psiquiátrica que afecta a éstas pacientes. Al estudiar mujeres con depresión pre-

operatoria, evidenció un incremento de este trastorno post-quirúrgico, demostrando que la histerectomía en sí no es el factor causal del desarrollo del trastorno.

Con respecto a la área social, existe evidencia de los conocimientos errados que hay acerca de la histerectomía. Cabe destacar que los hombres son los más escépticos con respecto a los resultados de esta cirugía, es por eso la importancia que se le debe dar a la educación como herramienta fundamental en la ayuda de los profesionales en el cuidado en salud. Se debe considerar que las distintas creencias proveen de sensibilidad cultural y comprensión al momento de cuidar a estas mujeres. Se hace mención a la información de tipo paternalista entregada por médicos, evidenciando que la mujer menos informada tiene mayor predisposición a sentir las repercusiones post histerectomía. Por ello concluyen que la decisión de realizar la histerectomía debe ser tomada en conjunto (profesional de la salud-mujer), haciendo partícipe de esto a la pareja o familiares.

Por último en la área física, se evidencia que los desórdenes ginecológicos tienen un impacto negativo en los aspectos de salud en torno a su calidad de vida, ya que el exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en estas mujeres. Al parecer las mujeres con incisiones de 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 (6).

### **2.2.2.5.-Implicaciones de la histerectomía en la imagen corporal**

#### **A.-Feminidad**

Desde la infancia la mujer va percibiendo su feminidad basada en la maternidad, la pubertad, climaterio. La mujer tiende a encontrar su identidad a través de su feminidad, la cual es una combinación de factores tales como el atractivo sexual, capacidad para tener niños; por esta razón los genitales en la mujer y los órganos reproductores son esenciales para su adaptación y autovaloración como mujer, la remoción de éstos órganos constituye un peligro para la autonomía integral de la mujer sobre todo para aquellos cuya identidad o rol femenino descansa en sus atributos físicos, la amputación quirúrgica de los órganos reproductores en una mujer produce un daño psicológico por su impacto en la concepción de la mujer y su feminidad.

#### **B.-Reacción depresiva**

Se dice que la histerectomía incluye enfermedades depresivas y frecuentes estados de ánimo tristeza y fácil reacción emocional acompañado de lágrimas, lástima, también produce inseguridad, experiencias de abandono, descontento, está relacionado con el tiempo de producida la histerectomía.

### C.-Pérdida del sentido de independencia personal

Pérdida de trabajar con la misma efectividad.

### D.-Temores

La paciente siente temores a la posible mutilación, al dolor, muerte, separación de las personas queridas, pérdidas económicas y desintegración familiar y al envejecimiento, temor de perder el esposo, temor por no volver a trabajar, temor de perder el atractivo sexual, temor de perder la capacidad de concebir, temor a perder la menstruación.

### E.-Mitos y creencias

Existen creencias y mitos en hombres y mujeres, en lo referente a la sexualidad, a lo social, y a lo psicológico.

La misma cultura genera mitos y creencias acerca de este procedimiento y el hombre como principal apoyo, genera opiniones que ponen en riesgo la salud de una mujer con posibles enfermedades ginecológicas.

Dichas respuestas obedecen, entre otras razones, al hecho de que en nuestra cultura el útero ha sido simbolizado como parte determinante de la identidad femenina debido al papel protagónico que desempeña en la procreación y la maternidad, funciones por las que históricamente la mujer ha sido definida y valorada en la sociedad. Se ha encontrado que entre la población femenina existe una serie de creencias y actitudes relacionadas con la histerectomía y sus consecuencias futuras. Entre los temores que se suelen mencionar frente a este

procedimiento están la sensación de “quedar huecas”, el aumento de peso, la pérdida del deseo sexual y las percepciones erróneas que sus compañeros puedan tener respecto a la histerectomía.

El 88% de las mujeres consideran que someterse a una histerectomía les puede generar mal genio o tristeza, en los hombres el 71% creen que las mujeres histerectomizada pueden tener cambios emocionales (23).

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1.-HIPÓTESIS

No presenta hipótesis porque es un estudio observacional.

#### 3.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLES            | INDICADOR                               | CATEGORÍAS/ÍNDICES  | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------|---|---|--------------------|
| Edad                 | Años cumplidos a la entrevista          | 30-34 años<br>35-39 años<br>40-44 años<br>45-49 años<br>50-55 años<br><b>≥ 56 años</b>  | Intervalo          |
| Ocupación            | Principal actividad económica           | Comerciante<br>Ama de casa<br>Independiente<br>Empleado<br>Otros  | Nominal            |
| Nivel de instrucción | Ultimo grado alcanzado                  | Ninguna<br>Primaria incompleta<br>Primaria completa<br>Secundaria incompleta<br>Secundaria completa<br>Superior incompleta<br>Superior completa | Nominal            |
| Estado civil         | Condición conyugal actual               | Soltera<br>Casada<br>Viuda<br>Conviviente   | Nominal            |
| Lugar de procedencia | Lugar donde residió los últimos 6 meses | Tacna<br>Puno<br>Arequipa<br>Moquegua<br>Otros  | Nominal            |

|                          |                       |   |         |
|--------------------------|-----------------------|---|---------|
| Condición socioeconómica | Referencia H, Clínica | Muy buena<br>Buena<br>Regular<br>Mala   | Nominal |
| Hijos                    | Referencia H, Clínica | Con hijos<br>Sin hijos  | Nominal |
| Calidad de Vida          | Test SF 36            | 1. Salud general<br>2. Función física<br>3. Rol físico<br>4. Rol emocional<br>5. Función social<br>6. Dolor corporal<br>7. Energía y vitalidad<br>8. Salud mental | Nominal |

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 DISEÑO**

Estudio analítico, observacional, de corte trasversal y prospectivo

#### **4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en el Hospital "Hipólito Unanue" de Tacna, el cual cuenta con los servicios de prevención, promoción, recuperación, servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, servicios de rehabilitación y por último cuenta con los servicios administrativos, asume la responsabilidad de brindar una atención integral a los pacientes que requieran consulta y hospitalización de especialidad.

El estudio se realizó en pacientes histerectomizadas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Hipólito Unanue durante el periodo de enero 2011 –diciembre 2014, que reúnan los requisitos de los criterios de inclusión y que voluntariamente acepten someterse al estudio.

#### **4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo conformada por 75 personas pacientes que fueron sometidas a una Histerectomía en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo de enero del 2011 – diciembre 2014.



De acuerdo a los criterios de exclusión 5 presentaron enfermedad concomitantemente, la hipertensión en su mayoría, 1 presento domicilio falso, 2 con imposibilidad de encontrarlos. La población final de trabajo correspondió a un tamaño de 67 pacientes.

#### **4.3.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- ❖ Pacientes hysterectomizadas en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo de enero del 2011 – diciembre 2014.
- ❖ Pacientes hysterectomizadas que respondieron voluntariamente al estudio.
- ❖ Pacientes residentes en la ciudad de Tacna, al momento del estudio.

