

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CARACTERIZACION EPIEMIOLOGICA DEL MODO Y ESTILO DE VIDA DE
PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA HOSPITAL NACIONAL
QUETZALTENANGO
2009 – 2010**

CESAR AMILCAR FELIX HERNANDEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestría en ciencias en Ginecología y Obstetricia**

Febrero, 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: César Amilcar Felix Hernández

Carné Universitario No.: 100018052

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Caracterización epidemiológica del modo y estilo de vida de pacientes con histerectomía obstétrica Hospital Nacional Quetzaltenango 2009 - 2010"**.

Que fue asesorado: Dr. Jesen Avishai Hernández SÍ

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quiénes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2013.

Guatemala, 29 de enero de 2013


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

//amo



Quetzaltenango 9 de Febrero 2013

Doctor:

Luis Ruiz

Comité de Tesis de postgrado

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Universidad San Carlos de Guatemala

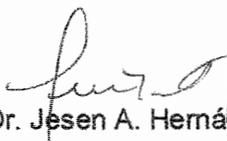
Presente.

Estimado Dr. Ruiz:

Por este medio le informo que revise el contenido del informe final de tesis con el título: **CARACTERIZACION EPIEMIOLOGICA DEL MODO Y ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA HOSPITAL NACIONAL QUETZALTENANGO 2009 – 2010** del Dr. **CESAR AMILCAR FELIX HERNANDEZ**, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular,

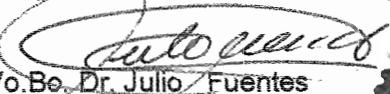
Atentamente;


Dr. Jesen A. Hernández S.
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 9,594

Asesor de Tesis

Departamento de Ginecología y obstetricia

Hospital Nacional Quetzaltenango.


Vo.Bo. Dr. Julio Fuentes





Quetzaltenango 9 de Febrero 2013

Doctor:
Luis Ruiz
Comité de Tesis de postgrado
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Presente.

Estimado Dr. Ruiz:

Por este medio le informo que revise el contenido del informe final de tesis con el título: CARACTERIZACION EPIEMIOLOGICA DEL MODO Y ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA HOSPITAL NACIONAL QUETZALTENANGO 2009 – 2010 del Dr. CESAR AMILCAR FELIX HERNANDEZ, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular,

Atentamente:



Dr. Julio Fuentes
Revisor de tesis.
Departamento de Ginecología y obstetricia
Hospital Nacional Quetzaltenango.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitirme culminar una de mis metas, por ser luz en mi camino y fuente de sabiduría, porque permites que a través de mis conocimientos pueda ayudar a mi prójimo, por morar en mi tu espíritu y la presencia de Jesucristo.

En este día especial en mi vida te ruego ilumines mi camino por la senda del bien y me acompañes en cada acto o decisión a tomar en mi profesión.

A mi esposa Shirley Guzmán:

Por ser el regalo de Dios para mi vida, y por compartir conmigo lo más hermoso que Dios nos envió producto de nuestro amor, por su apoyo incondicional y por ser un ejemplo para nuestra familia, gracias por su paciencia, amor, y comprensión.

A mi hijo Julio César:

Que aunque con tan solo un año de vida ha hecho de mí, una persona diferente y me ha dado las fuerzas para seguir adelante.

A mis padres:

Tomas Félix y María Hernández; por su esfuerzo, amor, sacrificio y ejemplo de vida; gracias por estar conmigo siempre y apoyarme en todo momento

A mis hermanos:

Gracias por su apoyo y cariño en todo momento.

A mi abuela:

María Cleodis Ávila, gracias por sus consejos, cariño y apoyo incondicional.

A mis compañeros Residentes;

Gracias por el aprecio, apoyo y amistad.

INDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO	No. Pagina.
I INTRODUCCIÓN.....	1
II ANTECEDENTES.....	2
III OBJETIVOS.....	27
IV MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
V RESULTADOS.....	32
VI ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	43
6.1 CONCLUSIONES.....	46
6.2 RECOMENDACIONES.....	47
VII REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	48
VIII ANEXOS	
ANEXO 1.....	49
ANEXO 2.....	53

INDICE DE GRAFICAS

	PAGINA
GRAFICA 1.....	32
GRAFICA 2.....	32
GRAFICA 3.....	33
GRAFICA 4.....	33
GRAFICA 5.....	34
GRAFICA 6.....	34
GRAFICA 7.....	35
GRAFICA 8.....	35
GRAFICA 9.....	36
GRAFICA 10.....	36
GRAFICA 11.....	37
GRAFICA 12.....	37
GRAFICA 13.....	38
GRAFICA 14.....	38
GRAFICA 15.....	39
GRAFICA 16.....	39
GRAFICA 17.....	40
GRAFICA 18.....	40
GRAFICA 19.....	41
GRAFICA 20.....	41
GRAFICA 21.....	42

**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS,
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO, MAESTRIA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA,
HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO.**



**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL MODO Y ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CON
HISTERECTOMIA OBSTETRICA HOSPITAL NACIONAL QUETZALTENANGO
2009 – 2010.**

Autor: Dr. César Amílcar Félix Hernández

RESUMEN

Objetivo

Establecer cuáles son las características epidemiológicas del estilo y modo de vida de las pacientes con histerectomía obstétrica en el Hospital Nacional de Quetzaltenango.

Material y métodos: se realiza estudio Descriptivo Retrospectivo Se recopila la información sobre pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica en el Hospital Nacional de Quetzaltenango durante los años 2009-2010.

Resultados

Se revisaron un total de 68 expedientes de pacientes a quienes se les realizo Histerectomía durante el 2009 al 2010, y se documentaron un total de 26 a quienes se realizo Histerectomía Obstétrica habiendo entrevistado un total de 19 pacientes en su mayoría del área rural, donde la edad más afectada fue entre 20 y 40 años sin embargo un 16% menores de 20 años el procedimiento si presento efectos no beneficiosos ya que en la mayoría no existía paridad satisfecha en contraparte con el 21 % que se encontraban por arriba de los 40 años ya que la mayoría eran multigestas. El tiempo entre el procedimiento y la entrevista varia de 2 años a 1 mes por lo que no se pudo determinar los efectos de estas pacientes a largo plazo y en algunas solo se determino el efecto inmediato, por lo que en las pacientes a quienes se les realizo histerectomía subtotal que fue en el 90% comparada con las de histerectomía total no se pudo determinar la diferencia entre efectos, en la mayoría se conservaron los ovarios y solo en el 4% 1 ovario.

Conclusiones

Las características demográficas analizadas de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica fueron determinantes en el efecto de la misma en el estilo y modo de vida.

Existió corto tiempo desde la histerectomía a la entrevista por lo que no se pudo determinar la diferencia en los efectos entre los diferentes tipo de histerectomía.

La histerectomía obstétrica se realizo con mayor frecuencia en edades de 20 a 40 años sin embargo la mayoría menores de 20 años indico no tener efecto beneficioso ya que no tenían paridad satisfecha por lo que la paridad y la edad fueron determinantes en los efectos después de la cirugía.

GUATEMALA SAN CARLOS UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE, SCHOOL OF GRADUATE STUDIES,
MASTERS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, NATIONAL HOSPITAL QUETZALTENANGO.



EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION MODE AND LIFES TYLE OF PATIENTS WITH NATIONAL
HOSPITAL OBSTETRIC HYSTERECTOMY QUETZALTENANGO 2009 – 2010.

Author: Dr. César Amilcar Félix Hernández

ABSTRACT

Target

Establish what the epidemiological characteristics of style and lifestyle of obstetric hysterectomy patients at the National Hospital of Quetzaltenango.

Material and methods: A retrospective study was performed compiles information on patients who underwent obstetric hysterectomy in Quetzaltenango National Hospital during the years 2009-2010.

Results

We reviewed a total of 68 records of patients who underwent hysterectomy during 2009 to 2010, and documented a total of 26 who underwent obstetric hysterectomy having interviewed a total of 19 patients, mostly in rural areas, where most affected age was between 20 and 40 years but 16% under 20 introduce the procedure if no beneficial effects since in most parity was not satisfied in counterpart with 21% who were above 40 years since most were multiparous.

The time between the procedure and the interview varies from 2 years to 1 month so it could not determine the effects of these long-term patients and some only measured the immediate effect, so that the patients who them subtotal hysterectomy was 90% compared with total hysterectomy could not determine the difference between effects in most ovaries were preserved and only 4% 1 ovary.

Conclusions

The demographic characteristics of the patients studied underwent obstetric hysterectomy were determinant in the effect of the same in style and lifestyle.