#### **4.3.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ❖ Domicilio falso o imposibilidad de ubicación
- ❖ Pacientes con patología concomitante y en tratamiento (Diabetes, Hipertensión arterial, HIV.SIDA, TBC, Artritis Reumatoidea)

### **4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **4.4.1.-Cuestionario de salud SF-36(5)**

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. El SF-36 en su idioma original mostró validez, preciso o fiable, sensible (21). La traducción al español del cuestionario, siguió un protocolo común en los países participantes en el proyecto internacional de adaptación del cuestionario original, el International Quality of Life

Assessment (IQOLA). En la validación realizada en España se obtuvo una versión en español que mostró coincidencia completa con la ordinalidad original esperada, alta equivalencia con los valores originales y reproducibilidad aceptable, menor que la original.

En Medellin, Colombia se realizó un estudio cuyo objetivo fue adaptarlo culturalmente y valorar su consistencia interna y su fiabilidad ínterevaluador e intraevaluador .del cuestionario SF-36. Los resultados obtenidos muestran que el SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos, de personas sanas o enfermas, con enfermedades crónicas, degenerativas y agudas, en diferentes grupos de edad y sexo, en salud pública y en medición de consecuencias de las enfermedades (24).

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como la población en general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), detectando tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar lo 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, brevedad y comprensión, 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 (5).

#### 4.4.2 Contenido del SF- 36

El cuestionario de salud SF-36 está compuesta por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Presenta 8 escalas o dimensiones, 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. Las escalas evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 escalas principales (21).

Los estudios realizados con el SF-36 corroboran claramente la existencia de 2 componentes principales o dominios a partir del análisis factorial en muestras de pacientes, de la salud recogían en estos estudios entre un 80 y un 85% de la variancia de las 8 dimensiones originales, lo cual supone un argumento adicional importante para el desarrollo y la adopción de componentes sumarios. Con el fin de evaluar si la estructura factorial del SF-36 era generalizable (25).

El contenido de las 8 dimensiones se resume de la siguiente manera:

##### A.- Función Física

Mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.

##### B.- Rol Físico

Valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el

deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las mismas.

#### C.- Dolor Corporal

Valora la intensidad de dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.

#### D.- Salud General

Proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

#### E.- Vitalidad

Cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.

#### F. Función Social

Mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

#### G.-Rol Emocional

Valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

#### H.-Salud Mental

Mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional (6).

Hay versiones del cuestionario en cuanto al periodo recordatorio: la estándar (cuatro semanas) y la aguda (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas mayores de  $\geq 14$  años de edad y preferentemente debe ser auto-administración mediante entrevista personal y telefónica.

#### 4.4.3.-Evaluación y puntuación del cuestionario

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud, así como una breve descripción del significado de puntuaciones altas y bajas<sup>5</sup>. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

A.- Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».

B. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

C. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada escala, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras americanas, y sobre muestras representativas de la población general de 9 países europeos del proyecto IQOLA demostraron que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS).

Una vez establecidas las preguntas se usara un software para transformar las respuestas en puntajes ya establecidos, los ítems no respondidos no se consideran (21). (ANEXO 1)

| Puntuaciones SF 36 (0 a 100) |             |  |   |
|------------------------------|-------------|--|---|
| Puntuación SF 36 (0 A 100)   |             |  |   |
| Dimensión                    | N° 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 otras actividades diarias debido a la salud física.                                  |
| Dolo corporal                | 2           | Dolor muy intenso y extremadamente limitante   | Ningún dolor ni limitaciones debidas a el   |
| 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 y emocionales. | Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas 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.  |
| Ítems de transición de salud | 1           | Cree que su salud es mucho peor que hace 1 año   | Cree que su salud es mucho mejor que hace 1 año   |

#### **4.4.4.-Recolección de datos**

Se revisó las historias clínicas del Hospital Hipólito Unaue, se obtuvo información sobre la edad, sexo, lugar de procedencia, domicilio, nivel de instrucción, estado civil, hijos.

Se aplicó los criterios de inclusión y exclusión.

Se entrevistó a cada una de las pacientes en su domicilio, se utilizó el instrumento SF 36.

Una vez establecidas las respuestas de los ítems se utilizó el software para transformar dichas respuestas. **(ANEXO 2)**



## CAPÍTULO 5

### PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y los cuestionarios, se trabajó con el SPSS, software CVRS mediante el enfoque RAND simple que transforma el puntaje a escala de 0 a 100 puntuando cada dimensión de distinta manera en las 8 escalas, luego los puntajes de los Ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. El análisis estadístico se realizó con base en la comprensión de la naturaleza de las preguntas y los objetivos de la investigación, para lo cual se necesitó emplear las siguientes pruebas estadísticas para contrastación: el Análisis Factorial Confirmatorio (mediante AMOS), para la validación de los reactivos de acuerdo a las dimensiones. Se obtuvo los Coeficientes de Correlación de Pearson para establecer las correlaciones más altas entre las Variables de resultado y dimensiones. Se calculó los Intervalos de confianza incluyendo la media, desviación estándar, el mínimo y máximo, el límite inferior y el límite superior de confianza. Se corrió la Prueba “T” de Student para encontrar las diferencias significativas de las dimensiones del test SF36. Se desarrollaron los Modelos de Ecuaciones Estructurales que permitieron de manera gráfica y estadística comprobar la validación del modelo. Los Ítems no respondidos no se consideran no existen ponderaciones iguales. Se trabajó con el software SF-36, una vez obtenida la calidad de vida se contrastara estadísticamente la asociación según variables sociodemográficas y se aplicó la prueba de contraste estadística de diferencia de medias.



## CAPITULO 6

### RESULTADOS

**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL AÑO DE LA HISTERECTOMÍA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE PERIODO ENERO 2011-DCIEMBRE 2014**

|                         |       | N  | %      |
|-------------------------|-------|----|--------|
| Año de<br>histerectomía | 2011  | 19 | 28,4%  |
|                         | 2012  | 15 | 22,4%  |
|                         | 2013  | 17 | 25,4%  |
|                         | 2014  | 16 | 23,9%  |
|                         | Total | 67 | 100,0% |

En la Tabla n° 1 se observa la frecuencia de histerectomías según el año realizado, la mayor frecuencia se realizó en el año 2011 con 28.4% (n=19) seguido del año 2013 con un 25.4% (n=17) y en el 2014 con un 23.9% (n=16).

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE EDAD, OCUPACIÓN Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL PERIODO ENERO 2011-DCIEMBRE 2014**

| CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS |                           | N  | %      |
|------------------------------|---------------------------|----|--------|
| Edad                         | 30-34 años                | 2  | 3,0%   |
|                              | 35-39 años                | 6  | 9,0%   |
|                              | 40-44 años                | 20 | 29,9%  |
|                              | 45-49 años                | 26 | 38,8%  |
|                              | 50-55 años                | 8  | 11,9%  |
|                              | ≥56 años                  | 5  | 7,5%   |
|                              | Total                     | 67 | 100,0% |
| Ocupación                    | Comerciante               | 32 | 47,8%  |
|                              | Ama de casa               | 17 | 25,4%  |
|                              | Profesional Independiente | 14 | 20,9%  |
|                              | Empleado                  | 4  | 6,0%   |
|                              | Total                     | 67 | 100,0% |
| Nivel de instrucción         | Ninguna                   | 0  | 0,0%   |
|                              | Primaria incompleta       | 1  | 1,5%   |
|                              | Primaria completa         | 6  | 9,0%   |
|                              | Secundaria incompleta     | 16 | 23,9%  |
|                              | Secundaria completa       | 26 | 38,8%  |
|                              | Superior incompleta       | 6  | 9,0%   |
|                              | Superior completa         | 12 | 17,9%  |
|                              | Total                     | 67 | 100,0% |

En la Tabla n° 2 se observan las características demográficas de las pacientes histerectomizadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se observa que la más frecuente edad de las pacientes histerectomizadas fue de 45 a 49 años representando el 38.8%(n=26), seguido de las mujeres de 40 a 44 años con 29.9% (n=20), disminuyendo a 11,9% (n=8) en el grupo de 50 a 55 años. En cuanto la ocupación se presentó un 47,8% (n=32) de mujeres comerciantes, el 25,4% (n=17) eran amas de casa y un 20,9% (n=14) eran profesionales independientes. Por último el nivel de instrucción con mayor frecuencia es secundaria completa que representa el 38,8% (n=26), seguido del 23,9% (n=16%) con secundaria incompleta y un 17,9%.

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA, ESTADO CIVIL, CONDICIÓN ECONÓMICA E HIJOS, DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL PERIODO ENERO 2011-DCIEMBRE 2014**

|                          |             | N  | %      |
|--------------------------|-------------|----|--------|
| Lugar de procedencia     | Tacna       | 42 | 62.7%  |
|                          | Puno        | 17 | 25.4%  |
|                          | Arequipa    | 2  | 3.0%   |
|                          | Moquegua    | 0  | 0.0%   |
|                          | Lima        | 3  | 4.5%   |
|                          | Pasco       | 1  | 1.5%   |
|                          | Apurimac    | 2  | 3.0%   |
|                          | Total       | 67 | 100.0% |
| Estado civil             | Soltera     | 1  | 1.5%   |
|                          | Casada      | 19 | 28.4%  |
|                          | Viuda       | 3  | 4.5%   |
|                          | Conviviente | 42 | 62.7%  |
|                          | Separada    | 2  | 3.0%   |
|                          | Total       | 67 | 100.0% |
| Condición socioeconómica | Muy buena   | 0  | 0.0%   |
|                          | Buena       | 3  | 4.5%   |
|                          | Regular     | 63 | 94.0%  |
|                          | Mala        | 1  | 1.5%   |
|                          | Total       | 67 | 100.0% |
| Hijos                    | Con hijos   | 65 | 97.0%  |
|                          | Sin hijos   | 2  | 3.0%   |
|                          | Total       | 67 | 100.0% |

En la tabla n° 3 se observa que del total de histerectomías realizadas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna del periodo 2011 al 2014, el 62,7%(n=42) procedían de la ciudad de Tacna y un 25,4% de la ciudad de Puno.

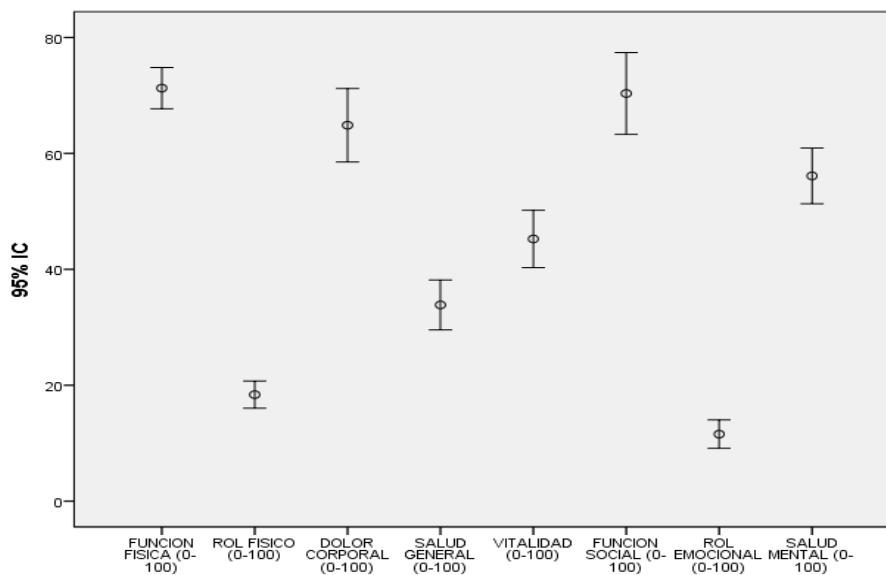
En cuanto al estado civil la mayor frecuencia (n=42) eran convivientes representando el 62.7% seguid de un 28,4% casadas. En la condición socioeconómica, la que predominó con el 94% fue regular y el 97% manifestaron tener hijos y solo el 3% no tenían hijos.

**TABLA 4 .DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA  
CON LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO SF- 36 EN PACIENTES  
HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL PERIODO  
ENERO 2011-DCIEMBRE 2014**

|                        | N  | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|------------------------|----|--------|--------|-------|------------|
| FUNCION FISICA (0-100) | 67 | 40.00  | 95.00  | 71.26 | 14.59      |
| ROL FISICO (0-100)     | 67 | 0.00   | 25.00  | 18.37 | 9.60       |
| DOLOR CORPORAL (0-100) | 67 | 0.00   | 100.00 | 64.86 | 25.96      |
| SALUD GENERAL (0-100)  | 67 | 5.00   | 82.00  | 33.85 | 17.62      |
| VITALIDAD (0-100)      | 67 | 0.00   | 100.00 | 45.24 | 20.25      |
| FUNCION SOCIAL (0-100) | 67 | 0.00   | 100.00 | 70.33 | 28.93      |
| ROL EMOCIONAL (0-100)  | 67 | 0.00   | 25.00  | 11.56 | 10.04      |
| SALUD MENTAL (0-100)   | 67 | 6.25   | 95.00  | 56.11 | 19.73      |
| N válido               | 67 |        |        |       |            |

## GRÁFICO 1

### COMPARACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL PERIODO ENERO 2011-DCIEMBRE 2014



En la tabla N° 4 y gráfico N°01 se observa los puntajes medios alcanzados según las diferentes dimensiones del cuestionario SF36 y sus respectivas desviaciones típicas, cuanto más alto puntaje, mejor es el estado de salud para esa dimensión y a menor puntaje es peor el estado de salud para esa dimensión.