There was a short time from hysterectomy to the interview so we could not determine the difference in effects between the different types of hysterectomy.

Ostetric hysterectomy was performed more frequently in ages from 20 to 40 years but most under 20 indicating no beneficial effect and parity were not satisfied so that parity and age were determinants in after effects surgery.

I INTRODUCCION

Cómo la histerectomía obstétrica afecta a la paciente en su modo y estilo de vida es muy complejo ya que posee importantes implicaciones, determinar cuáles son las características epidemiológicas en el estilo y modo de vida de aquellas pacientes que son sometidas a una histerectomía obstétrica, independientemente de su indicación es el objetivo principal de este estudio.

Se revisaron un total de 68 expedientes que corresponden a pacientes a quienes se les realizó Histerectomía durante el 2009 al 2010 en el Hospital Nacional de Quetzaltenango y se documentaron para el presente trabajo un total de 26 pacientes a quienes se realizó Histerectomía Obstétrica habiendo entrevistado un total de 19 pacientes correspondientes al 61%.

Se obtuvo el consentimiento informado de cada entrevistada se les realizaron 17 cuestionamientos referentes al estilo y modo de vida para identificar en cuales de estos si tuvo efecto negativo o positivo la histerectomía obstétrica.

Varios de los aspectos fueron modificados sin embargo para unas pacientes fue beneficiosa la histerectomía, en algunas fue perjudicial sin lograr en el 100% de las entrevistadas determinar la razón de este efecto

Hoy en día aun en las áreas rurales de Guatemala y en algunas familias culturalmente se menosprecia a la mujer que no puede tener hijos y por lo tanto culturalmente no son aceptadas aquellas que por alguna razón se le realizó histerectomía, sin embargo como se pudo determinar en la presente investigación, el 79% no fue afectada en este aspecto, en la presente investigación se analizan 16 aspectos más que igual a este son sumamente importantes.

II ANTECEDENTES

Mario Martínez R Departamento de Ginecología, Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", México, DF. Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y analítico en pacientes del servicio de ginecología del Instituto Nacional de Perinatología, para evaluar la función sexual de pacientes que fueron sometidas a histerectomía laparoscopia por patología benigna. La evaluación de la función sexual se realizó de forma preoperatoria y seis meses después del evento. No hubo diferencia significativa en la función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía ($z = -1,603$; $p > 0,109$). No hubo diferencia significativa entre las mujeres con y sin disfunción sexual en relación con la edad, escolaridad, inicio de actividad coital, temores hacia la sexualidad y experiencias sexuales traumáticas en la infancia. *Conclusiones:* La función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía no se ve afectada por la histerectomía total laparoscopia ó la histerectomía subtotal laparoscopia. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. (4)

Andrea Cárdenas HISTERECTOMÍA Y ANSIEDAD: Estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica pre quirúrgica. La histerectomía es valorada por las pacientes como una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con reconocido efecto negativo sobre la recuperación postquirúrgica. Para contrarrestar dichos efectos psicológicos adversos se han desarrollado diferentes tipos de programas de preparación para cirugía, los cuales buscan hacer más controlable y predecible el proceso pre y posoperatorio, facilitando la recuperación. El presente estudio buscó comparar dos tipos de preparación para cirugía en mujeres programadas para histerectomía abdominal en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá. El primer grupo de 30 mujeres, recibió una preparación basada en la consideración particular de las estrategias de afrontamiento. El segundo grupo, también de 30 mujeres, recibió preparación mediante información escrita. Como variables de resultado se estudiaron los niveles de ansiedad pre y posoperatoria, la magnitud del dolor postoperatorio percibido y la presencia de complicaciones postquirúrgicas inmediatas. Los resultados revelaron que las participantes del grupo que recibió el primer tipo de programa presentaron mayor disminución en la ansiedad ($p < 0,01$), menor nivel de dolor percibido ($p < 0,05$) y una baja frecuencia de complicaciones, que aquellas que recibieron la preparación a través de información escrita. (5)

José Caro M. Se presenta la revisión de 25 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) peri parto ocurrido en el Hospital de Puerto Montt en el período 2000 - 2005. En 24 casos (96%) el parto fue por operación cesárea. El riesgo de HO peri parto es 56 veces mayor en los partos cesárea que en los partos vaginales. Las principales causas de interrupción fueron cicatriz de 2 o más cesáreas en las cesáreas electivas y en las cesáreas urgentes la metrorragia del tercer trimestre. La principal causa clínica de HO es el acretismo placentario en 12 casos (48%) seguido de atonía uterina en 8 casos (32%). El estudio histológico se hizo en el 76% de los casos de los cuales el 80% confirma acretismo placentario. La HO total se realizó en 13 casos (52%) y subtotal en 12 casos (48%). El tiempo operatorio promedio fue de $124,3 \pm 37,8$ minutos. El hematocrito post operatorio tiene un descenso menor en las pacientes con HO subtotal que en la total ($p < 0,05$). La principal complicación fue la lesión vesical, que ocurrió en mayor proporción en el grupo de la HO total versus la subtotal (3:1), sin diferencias significativas. No se registró muerte materna asociadas a HO; hubo 4 muertes neonatales, 3 en relación a sufrimiento fetal agudo por metrorragia del tercer trimestre y 1 por infección ovular. (1)

LUCIANO J. PASCAU ILLAS Centro de Inmunología Molecular, Hatabey, La Habana (Cuba) El estudio que presentamos tiene por objetivo conocer si las neoplasias malignas de mama y útero provocan en las pacientes operadas, y en sus parejas, un impacto psicológico negativo en las relaciones sexuales, cuáles son los problemas sexuales que se presentan después de la intervención quirúrgica y si existen diferencias entre ambos tipos de pacientes: mama/útero, profundizando en los aspectos psicológicos, orgánicos, psicosociales y socioculturales que interfieren en su vida sexual. Los resultados permitieron constatar que el 100% de las mujeres sometidas a una intervención quirúrgica por estas neoplasias sufren un negativo impacto psicológico que se manifiesta en forma de cambio de actitud hacia la sexualidad y disminución de la actividad sexual. (6)

Hiroyuki en Japón presenta un estudio retrospectivo donde reporta 17 pacientes con histerectomía post-parto entre 1985 y 1998, con una incidencia de 1 en 6978 partos (0.014%), el 23.5% después de un parto vaginal el 76.5% después de una cesárea (3)

Adel en Jordania reportó un estudio con 21 casos de histerectomía peri parto de emergencia con una incidencia de 0.5 por 1000 partos, 19 de los cuales fueron cesárea histerectomía. El IMP es un establecimiento de salud centro de referencia de pacientes con

patología obstétrica a nivel nacional y atiende un volumen poblacional importante, por lo que es pertinente la realización del presente estudio para conocer el estado actual de la histerectomía obstétrica. (4)

Páez AJA, Se han identificado muchos trastornos relacionados con la indicación de histerectomía postparto de urgencia, dentro de la que figura esencialmente el sangrado abundante, pero también existen otras causas asociadas con la hemorragia que condicionan trastornos en la contracción uterina y poca respuesta a la terapia implementada, con aumento de la morbilidad materno-fetal. En el periodo de un año, se registraron en forma prospectiva todas las mujeres que necesitaron histerectomía obstétrica, las cuales ingresaron al Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza", en quienes además se buscaron otras causas asociadas a la indicación del procedimiento quirúrgico. La edad de las pacientes fue de 20 a 41 años, en las cuales se realizaron 41 histerectomías, pero sólo 25 de estos casos presentaron otro trastorno asociado, donde la ruptura prematura de membranas tuvo una frecuencia de 32%, la preeclampsia severa 20% y la miomatosis uterina 16%, otras 8 patologías asociadas a esta complicación obstétrica se presentó en un caso por cada uno de los trastornos registrados. La estancia hospitalaria promedio fue de 2.5 ± 0.2 (M \pm DE) días preoperatorios y de 8.5 ± 0.3 días postoperatorios. Las anomalías señaladas en este estudio, incluyen trastornos orgánicos como la miomatosis, efecto de la miomectomía, hidrocefalia, perforación uterina, útero bicorne y la ruptura prematura de membranas, así como los trastornos funcionales como la preeclampsia severa, obesidad materna, embarazo con portación de DIU, cisticercosis materna y la cardiopatía por doble lesión mitral. El Apgar de los recién nacidos vivos a término, mostró una baja calificación al primer minuto, con buena recuperación en la mayoría de los casos. La influencia de esta patología puede deberse a las anomalías que ocurren en la pared uterina y en consecuencia a los procesos de involución que deben presentarse después de la salida del producto de la concepción, por lo tanto, estos trastornos asociados al embarazo se deben tomar en cuenta como factores de riesgo para esta complicación obstétrica, con la finalidad de implementar acciones preventivas para evitar en alguna medida este procedimiento quirúrgico. (5)