La dimensión con menor puntuación es el Rol Emocional (media: 11,56) seguido por Rol Físico (media: 18.37), ambas son las más severamente comprometidas. En término medio se encuentra la dimensión Salud General, Vitalidad y Salud Mental. La escala de función Física (media: 71.26), Función Social (media: 70.33) y dolor corporal (media: 64,87) son las que más altas puntuaciones presenta.

Podemos afirmar con un 95% de intervalo de confianza que Rol Emocional y Rol Físico son estadísticamente diferentes en sus valores medios al resto del grupo de dimensiones.

**TABLA 5. CORRELACION DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL ENERO 2011-DICIEMBRE 2014**

|                        |                        | FUNCION FISICA (0-100) | ROL FISICO (0-100) | DOLOR CORPORAL (0-100) | SALUD GENERAL (0-100) | VITALIDAD (0-100) | FUNCION SOCIAL (0-100) | ROL EMOCIONAL (0-100) | SALUD MENTAL (0-100) |
|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| FUNCION FISICA (0-100) | Correlación de Pearson | 1                      | 0,57               | 0,71                   | 0,75                  | 0,73              | 0,73                   | 0,53                  | 0,74                 |
|                        | Sig. (bilateral)       |                        | 0,00               | 0,00                   | .000                  | .000              | 0,00                   | 0,00                  | 0,00                 |
|                        | N                      | 67                     | 67                 | 67                     | 67                    | 67                | 67                     | 67                    | 67                   |
| ROL FISICO (0-100)     | Correlación de Pearson | 0,57                   | 1                  | 0,83                   | 0,45                  | 0,48              | 0,55                   | 0,04                  | 0,49                 |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0,0                    |                    | 0,0                    | 0,0                   | 0,0               | 0,0                    | 0,71                  | 0,00                 |
|                        | N                      | 67                     | 67                 | 67                     | 67                    | 67                | 67                     | 67                    | 67                   |
| DOLOR CORPORAL (0-100) | Correlación de Pearson | 0,71                   | 0,83               | 1                      | 0,5                   | 0,66              | 0,70                   | 0,29                  | 0,72                 |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0,00                   | 0,00               |                        | 0,00                  | 0,00              | 0,00                   | 0,01                  | 0,00                 |
|                        | N                      | 67                     | 67                 | 67                     | 67                    | 67                | 67                     | 67                    | 67                   |
| SALUD GENERAL (0-100)  | Correlación de Pearson | 0,75                   | 0,45               | 0,58                   | 1                     | 0,77              | 0,59                   | 0,56                  | 0,73                 |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0,00                   | 0,00               | 0,00                   |                       | 0,00              | 0,00                   | 0,00                  | 0,00                 |
|                        | N                      | 67                     | 67                 | 67                     | 67                    | 67                | 67                     | 67                    | 67                   |
| VITALIDAD (0-100)      | Correlación de Pearson | 0,73                   | 0,48               | 0,66                   | 0,77                  | 1                 | 0,76                   | 0,66                  | 0,81                 |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0,00                   | 0,00               | 0,00                   | 0,00                  |                   | 0,00                   | 0,00                  | 0,00                 |
|                        | N                      | 67                     | 67                 | 67                     | 67                    | 67                | 67                     | 67                    | 67                   |
| FUNCION SOCIAL (0-100) | Correlación de Pearson | 0,73                   | 0,55               | 0,70                   | 0,59                  | 0,76              | 1                      | 0,59                  | 0,82                 |
|                        | Sig. (bilateral)       | .000                   | .000               | .000                   | .000                  | .000              |                        | .000                  | .000                 |
|                        | N                      | 67                     | 67                 | 67                     | 67                    | 67                | 67                     | 67                    | 67                   |
| ROL EMOCIONAL (0-100)  | Correlación de Pearson | 0,53                   | 0,04               | 0,29                   | 0,56                  | 0,66              | 0,59                   | 1                     | 0,71                 |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0,00                   | 0,71               | 0,01                   | 0,00                  | 0,00              | 0,00                   |                       | 0,00                 |
|                        | N                      | 67                     | 67                 | 67                     | 67                    | 67                | 67                     | 67                    | 67                   |
| SALUD MENTAL (0-100)   | Correlación de Pearson | 0,74                   | 0,49               | 0,72                   | 0,73                  | 0,81              | 0,82                   | 0,71                  | 1                    |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0,00                   | 0,00               | 0,00                   | 0,00                  | 0,00              | 0,00                   | 0,00                  |                      |
|                        | N                      | 67                     | 67                 | 67                     | 67                    | 67                | 67                     | 67                    | 67                   |

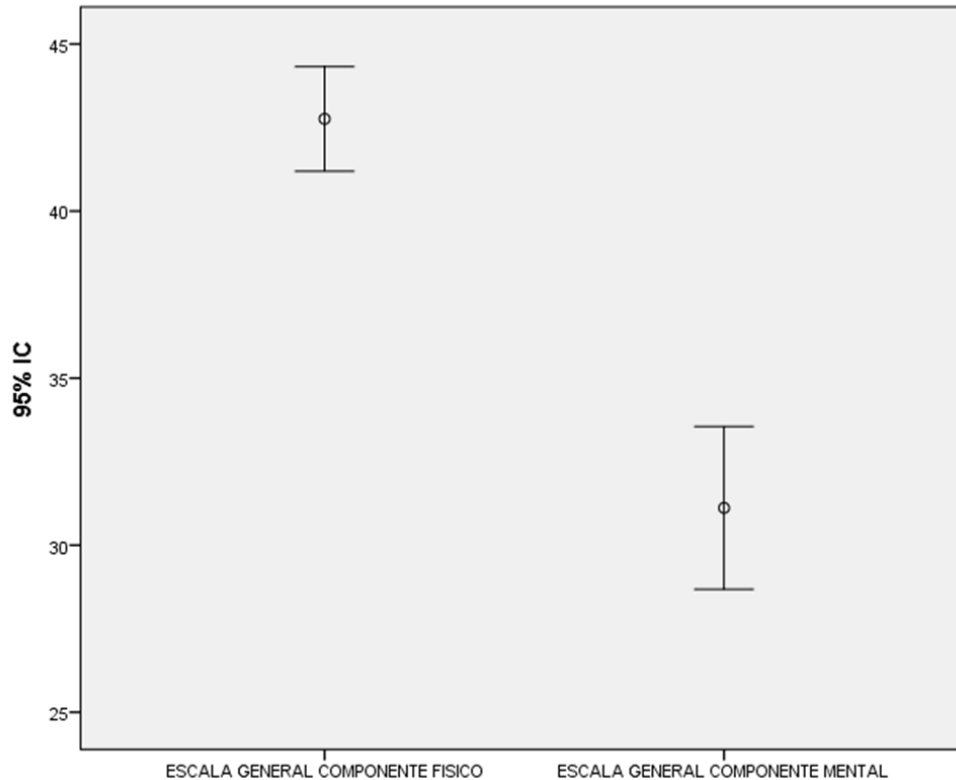
En la tabla n° 5 se observa la correlación existente entre las diferentes dimensiones. El Rol Físico y Emocional no muestran diferencias significativas entre sí ( p: >0.05), no se evidencia relación entre estas dimensiones, su nivel de asociación es diferente.

**TABLA 6. CORRELACION DE LOS COMPONENTES FÍSICA Y MENTAL  
SEGÚN DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL ENERO 2011-  
DICIEMBRE 2014**

|                        |                        | COMPONENTE FÍSICO | COMPONENTE MENTAL |
|------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| FUNCION FISICA (0-100) | Correlación de Pearson | 0.81              | 0.68              |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0.00              | 0.00              |
|                        | N                      | 67                | 67                |
| ROL FISICO (0-100)     | Correlación de Pearson | 0.86              | 0.35              |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0.00              | 0.00              |
|                        | N                      | 67                | 67                |
| DOLOR CORPORAL (0-100) | Correlación de Pearson | 0.89              | 0.59              |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0.00              | 0.00              |
|                        | N                      | 67                | 67                |
| SALUD GENERAL (0-100)  | Correlación de Pearson | 0.71              | 0.69              |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0.00              | 0.00              |
|                        | N                      | 67                | 67                |
| VITALIDAD (0-100)      | Correlación de Pearson | 0.64              | 0.86              |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0.00              | 0.00              |
|                        | N                      | 67                | 67                |
| FUNCION SOCIAL (0-100) | Correlación de Pearson | 0.60              | 0.87              |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0.00              | 0.00              |
|                        | N                      | 67                | 67                |
| ROL EMOCIONAL (0-100)  | Correlación de Pearson | 0.17              | 0.83              |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0.15              | 0.00              |
|                        | N                      | 67                | 67                |
| SALUD MENTAL (0-100)   | Correlación de Pearson | 0.58              | 0.94              |
|                        | Sig. (bilateral)       | 0.00              | 0.00              |
|                        | N                      | 67                | 67                |

En la tabla 6 se observó la correlación entre los componentes y las diferentes dimensiones, identificamos que el Rol Emocional no presenta relación con el componente físico.

**GRÁFICO 2. CORRELACION DE LOS COMPONENTES FÍSICA Y MENTAL DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL ENERO 2011-DCIEMBRE 2014**



En el gráfico n° 2 podemos afirmar con un 95% de intervalo de confianza que entre las dimensiones asociadas al componente físico versus el componente mental, presentan una diferencia altamente significativa.

En conjunto las dimensiones asociadas al componente mental son las más comprometidas con valores medios muy bajos, en el instrumento SF 36.



**TABLA 7. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A COMPONENTE MENTAL EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL ENERO 2011-DCIEMBRE 2014**

|                         |                           | COMPONENTE MENTAL |            |       |
|-------------------------|---------------------------|-------------------|------------|-------|
|                         |                           | Media             | Desv. típ. | p     |
| EDAD                    | 30-34 años                | 34.00             | 2.63       | 0,003 |
|                         | 35 - 39 años              | 32.81             | 11.12      |       |
|                         | 40 - 44 años              | 35.19             | 7.94       |       |
|                         | 45 - 49 años              | 31.91             | 8.63       |       |
|                         | 50 a 55 años              | 25.95             | 11.30      |       |
|                         | ≥56 años                  | 15.90             | 5.78       |       |
|                         | Total                     | 31.11             | 9.98       |       |
| OCUPACION               | Comerciante               | 30.64             | 9.98       | 0.457 |
|                         | Ama de casa               | 31.02             | 12.64      |       |
|                         | Profesional Independiente | 30.07             | 5.77       |       |
|                         | Empleado                  | 38.89             | 8.84       |       |
|                         | Total                     | 31.11             | 9.98       |       |
| NIVEL DE INSTRUCCION    | Primaria incompleta       | 12.50             |            | 0.03  |
|                         | Primaria completa         | 21.70             | 12.90      |       |
|                         | Secundaria incompleta     | 29.62             | 10.83      |       |
|                         | Secundaria completa       | 33.49             | 8.27       |       |
|                         | Superior incompleta       | 30.97             | 9.20       |       |
|                         | Superior completa         | 34.27             | 7.83       |       |
|                         | Total                     | 31.11             | 9.98       |       |
| ESTADO CIVIL            | Soltera                   | 21.56             |            | 0.252 |
|                         | Casada                    | 28.95             | 8.78       |       |
|                         | Viuda                     | 22.47             | 18.98      |       |
|                         | Conviviente               | 32.88             | 9.63       |       |
|                         | Separada                  | 32.07             | 11.45      |       |
|                         | Total                     | 31.11             | 9.98       |       |
| LUGAR DE PROCEDENCIA    | Tacna                     | 32.52             | 9.49       | 0.206 |
|                         | Puno                      | 26.18             | 10.16      |       |
|                         | Arequipa                  | 37.54             | 8.46       |       |
|                         | Lima                      | 33.41             | 14.67      |       |
|                         | Pasco                     | 24.01             |            |       |
|                         | Apurimac                  | 37.07             | 4.37       |       |
|                         | Total                     | 31.11             | 9.98       |       |
| CONDICION SOCIECONOMICA | Buena                     | 36.70             | 8.51       | 0.109 |
|                         | Regular                   | 31.14             | 9.83       |       |
|                         | Mala                      | 12.50             |            |       |
|                         | Total                     | 31.11             | 9.98       |       |
| HIJOS                   | Con hijos                 | 31.24             | 10.07      | 0.544 |
|                         | Sin hijos                 | 26.85             | 7.47       |       |
|                         | Total                     | 31.11             | 9.98       |       |

En la tabla n°7 podemos observar los niveles de asociación entre las principales características sociodemográficas y su nivel de influencia al componente mental.

Existe diferencia significativa según edad ( $p: 0.05$ ) y nivel de instrucción ( $p: 0.05$ ), es decir ambas características influyen directamente en la escala general del componente mental. Según edad podemos observar que a mayor edad existe mayor daño en el componente mental (promedios menores). Según nivel de instrucción podemos observar que a menor grado de instrucción existe mayor daño en el componente mental y en su estado de salud (promedios menores).