Arch Med 2008 Se realizó una investigación observacional descriptiva retrospectiva para conocer el comportamiento de algunas variables maternas relacionadas con la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Docente

Materno Infantil “10 de Octubre” en los años 2004-2006. La mayor proporción de pacientes investigadas pertenecían al grupo de edad de 30 a 34 años, eran nulíparas y tenían una edad gestacional entre 37 y 42 semanas. El 18.18% tuvo como maniobra presuntamente causal una interrupción voluntaria del embarazo y el 44.44% de los casos fueron partos eutócicos. La Macrosomía fetal constituyó el principal antecedente obstétrico encontrado. La indicación más frecuente de la histerectomía fue la atonía uterina y la anemia estuvo presente el 29.87% de los casos. Al 62.34% de las pacientes se les realizó ligadura de las arterias hipogástricas y el 66.23% tuvo una estadía postoperatoria superior a los siete días, evolucionando sin secuelas el 89.61%.(6)

Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias” El programa de atención materno infantil en nuestro país es una prioridad en el terreno de la salud pública, con el fin de lograr un parto feliz, con un producto esperado por la familia, que disfrute de buena salud y una madre capaz de lactarlo e incorporarse de forma activa a la sociedad.

El parto y el puerperio, constituyen un período de riesgo, donde pueden aparecer enfermedades dependientes o asociadas con el embarazo que pueden comprometer la vida de la madre, entre las diversas complicaciones que pueden surgir. Por tanto, en ocasiones no existe otra alternativa que realizar la extirpación del útero como único tratamiento para salvar la vida.

La histerectomía en Obstetricia se refiere a extirpaciones uterinas realizadas de urgencia por indicación médica ante una complicación del embarazo, parto o puerperio o por agravamiento de una enfermedad preexistente, que debe ser resuelta en este período. La decisión tardía de una histerectomía obstétrica puede conducir a la muerte de la paciente.

La indicación más frecuente del proceder en la actualidad es la atonía uterina, aunque con la introducción de las prostaglandinas se ha reducido la misma. La placenta *acreta* asociada a las cesáreas iteradas y el mioma uterino como factor de riesgo, han aparecido con frecuencia como indicación para la histerectomía obstétrica.

Consideramos que aunque la operación sea indicada en forma oportuna y realizada por manos expertas no está exenta de complicaciones que pueden conllevar a la muerte materna. (7)

Nasser Baabel Z. Universidad del Zulia, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Pedro García Clara. *Antecedentes:* La función sexual femenina es un importante indicador de la calidad de vida, la cual puede

verse afectada al llegar la menopausia. *Objetivos:* Comparar la función sexual en mujeres con menopausia natural y quirúrgica que acuden a la consulta de ginecología del Hospital "Dr. Pedro García Clara", Estado Zulia, Venezuela. *Método:* Investigación de tipo comparativa y aplicada, con diseño no experimental, contemporáneo y de campo; que incluyó una muestra de 80 pacientes con diagnóstico de menopausia, divididas en dos grupos de acuerdo al tipo de menopausia y evaluadas mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). *Resultados:* Hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) a favor de las hysterectomizadas en cuanto a los indicadores: frecuencia de la excitación, frecuencia del orgasmo y dolor posterior a la penetración, así como a las dimensiones deseo, orgasmo y dolor. Si bien la puntuación total alcanzada en ambos grupos no mostró diferencias significativas entre ellos, las mujeres hysterectomizadas presentaron mejores puntuaciones. *Conclusiones:* No existen diferencias en la función sexual general entre las menopáusicas naturales o quirúrgicas, salvo para el deseo, el orgasmo y dolor. (10)

Quesnel García Benitez En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), se realizó un estudio retrospectivo de 675 pacientes sometidas a hysterectomía obstétrica en el periodo comprendido del 1 de enero de 1985 al 31 de diciembre de 1995. En cuanto a la edad en que se efectuó dicho procedimiento, presentó una mayor incidencia en los tres grupos comprendidos entre los 26 y 40 años, representó una mayor incidencia en los tres grupos comprendidos entre los 26 y 40 años, representando el 72.5 por ciento (387 casos). La mayor incidencia correspondió a pacientes que contaban con 2 a 4 gestaciones previas, constituyendo 60.5 por ciento (409 casos) de la población estudiada. El 34.8 por ciento de las hysterectomías obstétricas se practicó en pacientes con una cesárea previa, seguidas del grupo de pacientes con tres y dos cesáreas anteriores (24.5 por ciento y 22.2 por ciento, respectivamente). La edad gestacional en 51.1 por ciento (345 casos) fue de término, mientras que 38 por ciento (257 casos) fue de pretérmino, en 1.4 por ciento (10 casos) de pos término y, finalmente, en 9.3 por ciento (63 casos) fue menor de 20 semanas. Las indicaciones principales para la realización de la hysterectomía obstétrica fueron el acretismoplacentario en 34.07 por ciento (230 casos), atonía uterina en 32.4 por ciento (219 casos), deciduomiometritis en 6.3 por ciento (43 casos) y ruptura uterina en 4.5 por ciento (31 casos). Las complicaciones más frecuentes durante el procedimiento comprendieron la hipovolemia (12.1 por ciento), lesión vesical (5.4 por ciento) y lesión ureteral (0.7 por ciento). Como complicaciones posoperatorias, se tuvieron anemia (61.6 por ciento), síndrome febril

(7.5 por ciento), íleo mecánico (7.5 por ciento), absceso parietal (3.4 por ciento) y fístula vesicovaginal (1.6 por ciento). Se informó en total de 8 muertes maternas (1.1 por ciento) (AU) (9)

Geovani Rodriguez Romero Se realizó una investigación observacional descriptiva retrospectiva para conocer el comportamiento de algunas variables maternas relacionadas con la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Docente Materno Infantil “10 de Octubre” en los años 2004-2006. La mayor proporción de pacientes investigadas pertenecían al grupo de edad de 30 a 34 años, eran nulíparas y tenían una edad gestacional entre 37 y 42 semanas. El 18,18% tuvo como maniobra presuntamente causal una interrupción voluntaria del embarazo y el 44,44% de los casos fueron partos eutócicos. La Macrosomía fetal constituyó el principal antecedente obstétrico encontrado. La indicación más frecuente de la histerectomía fue la atonía uterina y la anemia estuvo presente el 29,87% de los casos. Al 62,34% de las pacientes se les realizó ligadura de las arterias hipogástricas y el 66,23% tuvo una estadía postoperatoria superior a los siete días, evolucionando sin secuelas el 89,61%. (10)

Histerectomía:

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados; después de la operación cesárea ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores más frecuentes, según cifras provenientes de Norteamérica y Europa (1)

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero. Durante una histerectomía, el útero se puede extirpar de forma total o parcial. Las trompas de Falopio y los ovarios también se pueden extraer. Una histerectomía parcial consiste en la extirpación de sólo la parte superior del útero, dejando intacto el cuello uterino. (1)

Una histerectomía total consiste en la extirpación de todo el útero y del cuello uterino. Una histerectomía radical es la extirpación del útero, los tejidos de ambos lados del cuello uterino (parametrio) y la parte superior de la vagina. (2)

Una histerectomía se puede realizar a través de una incisión abdominal (histerectomía abdominal) o una incisión vaginal (histerectomía vaginal) o a través de incisiones

laparoscopias (histerectomía laparoscopia a través de pequeñas incisiones en el abdomen).
(2)

Indicaciones

- Tumores en el útero como fibroides uterinos o cáncer endometrial
- Cáncer de cuello uterino o displasia cervical severa (una afección pre cancerosa del cuello uterino)
- Cáncer de ovario
- Endometriosis en los casos en los que el dolor es severo y no responde a otros tratamientos no quirúrgicos
- Sangrado vaginal severo y prolongado (crónico) que no se puede controlar con medicamentos
- Prolapso uterino
- Complicaciones durante el parto

La cesárea fue una intervención temida en el pasado por la elevada morbi-mortalidad materna, pero hoy en día, gracias a los avances de la ciencia médica, es una operación cada vez más segura y es probable que en un futuro no muy lejano supere en frecuencia al parto vaginal como forma de terminación del embarazo.