**TABLA 8. SALUD ACTUAL COMPARA CON LA SALUD DEL AÑO DE SU HISTERECTOMIA DE LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL ENERO 2011-DCIEMBRE 2014**

|              |                   |            | Año de histerectomía |       |       |       | Total  |        |
|--------------|-------------------|------------|----------------------|-------|-------|-------|--------|--------|
|              |                   |            | 2011                 | 2012  | 2013  | 2014  |        |        |
| SALUD ACTUAL | MUCHO MEJOR AHORA | Recuento   | 2                    | 3     | 0     | 0     | 5      |        |
|              |                   | % de SALUD | 40.0%                | 60.0% | .0%   | .0%   | 100.0% |        |
|              | ALGO MEJOR AHORA  | Recuento   | 7                    | 4     | 6     | 2     | 19     |        |
|              |                   | % de SALUD | 36.8%                | 21.1% | 31.6% | 10.5% | 100.0% |        |
|              | MÁS O MENOS IGUAL | Recuento   | 9                    | 5     | 9     | 8     | 31     |        |
|              |                   | % de SALUD | 29.0%                | 16.1% | 29.0% | 25.8% | 100.0% |        |
|              | ALGO PEOR AHORA   | Recuento   | 1                    | 2     | 0     | 5     | 8      |        |
|              |                   | % de SALUD | 12.5%                | 25.0% | .0%   | 62.5% | 100.0% |        |
|              | MUCHO PEOR AHORA  | Recuento   | 0                    | 1     | 2     | 1     | 4      |        |
|              |                   | % de SALUD | .0%                  | 25.0% | 50.0% | 25.0% | 100.0% |        |
|              |                   |            | Recuento             | 19    | 15    | 17    | 16     | 67     |
|              |                   |            | % de SALUD           | 28.4% | 22.4% | 25.4% | 23.9%  | 100.0% |

En la tabla n° 8 se puede observar la salud actual compara con la salud de acuerdo del año. Observamos que las pacientes que fueron histeretomizadas en el 2011 indican predominantemente más o menos igual su salud actual, con 29,0% (n=9). En 2012, 2013, 2014 se ha presentado también más frecuentemente esta opinión en un 16, 1% (n=5), 29% (n=9), 25,8% (n=8) respectivamente.

## DISCUSIÓN

La histerectomía es una cirugía irreversible, lo que conduce a la modificación de la integridad corporal. Nuestro estudio buscó conocer la calidad de vida relacionada con la salud según el test SF- 36 en pacientes histerectomizadas, este instrumento evalúa la calidad de vida por 8 escalas, Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental y encontramos que las escalas con menor promedio es Rol Emocional y el Rol Físico. Por tanto estas escalas o dimensiones son las más severamente comprometidas.

Esto significa que los problemas emocionales y la salud física están interfiriendo en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento es menor que el deseado y existe una disminución del cuidado al trabajar y que sienten limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades, disminución en el esmero en el trabajo.

Respecto a las características sociodemográficas de la población en nuestro objeto de estudio tenemos que según la edad más frecuente fueron de 45 - 49 años y de 40-44, que es corroborado por Cerda (8) en donde la mayor incidencia de histerectomía es en mujeres fértiles entre 35- 49 años.

En cuanto al nivel de instrucción en nuestro estudio predominó la secundaria completa, con una condición socioeconómica regular, con una ocupación de comerciante y con estado civil conviviente. Sin embargo en el estudio de Miranda (6) refiere que la condición socioeconómica más frecuente es la regular, con una ocupación de labores domésticas y de con una mayoría de estado civil casadas.

Miranda (6) es el único antecedente en donde se está utilizando el instrumento SF36, realizó un análisis que demostró que el 42% del grupo vive con una calidad de vida considerada como regular, el 30% manifestó que tiene una mala calidad de vida, el 18% refirió como buena su calidad de vida, el 6% como muy buena y el 4% como pésima, este antecedente es el que contiene más similitudes con esta investigación sin embargo difiere de los nuestros porque mostramos la afectación en las escalas del instrumento de evalúa la calidad de vida relacionada con la salud.

Cerda (8) refiere que la mujer histerectomizada evidencia mejor calidad de vida que la mujer con trastornos ginecológicos, en los dominios de funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica, esta última contiene aquellos aspectos emocionales como los temores, creencias y ansiedad, por lo tanto difiere con nuestro estudio ya que el rol emocional es el que presenta peor calidad de vida, concluyendo que la histerectomía por sí sola, no afecta la calidad de vida de estas mujeres, surgiendo la necesidad de nuevas investigaciones sobre el tema resaltando la importancia en el apoyo y educación a la mujer sometida a este proceso quirúrgico.

Urrutia, Araya y colaboradores (10) en su estudio identificó 6 dimensiones: síntomas previos, alivio de no tener útero, mitos y creencias, significado del útero y de la cirugía, miedo y sexualidad. La dimensión del significado del útero está asociado a la identificación de este como rol de ser madre, significar dejar de ser mujer y perder la feminidad, otra dimensión como el miedo se relaciona al funcionamiento sexual postoperatorio, al desconocimiento del proceso quirúrgico y de la anatomía genital femenina. La HT 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, desarrollo de un cuadro depresivo como son el miedo, la sensación de vacío, las creencias, los problemas en el ámbito de pareja, la redefinición del rol a cumplir como mujer. Si bien es cierto no coincide directamente con nuestro estudio pero refuerza el hecho que el rol emocional es el que presenta peor calidad de vida, considerar la histerectomía solamente como tratamiento de una enfermedad sería una visión sesgada de la realidad.

Coutinho y colaboradores en Rio de Janeiro (11), encontraron que algunas mujeres reportan un efecto beneficioso de la histerectomía, una connotación de curación, pero para otros significó una dura derrota dos categorías: Vida prequirúrgica: vinculada a la enfermedad y Vida posquirúrgica: adaptación.

En la primera categoría se presentó las preocupaciones sobre la identidad femenina y la relación conyugal influenciada significativamente la aceptación del procedimiento, factores como sentimientos de vacío, que han planteado duda en la mente de las mujeres. Presenta un nivel de similitud con nuestro estudio, porque el rol emocional es la escala que mayormente está afectada.

El autoconcepto es una estructura íntimamente dependiente de la personalidad y está asociada a otras variables como el género, la edad y el ámbito sociocultural de cada persona, según un estudio de Morales (13) se comparó los puntajes del autoconcepto obtenidos por un grupo de mujeres antes y un año después de que fueron sometidas a histerectomía, el instrumento evaluó un componente global y nuevas subescalas como la identidad, satisfacción con uno mismo, percepción del propio comportamiento, del físico, el Yo ético–moral, los afectos hacia uno mismo y la autopercepción con relación a la familia y al contexto social, todos disminuyeron significativamente ( $p < 0,01$ ), excepto la autoidentidad, que es el componente cognitivo, es decir, son las ideas que las mujeres tienen acerca de

sí mismas. El autoconcepto no depende únicamente de la percepción que una persona tiene de sí y sus capacidades, sino que está relacionado con el comportamiento y la percepción de terceras personas, por tanto de factores psicológicos. No coincide con nuestro directamente pero presenta similitud en que ya que el rol emocional está comprometido.