La cesárea siempre ha sido y será controversial, pero a pesar de esto es cada día más frecuente debido a múltiples factores como: mejor conocimiento de la fisiopatología de la embarazada, papel fisiológico que cumple la placenta, estudio neonato, del desarrollo fetal in útero, del sufrimiento fetal, de la madurez placentaria y del papel del líquido amniótico en el medio ambiente fetal. Todo esto, aunado a las nuevas técnicas de observación e investigación fetal aportados por la ecosonografía, el Doppler, los adelantos de la anestesiología y la antibioticoterapia, mejor entrenamiento quirúrgico al nivel de postgrado, menos entrenamiento en la atención vaginal de casos complicados, como sucede en la presentación podálica, hacen que los especialistas jóvenes estén más motivados a practicar una cesárea.

No es descartable el temor del tocólogo ante las demandas judiciales que se presentan cuando hay un recién nacido deprimido producto de un trabajo de parto prolongado y laborioso o con secuelas de una aplicación de fórceps cuando se ha podido practicar una cesárea para evitar estos problemas.

También es importante tener en cuenta la opinión y el sentir de la embarazada. En el pasado la mujer ocupaba un papel pasivo en la sociedad, estaba dedicada a su hogar y sin aspiraciones profesionales. El matrimonio y el embarazo ocurrían cuando todavía era joven, edad en la que existe menos miedo al dolor menos preocupaciones a lo desconocido, En contraste con esto, la mujer moderna tiene metas profesionales, contrae matrimonio en edades avanzadas de su vida fértil y busca descendencia en una edad ya madura. Esta mujer tiene más miedo al parto, suele tener más complicaciones obstétricas y médicas que hacen más frecuente la cesárea y no es raro ver cómo la paciente solicita que el nacimiento se haga por cesárea de una manera electiva, sin que haya una indicación obstétrica o médica distinta su deseo de que el bebé nazca por esa vía.

Por otra parte no se debe dejar de mencionar que la cesárea tiene más complicaciones que un parto vaginal fácil, a un costo mayor; así como también recordar que hay muchas complicaciones del neonato que se pueden incrementar por la cesárea. En todo caso, queda mucha materia por discutir y habrá que llegar a conclusiones con el transcurrir del tiempo para poder evaluar en el futuro cuál es la mejor forma de resolver un embarazo en beneficio del binomio materno- fetal.

La histerectomía obstétrica es una intervención que se realiza, en la mayoría de los casos, de emergencia con el fin de solucionar una complicación obstétrica. Más controversial resulta su práctica cuando no existe una emergencia para solucionar problemas ginecológicos o en los casos de deseo de esterilización. La histerorrafia es la operación que se practica con el fin de suturar una herida uterina producida por perforación, ruptura o dehiscencia de cicatriz anterior (3)

Conceptos centrados en la actividad sistemática de los grupos humanos y de las personas. Modo de vida y estilo de vida

Modo de vida

El modo de vida es concebido como una categoría económica y socio histórica, que incluye la vida espiritual y es utilizada para designar el conjunto de actividad vital, socializada y sistemática que realizan los hombres para la satisfacción de sus necesidades en sus

distintos niveles de interacción social y grupal (no individual) condicionados por la formación socioeconómica imperante.

El modo de vida como actividad vital sistemática de la comunidad, se transforma de forma relativamente inmediata y ajena a la voluntad de los hombres, lo cual está determinado por los cambios en las condiciones de vida que generan las relaciones de propiedad, jurídicas, morales y estéticas. No obstante, se hace necesario precisar que sería erróneo creer que el modo de vida de la comunidad y las personas siempre evoluciona hacia la incorporación de actividades favorables para la salud. Un claro ejemplo es el aumento del nivel de vida por el incremento salarial, que no siempre desencadena actividades para proteger la salud ya que con él pudiera incrementarse el consumo de café, cigarro, alcohol, alimentos "chatarra", consumo de artículos intrascendentes.

La estructura económico-social y el grado de desarrollo de la cultura en cada lugar y época histórica, se expresan en la actividad humana colectiva como su modo de vida.

Estilo de vida

En el nivel individual la actividad sistemática del hombre se modela de forma diferente, se nutre del modo de vida familiar y social, pero es condicionado o mediatizado por la personalidad del individuo y por esa razón debe diferenciarse del modo de vida y usarse sólo para el sujeto como unidad de la especie.

Cuando se intenta modificar las condiciones de vida, hay que tener en cuenta la forma en que la persona asimila esos cambios y en qué medida se plasman en su sentido, sus motivaciones, actitudes y conducta. Dichos cambios no se convierten en comportamientos automáticos y habituales porque lo deseen los especialistas en salud y lo divulguen los medios de comunicación. Esto nos plantea que una cosa es dar información y otra es comunicar, educar y cambiar conductas.

La personalidad se identifica o subestima en determinadas actividades del modo de vida familiar o social, por lo que las hará suya o no, seleccionando (no siempre conscientemente), estructurando y dirigiendo las actividades del estilo de vida de ese individuo concreto.

El estilo de vida como unidad de lo social y lo individual, es concebido como la realización, en el plano de la actividad práctica del individuo, de su estilo de regulación psíquica, o lo que es lo mismo: la actividad de la personalidad de cada sujeto realizada en la práctica social sistemática, cotidiana en la solución de sus necesidades y motivaciones.

Entre las actividades de sus necesidades básicas que conforman el estilo de vida se encuentran la actividad laboral, educacional, nutricional, sexual, religiosa, física, recreativa.

El estilo de vida y la actividad cotidiana que lo integrará, pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza o la forma en que lo realiza, por las características de su nutrición o por su vida sexual, entre otras actividades.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

Aspectos generales:

Consiste en la extirpación del útero durante una cesárea o en el puerperio, por complicaciones relacionadas con el embarazo o por indicaciones ginecológicas. La que se realiza durante la cesárea es conocida como operación de Porro y consiste en practicar una cesárea seguida de histerectomía total o subtotal. En condiciones ideales siempre es preferible practicar la técnica total; sin embargo, en aquellas pacientes en malas condiciones generales donde existe dificultad técnica para la extracción del cuello, es preferible la técnica subtotal para acortar el tiempo quirúrgico y disminuir la morbi-mortalidad materna. También se puede practicar una técnica radical, con vaciamiento ganglionar, en los casos de cáncer invasivo. (1)

Aspectos históricos

La histerectomía obstétrica se desarrolló a finales del siglo XVIII, con el fin de disminuir la mortalidad de la cesárea que era del 100%. En esta época, prevalecía la idea de que el útero era indispensable para la vida hasta que, en 1768, en Florencia, Joseph Cavallini demostró lo contrario realizando histerectomías en animales con y sin embarazo.

La primera histerectomía durante una cesárea fue realizada en 1868, en Boston, por Horacio Robinson Storer, pero la paciente murió a los 3 días. El primer caso con sobrevivencia de la paciente fue realizado en 1876, por Eduardo Porro, de allí que la cesárea acompañada de histerectomía lleva el nombre de este autor.

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX la operación se realizaba exclusivamente para casos de emergencia pero después prevaleció la controversia de si practicarla electivamente por indicaciones ginecológicas o por esterilización. (6)

Indicaciones (7)

Emergencias obstétricas

Hemorrágicas

Ruptura uterina

 Espontánea

 Traumática

Embarazo ectópico

Hematomas severos

Alteraciones placentarias

 Placenta acreta, increta o percreta

 Placenta previa complicada

 Desprendimiento complicado

Hemorragias postparto

 Atonía rebelde al tratamiento médico

 Inversión uterina

Sepsis

 Corioamnioitis

 Abscesos miometriales

Ausencias de emergencia

Fibromatosis severa

Neoplasia cervical intraepitelial

Cáncer cervical precoz

Neoplasias ováricas

Electivas

Cicatrices previas o múltiples defectos

Problemas ginecológicos

Endometriosis

Enfermedad inflamatoria pélvica

Menstruaciones irregulares

Hipermenorrea

Adherencias

Deseo de esterilización.

Por emergencia obstétrica:

En donde si no se realiza la histerectomía existe el peligro de muerte materna inminente.

En ausencia de emergencia:

Por indicaciones que existían antes de la cesárea o por hallazgos durante la intervención que sean indicación de una histerectomía y si no se practica en ese momento se debe realizar posteriormente porque pone en peligro la vida de la paciente. (7)

Electivas:

Cuando existe una indicación antes o durante el embarazo, pero el hecho de no practicar la histerectomía no pone en peligro la vida de la paciente. Si bien la histerectomía de emergencia no tiene comentarios, la que se practica en ausencia de emergencia y la electiva son muy controversiales. La ventaja es que se puede solucionar un problema ginecológico con una sola intervención, un sólo riesgo y a un costo discretamente mayor. La desventaja es el tiempo quirúrgico más largo, una morbilidad mayor y el requerir un mejor entrenamiento quirúrgico. (7)

Técnica quirúrgica

La técnica es la de la cesárea convencional, seguida de una histerectomía con la técnica que sea más familiar para el cirujano. Suele ser una intervención técnicamente difícil de realizar por la gran vascularización, el edema de las estructuras y los cambios anatómicos del útero grávido y de sus estructuras de sostén. (8)

También puede suceder que no se realice la identificación del límite entre el cuerpo y el cuello uterino por la alteración anatómica, lo que puede impedir la extracción total del útero. La hemostasia debe ser cuidadosa y se deben emplear, por lo menos, dos suturas por cada vaso principal. La manipulación de las estructuras debe ser cuidadosa porque el tejido suele estar friable y son frecuentes las lesiones de los paquetes varicosos y de la vejiga. Antes de cerrar el abdomen se debe hacer un control final de la hemostasia; si el sangrado es en capa, se dejan materiales antihemorrágicos y el drenaje de la cavidad debe ser realizado con drenes activos. (8)

El obstetra debe estar familiarizado con las técnicas de prevención de hemorragia como son: la ligadura de las arterias uterinas, la compresión de la aorta para disminuir el sangrado e

identificar los vasos que están sangrando, la ligadura bilateral de las arterias ilíacas internas y por supuesto, con la histerectomía porque con las medidas anteriores no se pueden solucionar algunos casos de hemorragia. (8)

Histerorrafia

Es aquella operación que se practica con el fin de suturar una herida uterina. Durante la cesárea se practica una histerorrafia; sin embargo, el término histerorrafia, se reserva para la sutura de una herida uterina ocasionada por perforación, ruptura o dehiscencia de cicatriz anterior. (4)

Perforación uterina

Es aquella producida por instrumentos como histerómetros, cánulas para biopsia de endometrio, bujías dilatadoras de cuello uterino, curetas, dispositivos intrauterinos, etc. La mayoría responde bien a la observación cuidadosa de la paciente, con uso de oxitócicos, control de hematocrito seriado y examen físico frecuente, buscando signos y síntomas de irritación peritoneal.

En caso de que la hemorragia continúe a pesar de las medidas anteriores, se debe practicar un laparotomía exploradora con el fin de suturar el lecho sangrante mediante puntos separados con aguja atraumática. (4)

Ruptura uterina

Es la lesión perforante de pared uterina en úteros grávidos a término o cerca del término. En estos casos está indicada la laparotomía de emergencia para practicar una histerorrafia de manera similar a la que se practica durante la cesárea. Si existe necrosis de los bordes de la herida y no se pueden resecar se debe practicar histerectomía. (4)

Dehiscencia de cicatriz anterior

Es la lesión uterina que se diagnostica durante la revisión posterior al parto en una paciente con cesárea anterior. El tratamiento depende del tamaño de la dehiscencia y del volumen de sangrado aunque, generalmente, es la histerorrafia. El pronóstico obstétrico de estas pacientes va a depender de las condiciones que originaron la herida uterina y, aunque no es bueno, siempre es mejor que en los casos en que hubo ruptura uterina. (4)

Efectos Secundarios

Estos van a depender de la edad, la razón de la intervención, si la paciente todavía menstruaba, así como del tipo de histerectomía que se le realizó. En caso de que no se extirpen los ovarios, la mujer continúa registrando cambios hormonales (como cuando tenía su periodo), pero no tendrá sangrado. Pero si los ovarios han sido extirpados sufrirá de cambios similares a los de la menopausia, los cuales pueden incluir: (4)

- Bochornos
- Sequedad vaginal
- Sudor nocturno
- Cambios de estado de ánimo

Estos efectos, se pueden aliviar (o incluso evitar) a través de un tratamiento a base de estrógeno (hormona producida por los ovarios) además de un suplemento de calcio, para mantener fuertes los huesos.

Este tratamiento permite aliviar los sudores nocturnos, la depresión y el nerviosismo, los cuales están relacionados con la falta de sueño, evita la osteoporosis, el adelgazamiento de la pared vaginal y la sequedad de la misma.

ASPECTOS PSICOSOMATICOS DE LA HISTERECTOMIA

La paciente y el médico deben tomar en conjunto la decisión de proceder a la histerectomía. Son inciertos los factores que hacen que la paciente o el médico se decidan por la histerectomía y los motivos por los que las pacientes con trastornos semejantes eligen diferentes tratamientos. En el caso de muchas, la decisión de que se realice histerectomía puede ser repentina. Afrontan los riesgos de la anestesia y la intervención quirúrgica y si son pre menopáusicas deben hacer frente también a la pérdida de la menstruación y a la capacidad para procrear. Muchas mujeres se preocupan que el procedimiento origine pérdida de la feminidad, disminución de la satisfacción sexual o aumentos de sus problemas interpersonales con sus cónyuges. La preocupación por la pérdida de las vías reproductivas es mayor que la relacionada con la pérdida de los otros órganos intrabdominales. Es esencial ofrecer consejo y preparación preoperatorio adecuada para volver mínima la posibilidad de que la paciente tenga malos resultados. (9)

En un estudio que se realizó donde se estudiaron a 23 mujeres que se habían sometido a histerectomía. La mayoría lamentaba la pérdida de la menstruación, y lo hicieron incluso cuando previamente habían presentado dismenorrea. Varias de estas mujeres consideraron el ciclo menstrual como una forma en que el cuerpo se deshacía de los desechos y se sentían mejor después de la fase menstrual de su ciclo. (10)

Efectos psicológicos

Generalmente, los efectos físicos secundarios se pueden controlar con medicamentos, pero los efectos psicológicos en ocasiones son más difíciles de tratar. Existen factores externos, como valores culturales, normas sociales, la opinión de la pareja y la personalidad de la paciente, que influyen en forma determinante sobre su estado psicológico, lo que puede provocar:

- Cansancio
- Dolor pélvico
- Depresión
- Autoestima baja
- Sensibilidad a los ruidos
- Cefaleas (dolores de cabeza)
- Cambios de humor
- Fatiga muscular
- Falta de ánimo
- Llanto

Depresión.

La variación en las reacciones de las mujeres a la histerectomía es muy grande. En la mayoría de los estudios se sugiere que hay pocas pruebas de que la histerectomía incremente el riesgo de depresión. Algunos investigadores han informado depresión y aumento de la incidencia de síntomas psiquiátricos después de la histerectomía, un investigador informó que casi el doble de las mujeres habían ingresado a las salas de un hospital psiquiátrico después de operaciones pélvicas en comparación con otro tipo de intervenciones, sin embargo otros investigadores no han encontrado relaciones de esta clase y algunos informan incluso disminución de los síntomas después de la histerectomía. No se ha podido dilucidar el impacto de la histerectomía sobre el desarrollo de depresión, porque la

mayor parte de los estudios son retrospectivos y no están bien controlados para la depresión preoperatorio.

Las pacientes que experimentan ansiedad preoperatoria moderada evolucionan mucho mejor después de operarse de las que tienen poca ansiedad o ninguna, o que las que experimentaron una reacción intensificada. Tanto los retrasos prolongados de la operación como el tiempo muy breve antes de efectuar esta hacen que se aumente la ansiedad de las pacientes. Las mujeres que habían planeado tener más hijos en el futuro son las que más problemas presentan en el post operatorio inmediato. (10)

Sexualidad:

La incidencia de disfunción sexual después de la histerectomía se encuentra entre el 10 y 40 %. Las estimaciones varían según las modificaciones de los estudios, las diferencias culturales y las definiciones empleadas para establecer el diagnóstico. Algunas pacientes informan disminución del libido después de la histerectomía, mientras que otras informan que el libido aumenta gracias a la pérdida de miedo al embarazo no deseado, las prácticas sexuales continúan sin cambios, sin embargo algunos investigadores informan deterioro de las relaciones sexuales.

El material publicado se inclina a favor de que la histerectomía no produce secuelas psiquiátricas o disminución del funcionamiento sexual en la mayoría de las pacientes y el mejor factor de predicción del funcionamiento sexual posoperatorio es la satisfacción sexual preoperatoria de la paciente.(11)

Problemas psicosexuales

Varios estudios prospectivos han demostrado que después de la histerectomía no existe cambio o hay mejoría de la actividad sexual. Esta mejoría puede ser resultado de la ausencia de temor a un embarazo no deseado.