Barbosa y colaboradores (12) considera las experiencias y expectativas que experimentan las mujeres histerectomía, este estudio describe significados que convergieron en las siguientes categorías específicas: mitos relacionados con la extracción del útero; decisión de la histerectomía; la vida después de la histerectomía y la búsqueda de la calidad de vida. Todas las mujeres en este estudio experimentaron positivamente la histerectomía. es decir presentan una buena calidad pero no especifican en que ámbitos. Por lo tanto difieren de nuestro estudio ya que en nuestro dos de las 8 escalas se presentan con una mala calidad de vida.

Urrutia (14) describió 3 temas que reflejan el significado de la extracción del útero: pérdida, tristeza-dolor, y mejoría de una enfermedad, La pérdida de la esencia femenina, lo que conlleva a una sensación de quedar vacía o que algo se muere, al perder la posibilidad de ser madre, de menstruar y en ocasiones la pareja. La tristeza asociada a la extracción del útero se encuentra a su vez relacionada al sentimiento de pérdida que la mujer vive, y a la sensación de soledad que eso conlleva. Estos dos temas tienen una percepción negativa, repercutiendo en la realización de las actividades cotidiana o en su trabajo, disminución de tiempo o dificultad en la realización de esta. Presentando una asocian con nuestro trabajo con respecto al rol emocional.

## CONCLUSIONES

1. La edad más frecuente fue de 45 a 49 años (38.8%) seguido del grupo con 40 a 44 años (29.9%). Según ocupación, el 47,8% de las mujeres eran comerciantes, el 25,4% amas de casa y un 20,9% trabajadoras independientes. Según el nivel de instrucción el 38,8% contaban con secundaria completa, seguido del 23,9% con secundaria incompleta y un 17,9% tenían superior completa.
2. Las dimensiones con menor promedio son el Rol Emocional y el Rol Físico ambas son las más severamente comprometidas, es decir presentan un peor estado de salud. Las dimensiones de Función Física y Función Social son las mejores percibidas, es decir presentan un mejor estado de salud.
3. Las dimensiones asociadas al componente mental son las más comprometidas. Según edad podemos observar que a mayor edad existe mayor daño en el componente mental, peor su estado de salud en este componente. Según nivel de instrucción podemos observar que a menor grado de instrucción existe mayor daño en el componente mental, peor en su estado de salud en dicho componente.



## RECOMENDACIONES

- a) Proporcionar programas de educación preoperatoria y postoperatoria a la paciente como a su pareja, explicando la anatomía, fisiología del aparato reproductor femenino, demás conceptos de histerectomía, y los cambios que genera en todos los ámbitos que abarca la calidad de vida.
- b) Implementar un plan de atención integral a la paciente histerectomizada incluyendo apoyo psicológico y realizar controles subsecuentes sobre el estado de ánimo de la paciente, evaluando el grado de aceptación actual.
- c) Proponer un rol activo del profesional de salud en la comprensión de la histerectomía, teniendo en cuenta las afectaciones emocionales, para ayudar en la obtención de una rápida decisión de la paciente para este procedimiento quirúrgico y así una prevención de complicaciones futuras, teniendo mayor atención en los grupos etarios mayores de 45 años, y con un menor nivel de instrucción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muniz J., Histrectomia e Sexua, lidade, Salvador Bahia, Biblioteca Universitária de Saude SIBI UFBA, 2012. Recuperado a partir de: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8035/1/Jackson%20Nunes%20Muniz%20\(2012.1\).pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8035/1/Jackson%20Nunes%20Muniz%20(2012.1).pdf)
2. Solà D V, Ricci A P, Pardo S J, Guiloff F E. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico, 71(5):364-72, .Rev Chil Obstet Ginecol, 2006 [citado 13 de noviembre de 2015] Recuperado a partir de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262006000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262006000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Arias P., Tenezaca D., Prevalencia y causas de histerectomia en mujeres atendidas en el departamento de ginecología obstetricia del hospital Jose Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2012, Cuenca- Ecuador, 2012, Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21031/1/TESIS.pdf>
4. Vargas - Mendoza J., Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía; Vol 4, Número 1, Pág. 5-10; Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C.; Oaxaca Mexico; 2010; Recuperado a partir de: [http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/47\\_factores\\_emocionales\\_histerectomia.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/47_factores_emocionales_histerectomia.pdf)
5. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. abril de 2005 [citado 13 de noviembre de 2015];19(2):135-50. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Miranda C., Impacto de la histerectomia en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del hospital alfredo noboa montenegro durante el periodo febrero - agosto 2012; Ambato- Ecuador; 2013. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3690/1/TESIS%20CRISTINA%20MIRANDA.pdf>

7. Walters M.; Histerectomía para Enfermedad Benigna; Amolca; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.amolca.com/publicaciones/histerectomia-para-enfermedad-benigna/>
8. Cerda P, Pino P, Urrutia M.; Calidad de vida en mujeres histerectomizadas; Rev Chil Obstet Ginecol; 71(3), 216-221; Chile; 2006. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262006000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262006000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. Pariente E, García B., Gómez F. Gálvez E.; Calidad de vida relacionada con la salud como variable explicativa del consumo de consultas en atención primaria: un análisis por sexo; Rev Esp Salud Pública 2015;89: 61-73.; España, 2015. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n1/07\\_original4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n1/07_original4.pdf)
10. Urrutia M. Araya A., Flores C. Jara D., Silva S. Lira M., Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas; REV CHIL OBSTET GINECOL; 78(4): 262 - 268; Chile; 2013. Recuperado a partir de: [http://www.researchgate.net/publication/262438804\\_Histerectoma\\_la\\_experiencia\\_de\\_no\\_tener\\_tero\\_para\\_un\\_grupo\\_de\\_mujeres\\_chilenas](http://www.researchgate.net/publication/262438804_Histerectoma_la_experiencia_de_no_tener_tero_para_un_grupo_de_mujeres_chilenas)
11. Mendonça C., Meneses I, Muniz O., Repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva; Escola Anna Nery Revista de Enfermagem; 14(1): 76-82. pdf; Rio de Janeiro, Brazil; 2010. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127712632012.pdf>
12. Barbosa M., Moura D. , Pinto M., Komura L., Garofalo A.; Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia: Florianópolis; 21(3): 608-15; Brazil- Sao Paulo; 2012 Jul-Set. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300016)
13. Morales E., Huerta M, Paramo D., Capaccione K.; El autoconcepto de mujeres sometidas a histerectomía; Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 29, núm. 1, pp. 23-27; Buenos aires, Argentina, 2010. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/html/912/91213729005/index.html>
14. Urrutia M., Riquelme P.; Significado de la histerectomia para um grupo de mujeres chilenas; REV CHIL OBSTET GINECOL; ; 74(5): 276 - 280; Chile; 2009. Recuperado a partir de <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717->