En un estudio realizado por María Álvarez y Patricia Cruz (1999), en el hospital psiquiátrico de Caracas, se analizó si la información que se le proporciona a una paciente que va a vivir un proceso de histerectomía influye en la depresión post - operatoria, se evaluaron dos grupos uno experimental y otro control, el grupo experimental estuvo conformado por 15 pacientes y el grupo control por 16, se les aplicaron las siguientes herramientas: una

entrevista semiestructurada a ellas y a sus parejas a ambos grupo se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Evaluación de la Actividad Global y el GRAFFAR. Los resultados de esta investigación arrojan que no hay diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control es decir la información que se le puede dar a una mujer antes de vivir una histerectomía. Las autoras consideran que la información acerca de la cirugía no es la que determina la depresión post- operatoria, describen otros factores que influyen esta como lo son el que la pareja no acepte la cirugía, el deseo de tener un hijo más problemas e insatisfacción en la vida marital, falta de un compromiso vocacional, demasiadas cirugías y antecedentes psiquiátricos. Se sugiere se amplíen las investigaciones sobre este tema ya que mencionan que existe muy poca información al respecto.

En otra investigación que fue realizada en el estado de Yucatán (Pedro Sánchez Escobedo, Thelma Cetina Canto, Patricia Menéndez Antuñano, 1996), se describieron los efectos psicológicos de vivir la histerectomía en mujeres yucatecas, específicamente en aspectos como la autoestima y el concepto de feminidad, las personas que participaron en el estudio fueron cuarenta y una mujeres de 22 a 47 años, se les aplicó la Escala de Depresión de Zung, Inventario de Autoestima de Coopersmith, se elaboró una lista de verificación de 22 síntomas físicos que deberán ser leídos cuidadosamente por las mujeres para poder indicar la frecuencia de su aparición en los últimos tres meses en la columna adecuada. Se consideran cuatro opciones de respuesta posible, a cada una se le asignó un valor numérico. La calificación máxima fue de 88 puntos y la mínima de 22 puntos. Un cuestionario de creencias en donde se incluyen los datos demográficos, preguntas abiertas destinadas a coleccionar las creencias que tienen las mujeres de la muestra acerca de los cambios que experimentarán después de la intervención. Contiene preguntas como: ¿Qué cree usted que va a ser diferente después de su operación? Los resultados de esta investigación indican que no existen efectos psicológicos negativos en las mujeres que se sometieron a la histerectomía que observaron beneficios psicológicos a mediano plazo en las mujeres con histerectomía.

En un estudio realizado en el Department of Obstetrics and Gynecology, The Brooklyn Hospital Center, Brooklyn, NY, (Roussis, Nicholas P. MD; Waltrous, Leone MD; Kerr, Ángela MD; Robertazzi, Robert MS; Cabbad, Michael F. MD, 2004) se estudio la respuesta sexual en pacientes después de la histerectomía, tomando en cuenta los diferentes procedimientos utilizados en la histerectomía como lo son: abdominal total contra supra cervical contra un

procedimiento vaginal encontrando que las mujeres estudiadas no presentaron cambios significativos en la autoestima y la imagen corporal después de la histerectomía. Su sexualidad tampoco se vio afectada.

La mayoría de las investigaciones revisadas hacen referencia al beneficio fisiológico de las pacientes, ya que con esta cirugía evitan diversos malestares como son los sangrados intensos, dolores abdominales por la histerectomía. En la mayoría de los estudios no se habla de los efectos a nivel psicológico, o en la autoimagen, a pesar de que las mujeres estudiadas mencionan efectos desfavorables a nivel de autoimagen después de la cirugía.

En otros estudios la depresión fue el problema más frecuente. Los estudios retrospectivos mostraron un aumento de depresión, agitación e insomnio, ansiedad no específica y problemas psicosomáticos y de comportamiento sexual. Los estudios prospectivos demostraron, antes de la histerectomía, depresión o ansiedad siendo la proporción de estos síntomas variables en los diferentes estudios. Las anomalías psicológicas antes de la histerectomía, pueden deberse a un estado de ansiedad o estrés transitorio antes de la operación, pero también pueden ser causadas por trastornos psicológicos preexistentes o secundarios a síntomas ginecológicos como menstruaciones dolorosas o dolor pélvico crónico.

Hay varias teorías para explicar la alta incidencia de morbilidad psicológica antes y después de la histerectomía. Algunas de ellas han probado ser falsas. También se ha demostrado que algunas patologías que preceden a la histerectomía no se modifican después de ellas. (12)

Enfermedad psiquiátrica preexistente:

La historia de enfermedad psiquiátrica es un factor predictivo importante de un resultado psicológico adverso después de la histerectomía. La depresión pre histerectomía que persiste después de la operación (31 a 64%) es más frecuente que la depresión que aparece después de la operación (8 a 14%). (8)

Mitos y creencias

Existen variados mitos, creencia e información incompleta en relación a esta cirugía. La percepción de la operación se relaciona con el grado de información médica, vale decir, que

las mujeres con menos información tienen una percepción más confusa y vaga y requieren, por tanto, un fuerte apoyo educativo. (7)

Tratamiento Médico Quirúrgico de las Hemorragias y del Alumbramiento

La hemorragia postparto es una de las principales cinco causas de mortalidad materna, tanto en los países desarrollados, como en vías de desarrollo. La muerte por hemorragia postparto es fundamentalmente prevenible. Es sumamente importante que el personal sanitario que atiende la urgencia obstétrica esté capacitado para prevenir, hacer un diagnóstico precoz y llevar a cabo un rápido manejo de la hemorragia puerperal. El objetivo de la siguiente revisión es exponer las principales causas de hemorragias postparto y fijar la efectividad y seguridad de las diferentes medidas tanto farmacológicas, empleadas para el tratamiento de la hemorragia postparto primaria. Este artículo se centra en la prevención y manejo de la hemorragia postparto con diversos tratamientos médicos: perfusión de oxitócica, prostaglandina F2a. Prostaglandina E2. Misoprostol, método quirúrgico, histerectomía ligadura de la arteria iliaca interna y otros métodos como las técnicas de compresión uterina y la embolización de las arterias uterinas.

La metrorragia postparto es la complicación más importante del tercero y cuarto periodo del parto, precisando un rápido diagnóstico y un tratamiento adecuado para su atención. Es una circunstancia que pone a prueba los conocimientos y temple del obstetra que ve peligrar por un lado a la mujer y por otro su coronaria.

El periodo del alumbramiento y el puerperio se asocian normalmente con un cierto grado de hemorragia genital, pérdida que suele infravalorarse en un 30-35%

Mediante técnicas de laboratorio se ha estimado en los partos vaginales una pérdida de unos 500 ml., en tanto que en las cesáreas sería de 1.000 ml.

Estas pérdidas son bien toleradas por las gestantes con mínimas repercusiones sobre tensión arterial y gasto cardíaco. Por ello una decisión más correcta y de aplicación clínica sería la de una pérdida hemorrágica postparto mayor de 1.000 ml. Independiente de la vía de nacimiento con esta dedición entre el 3-10% de los partos se complica con hemorragia, siendo esta una de las primeras causas de muerte materna. Hay una serie de factores obstétricos que predisponen a la hemorragia postparto, Sin embargo de cada 3 casos ocurren sin que exista ningún factor pre disponible.

Causas más frecuentes de hemorragia postparto

Atonía Uterina

Es responsable del 50% de las hemorragias del alumbramiento y del 4% de las muertes maternas. (8) Ocurre cuando luego de la salida de la placenta, el útero no se contrae por lo que hay pérdida continua de sangre desde el lugar donde estaba implantada la placenta. Aunque no siempre se encuentran, las causas pre disponentes son: embarazo múltiple, hidramnios, Macrosomía fetal, multiparidad, parto prolongado, mala dirección del alumbramiento o administración no controlada de oxitócicos.

Desgarros Obstétricos

Constituyen la segunda causa de hemorragia posparto, suelen estar relacionados con partos operatorios que lesionan el canal blando del parto aunque pueden aparecer también partos muy rápidos. El sangrado suele ser de menor cuantía pero constante, de sangre más roja comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta y sigue aun con útero contraído. (13)

Retención de Restos Placentarios

La retención de tejido placentario y de membranas después de la placenta es la causa del 5-10% de las hemorragias del postparto. Clínicamente se manifiesta por una hemorragia, no muy abundante pero persistente que procede de cavidad uterina con útero contraído o no, pero que no responde a la administración de oxitócicos.

Retención de Placenta

La ausencia del alumbramiento tras un periodo de 15-30 min. Puede deberse a:

- Encarcelación de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina, por espasmo del istmo, generalmente por tracciones intempestivas o fallas de contracciones uterinas. (14)
- Adherencia patológica de la placenta. Las diferentes formas de placentas adherentes tiene una característica básica común ausencia de decidua basal por ello la placenta se adhiere directamente al miometrio. Hay grados de penetración
- Acreta que llega al miometrio
- Increta que invade el miometrio

- Percreta que incluso llega al peritoneo visceral y a las estructuras vecinas. De todas ellas la más frecuente es la primera forma y habitualmente suele presentarse de forma local o parcial siendo muy rara la total.
- Últimamente se ha observado un aumento en la incidencia de las adherencias placentarias debido a diversos motivos.
- Incremento de Cesáreas
- Incremento de la cirugía uterina previa

Inversión Uterina

Es la invaginación del útero dentro de su propia cavidad. El fondo del útero se invagina en la cavidad y puede descender arrastrando sus paredes, atravesar el cuello y asomar por vulva. Luego de ocurrir esto con frecuencia el cuello y el segmento uterino interior forman un anillo de constricción que fija la porción invertida ocasionando edemas y congestión vascular, lo que agrava más la constricción inicial. Es una causa rara de hemorragia del alumbramiento aunque potencialmente muy grave. Solo un diagnóstico rápido y una conducta adecuada permiten evitar sus complicaciones por ello debe formar parte del diagnóstico diferencial, de todas las hemorragias postparto. (14)

Según su severidad, se clasifican:

- Primer Grado: inversión incompleta, el fondo invaginado llega al orificio cervical sin sobrepasarlo.
- Segundo Grado: llega a orificio cervical y a vagina.
- Tercer Grado: el fondo uterino prolapsado sobrepasa el plano de vulva. La causa exacta es desconocida, pero hay una serie de factores de riesgo como son: implantación fundica, placenta previa, acretismo placentario, así como algunas maniobras que la favorecen como son la expresión del fondo (maniobra de Crede) y la tracción excesiva del cordón umbilical, ambas para facilitar el alumbramiento.

Conducta Obstétrica en Hemorragias Postparto

El parto incluido el alumbramiento, debe ser asistido cuidadosamente para minimizar la pérdida sanguínea. Así mismo la tensión activa al tercer periodo; administración de oxitócicos ligadura y sección de cordón, así como tracción suave y controlada del mismo ha mostrado disminuir la hemorragia postparto frente a la conducta expectante. (14)

Tratamiento

Debe ser en lo posible etiológico, para ello hay que llegar con rapidez al diagnóstico de la patología responsable de la hemorragia. Ante una hemorragia postparto, la conducta inmediata incluye medidas generales avisar al personal adecuado, canalizar vía sonda vesical, analítica urgente, que incluya hemograma, hemostasia, así como pruebas cruzadas. Inmediatamente veremos si la hemorragia es antes o luego del alumbramiento placentario. Si no ha tenido lugar el alumbramiento se procederá, al alumbramiento manual. Puede ocurrir que encontremos o no el plano de clivaje. En el primer caso encontraremos el alumbramiento a continuación revisión de la placenta y la cavidad uterina pasando una legra de Pinard, si lo consideramos oportuno y administraremos oxitócicos por vía endovenosa, con la que generalmente habremos solucionado el problema.

De no ser así pasaremos a la siguiente actuación. Pos alumbramiento puede ocurrir que no hallemos plano de clivaje, encontrándonos con un grado de adherencia placentaria (acretismo). Este puede ser parcial en cuyo caso con un legrado uterino y administración de oxitócicos se solucionara, o ser total cuyo tratamiento es la histerectomía. Como la histerectomía en definitiva va a ser la última fase del tratamiento de las hemorragias postparto dejaremos su estudio para más adelante. (14)

Lo primero que se realiza, es la administración de oxitócicos con lo que si cesa la hemorragia se tendrá una conducta expectante. Si sigue la hemorragia nos podemos encontrar con las siguientes situaciones.

- Útero contraído
- Útero no contraído

Si el útero esta contraído, en la revisión del canal del parto, podrá existir un desgarro por lo que se procederá a suturar del mismo, identificando si lo hay dentro de los posible las boquillas vasculares.

Si no hay desgarro hay que proceder a una revisión uterina, si hay retención de restos se procede a legrado y oxitócicos.

El tratamiento es fácil y efectivo en la mayoría de los casos pero su éxito depende de la rapidez con que se diagnostique el cuadro y se inicie el tratamiento.

Este se basa en tres pilares fundamentales

- Mantener la estabilidad hemodinámica
- Lograr la reposición del útero
- Mantener la reposición uterina

Establecidas las medidas de sostén, desprendemos la placenta y conseguimos una buena anestesia y relajación uterina. La reducción manual por vía vaginal es el método ideal y casi siempre es posible si la actuación es. (14)

Atonía Uterina

Se administrara en primer lugar oxitócico ergototicos. Nos aseguraremos de que no quedan restos en el útero o desgarros del canal blando. El uso de taponamiento intrauterino es controvertido, mientras que unos dicen que es poco eficaz oculta la hemorragia sin cohibirla y aumenta el riesgo de infección, otros preconizan su uso de forma sistemática, manteniéndolo 48 horas antes de retirarlo.

La administración de medicación uterotonica, reducen el riesgo de hemorragia postparto, relacionado con la atonía uterina sin aumentar la incidencia de retención placentaria u otras complicaciones. Se prefiere la oxitocina a la syntometria. El Misoprostol, puede ser utilizado en ocasiones en que la medicación parenteral no es posible. Si persiste la hemorragia se recomienda el uso de prostaglandinas PGE2, PGE2a y Misoprostol (PGE1), considerándose un tratamiento de segunda línea antes de recurrir a técnicas quirúrgicas (ligaduras de hipogástricas histerectomía).(14)

Histerectomía

Es la técnica más utilizada, quizás por ser la más familiar al obstetra y supone un procedimiento radical que evita definitivamente la hemorragia uterina, suele realizarse en malas condiciones de la paciente, a menudo en estado shock, incluso con sangrado activo. Las relaciones anatómicas están con frecuencia alteradas, debido al tamaño del útero gravídico, sus modificaciones en el embarazo y el parto, especialmente si este fue por vía vaginal, con el consiguiente borramiento y dilatación cervical. Causas frecuentes de histerectomía posparto son la placenta acreta, previa, la atonía uterina y la rotura uterina y la cultura uterina. La placenta acreta es la indicación más común de histerectomía posparto urgente.

Debe practicarse una histerectomía total, aunque dado lo anteriormente expuesto, es razonable en casos concretos, realizar una histerectomía subtotal, con la que se consigue yugular la hemorragia, acordándose y facilitándose el tiempo quirúrgico, redundando en beneficio de la estabilidad hemodinámica de la paciente.

Técnica

Se procura un campo quirúrgico suficiente, para lo cual es de elección, una laparotomía media infra umbilical. Si ya se hubiese practicado una incisión de Pfannestiel, pueden seccionarse los músculos rectos, para ampliar el campo y en último término añadir una incisión longitudinal en “T” invertida. Este punto es válido para cualquier intervención en la hemorragia postparto. Debe conservar ovarios y trompas siempre que sean normales.

Si la histerectomía es post-cesárea, la primera medida es realizar histerorrafia, a fin de disminuir la hemorragia. La hemostasia debe ser muy cuidadosa dado que los tejidos están muy vascularizados y friables. Las suturas de los pedículos deben ser dobles y por transfixión, siendo a menudo necesario hemostasia el borde la vagina con una sutura continua cruzada o puntos sueltos en B. prestar especial atención a la disección de la vejiga. Pues la plica suele tener abundantes plexos venosos, que sangran abundantemente con la disección roma, por lo que se aconseja realizarla a punta de tijera. Cuando el cérvix esta dilatado y borrado, es difícil de delimitar su transición con la vagina, para ello es útil pellizcar entre índice y pulgar el borde vaginal hasta notar el endosamiento del cuello. Si no se consigue, se puede seccionar el segmento en su cara anterior eh introducir un dedo en la vagina de manera que pueda delimitar el fondo de saco. También puede realizarse con ayuda de un tacto vaginal. Sebe dejar un drenaje colocar un tubo perforado de calibre grueso a través de la vagina manteniendo de 24 a 48 horas. Las complicaciones más frecuentes, son la hemorragia y la lesión de, las vías urinarias tanto vejiga como uréteres, que a menudo se encuentran edematosos y desplazados de su localización habitual. (13)

Ligaduras vasculares

La ligadura arterial permite interrumpir el aporte sanguino y con ello inhibir la hemorragia, estudios con Doppler realizados posteriormente, demuestran una correcta repermebilizacion y revascularización de la zona, consiguiendo gestaciones posteriores tras este tipo de intervenciones. Cabe reseñar que la incisión que al igual que la histerectomía debe permitirnos en cualquier caso un campo quirúrgico amplio. (12)

Ligaduras de las Arterias Uterinas

Las arterias uterinas aportan hasta el 90% de sangre al útero, el resto proviene de las ováricas, por lo tanto su oclusión ofrece buenas garantías de evitar la hemorragia uterina. Técnicamente es más sencilla que la ligadura de la hipogástrica y conlleva morbilidad y tiempo operatorio. Se describen dos técnicas, O'Leary, que liga ambas arterias a nivel del segmento uterino en su porción superior y la de AbdRabbod que procede a la ligadura en varios puntos de ambas uterinas desde el segmento hasta las utero-ovaricas (12).