75262009000500002&script=sci\_arttext

15. Shorge, Schaffer y col. Williams Ginecologia1. Libro de especialidad.pdf [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://sicapacitacion.com/libmedicos/ginecologia1.pdf>
16. Toledo G.; Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2010. Recuperado a partir de: [http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/\\_uploads/articulos/48386-art2\\_vol11\\_n2.pdf](http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/_uploads/articulos/48386-art2_vol11_n2.pdf)
17. Carmona V.; Proceso de adaptación en las mujeres histerectomizadas según la teoría de Casilla Roy. 2011; Universidad Católica de Santo Toribio Mogrovejo; Chiclayo, Peru; 2012. Recuperado a partir de: [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/83/1/TM\\_Carmona\\_Recuenco\\_Virginia.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/83/1/TM_Carmona_Recuenco_Virginia.pdf)
18. Rios J., Castañeda J., Calle G., Serna E., Vasquez R, Arango A., Flore O., Mejia A.; Histerectomía laparoscópica total en la unidad de endoscopia ginecológica de la Clínica del Prado, Medellín (Colombia) 2002 - 2008; Rev Colomb Obstet Ginecol vol.60 no.40; Bogotá; Oct./Dec. 2009. Recuperado a partir de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000400002&script=sci_arttext)
19. Urzua A., Caqueo A.; Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto; Ter Psicol vol.30 no.1; Santiago abr; 2012. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext)
20. Urzua A.; Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales; Rev Med Chile ; 138: 358-365; Chile; 2010 Recuperado a partir de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
21. Arostegui I., Nuñez V., Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36).; Vol. 50, Núm. 167, págs. 147 a 192; España; 2008; Recuperado a partir de: [http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D877%2F728%2F167\\_6.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=877%2F728%2F167\\_6.pdf&ssbinary=true](http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D877%2F728%2F167_6.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=877%2F728%2F167_6.pdf&ssbinary=true)

22. TUESCA R.; La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla; Rev Científica Salud Uninorte; Vol 21; Barranquilla, Colombia; 2011; Recuperado a partir de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4113>
23. Montes J., Vasquez V., Mestre L., Negrete A.; Mitos y creencias de la histerectomía que tienen hombres y mujeres entre 20 y 44 años de edad. barrio Republica de Venezuela. 2013; Cartagena, Bolívar; 2013
24. Lugo. L, Garcia H. Gomez C.; Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia; Rev Fac Nac Salud Pública; Vol. 24 N.º 2; Colombia; julio-diciembre 2006.
25. Vilagut G., Valderas J., Ferrer M., Garin O., Lopez E., Alonsoab J.; Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental; Medicina clinica; Vol. 130. Núm. 19; España; 24 Mayo 2008. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-interpretacion-los-cuestionarios-salud-sf-36-13121076>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

#### Su Salud y Bienestar.

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

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

(Marque solo un número)

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

#### 2.-FUNCIÓN FÍSICA: 10 PUNTOS

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

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

| <b>PREGUNTAS</b>   | <b>Si me limita mucho</b> | <b>Si me limita un poco</b> | <b>No me limita nada</b> |
|--|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1.- Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores |                           |                             |                          |
| 2.- Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de 1 hora              |                           |                             |                          |
| 3.- Coger o llevar una bolsa de compra   |                           |                             |                          |
| 4.- Subir varios pisos por la escalera   |                           |                             |                          |
| 5.- Subir un solo piso por la escalera   |                           |                             |                          |
| 6.- Agacharse o arrodillarse   |                           |                             |                          |
| 7.- Caminar 1 kilómetro o más  |                           |                             |                          |

|                                      |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|
| 8.- Caminar varias manzanas          |  |  |  |
| 9.- Caminar una manzana              |  |  |  |
| 10.- Bañarse o vestirse por sí mismo |  |  |  |

### 3.-ROL FISICO: 4 PUNTOS

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

(0 puntos) (1 unto)

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

### 4.- ROL EMOCIONAL: 3 PUNTOS

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

(0 puntos) (1 punto)

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

### 5.-ROL SOCIAL: 8 PUNTOS

5.1.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas



emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Marque un solo número).

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

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

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

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

6.1 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (Marque un solo número)

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

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

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

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

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

7.1.- ¿Se sintió lleno de vitalidad?

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

7.2.- ¿Tuvo mucha energía?

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

7.3.- ¿Se sintió agotado?

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

7.4.- ¿Se sintió cansado?

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

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

8.1.- ¿Estuvo muy nervioso?

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

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

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

8.3.- ¿Se sintió calmado y tranquilo?

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

8.4.- ¿Se sintió desanimado y triste?

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

8.5.- ¿Se sintió feliz?

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

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

**9.1.-SALUD GENERAL ITEM I**

En general Ud. diría que su salud es:

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

**9.2.-SALUD GENERAL ITEM II**

| ÍTEMS   | Totalmen<br>te cierto | Bastante<br>cierto | No lo<br>se | Bastante<br>falsa | Totalmente<br>falsa |
|---|-----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| 1.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas | 0 puntos              | 1puntos            | 2 puntos    | 3 puntos          | 4 puntos            |
| 2.- Estoy tan sano como cualquiera                              | 4puntos               | 3puntos            | 2 puntos    | 1 puntos          | 0 puntos            |
| 3.- Creo que mi salud va a empeorar                             | 0 puntos              | 1puntos            | 2puntos     | 3puntos           | 4puntos             |
| 4.- Mi salud s excelente  | 4puntos               | 3puntos            | 2puntos     | 1puntos           | 0 puntos            |

**TOTAL: 100 PUNTOS**

## ANEXO 2

### RECOLECCION DE DATOS

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>N° DE HISTORIA CLINICA</b>  |   |
| <b>AÑO DE HISTERECTOMIA</b>    | 2011 ( )<br>2012 ( )<br>2013 ( )<br>2014 ( )  |
| <b>EDAD</b>                    | 30-34 años( )<br>35-39 años ( )<br>40-44 años ( )<br>45-49 años ( )<br>50-55 años ( )<br>60-64años ( )<br>65-69 años ( )  |
| <b>OCUPACION</b>               | Comerciante<br>Independiente ( )<br>Empleado ( )<br>Ama de casa ( )   |
| <b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>    | Ninguna ( )<br>Primaria incompleta ( )<br>Primaria completa ( )<br>Secundaria incompleta ( )<br>Secundaria completa ( )<br>Superior incompleta ( )<br>Superior completa ( ) |
| <b>ESTADO CIVIL</b>            | Soltera ( )<br>Casada ( )<br>Viuda ( )<br>Conviviente ( )<br>Separada ( )   |
| <b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>    | Tacna ( )<br>Puno ( )<br>Arequipa ( )<br>Lima ( )<br>Pasco ( )<br>Apurimac ( )  |
| <b>CONDICIÓN SOCIECONOMICA</b> | Buena ( )<br>Regular ( )<br>Mala ( )  |
| <b>HIJOS</b>                   | Con hijos ( )<br>Sin hijos ( )  |