Ligadura de las Arterias Hipogástricas

La arteria hipogástrica aporta la mayor cantidad de irrigación a la pelvis, por lo que su ligadura es especial utilidad cuando la hemorragia procede de una rama distinta a la uterina. La ligadura bilateral reduce el 50% de flujo pélvico y además lo convierte en un sistema pulsátil, lo que favorece la coagulación (13).

Técnica de compresión uterina

Se han descrito diversas técnicas, que van desde la simple compresión a la aplicación de suturas en útero, de manera que se atravesase este desde la cara anterior a la posterior en ida y vuelta logrando una compresión al anudar, que permite evitar el sangrado. Una de las variantes con más predicamento es la de B-Lynch. Los resultados publicados son excelentes. (12)

Embolización de las arterias Uterinas

Para algunos autores es la técnica de elección para el tratamiento de la hemorragia postparto puede realizarse con radiología intervencional, mediante cateterización de la arteria femoral, hasta las arterias iliacas internas, realizando angiografía simultáneamente. Es una técnica relativamente poco invasiva y con escasas complicaciones. (14)

III OBJETIVOS

- 3.1** Establecer cuáles son las características epidemiológicas del estilo y modo de vida de las pacientes con histerectomía obstétrica en el Hospital Nacional de Quetzaltenango.
- 3.2** Determinar los efectos de la histerectomía obstétrica dependiendo del tipo de histerectomía.
- 3.3** Establecer los efectos de la histerectomía según la edad de las pacientes.
- 3.4** Identificar el área más afectada.
- 3.5** Determinar el efecto de la histerectomía obstétrica según el tiempo transcurrido de la cirugía.
- 3.6** Determinar el efecto de la histerectomía dependiendo de la paridad de las pacientes.

IV MATERIAL Y METODOS

4.1 ESTUDIO:

- Descriptivo y Retrospectivo

4.2 PERIODO:

- Años 2009-2010.

4.3 POBLACION:

- Toda Paciente a quien se realizó histerectomía obstétrica y que procede del departamento de Quetzaltenango.

4.4 MUESTRA: Se basara de acuerdo al número de pacientes captados durante los años de recolección de datos del estudio y en base a la siguiente formula:

Z= nivel de confianza 95%= 1.96

P= Probabilidad de incidencia en el estudio= 0.5

Q= 1-p

D= nivel de error= 0.05

N= Total de mujeres con Histerectomía obstétrica en el periodo 2009-20010

N_o= constante 334.6 ó 335

$$1. N_o. = \frac{Z^2 \times p \times Q}{D^2} \quad N_o. = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2} = 334.6$$

$$2. \quad N = \frac{N_o}{1 + \frac{N_o}{N}} \quad \frac{334.6}{1 + \frac{334.6}{24.9}} = 13.43$$

4.5 METODOLOGIA:

Se recopilará la información sobre aquellas pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica cualquiera que hubiese sido su causa, según lo descrito en sus expedientes

clínicos los cuales serán obtenidos por el registro médico del Hospital nacional de Quetzaltenango durante los años de 2009-2010.

Se programará una visita médica a lugar de residencia de cada paciente que fue sometida a cirugía y se realizara una entrevista de acuerdo a los parámetros de una boleta de recolección de datos; los cuales estarán incluidos los factores psicológicos, físicos y sociales.

La información se recopilará y se dará a conocer cuáles fueron los resultados para así emprender una mejor consultoría pos histerectomía y disminuir así los tabúes que más afecten.

4.6 CRITERIOS DE INCLUSION

- Toda paciente que fue sometida a Histerectomía obstétrica realizada en el Hospital Nacional de Quetzaltenango durante los años 2009-2010 y que habite en el departamento de Quetzaltenango.

4.7 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes quienes hayan cambiado de domicilio y que cuando se les busque no se encuentren
- Que no se logre comunicar con paciente.
- Toda paciente a quien se le realizó Histerectomía Abdominal obstétrica en otro hospital.
- Pacientes con histerectomía con indicación no obstétrica realizada en el Hospital Regional de Occidente.
- Pacientes residentes de Quetzaltenango con histerectomía obstétrica no realizada en el Hospital nacional de Quetzaltenango, con seguimiento en el mismo.
- Pacientes que no deseen participar en la investigación.
- Pacientes con histerectomía obstétrica que hayan fallecido.
- Pacientes que hayan cambiado de domicilio o no se encuentren en el.
- Pacientes con quienes no se pueda lograr adecuada comunicación.

4.8 VARIABLES

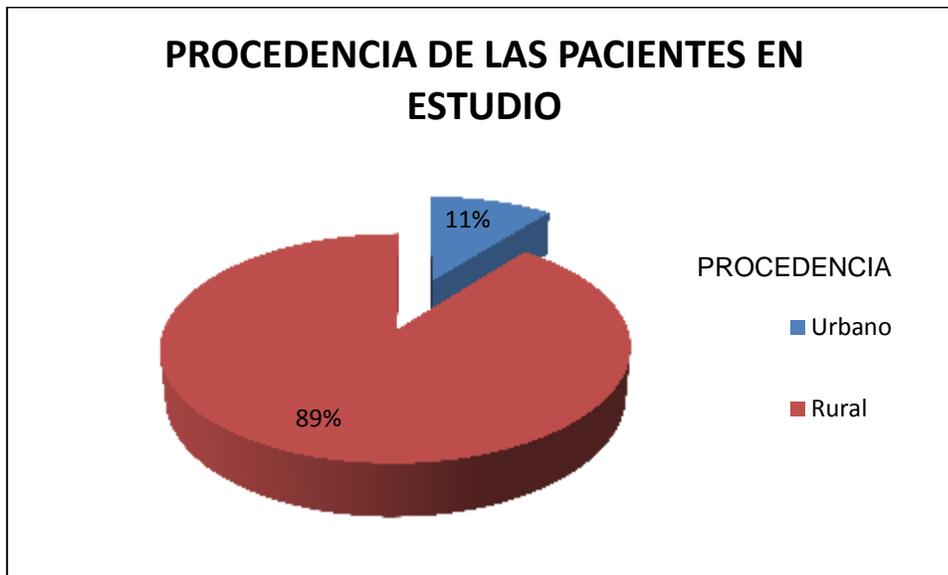
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Histerectomía Obstétrica	extirpación del útero durante una cesárea o en el puerperio	Pacientes con histerectomía.	Cuantitativo	Si No
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	En base a los datos de la historia clínica	cuantitativa	años
Paridad	Número de partos existentes	En base a los datos de la historia clínica	cuantitativa	1 2 3 4 ó mas
Modo de vida	Conjunto de actividades regulares de un grupo humano en función de un hábitat determinado.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades sociales • Actividades culturales • Actividades laborales 	Cualitativa	Adecuado No adecuado
Estilo de vida	conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta sexual • Bebidas alcohólicas • Uso de drogas • Fumar • Relación interpersonal • alimentación 	Cualitativa Nominal	Adecuada No adecuada
Área geográfica	Localización del lugar de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • En base a la historia clínica 	cualitativa	Urbana Rural

4.9 PROCESO DE INVESTIGACION.

- Revisión de los trabajos de investigación correspondientes con el trabajo de investigación.
- Planteamiento del tema de estudio.
- Elaboración del protocolo de investigación
- Inicio del trabajo de investigación por medio de la boleta recolectora de datos.
- Se pasara la boleta recolectora de datos a las pacientes con histerectomía obstétrica.
- Tabulación de la datos obtenidos
- De acuerdo a los datos obtenidos se aplicaran los siguientes procedimientos estadísticos: tabulación y graficas
- Seguidamente se discutieran y analizaran los resultados obtenidos, con conclusiones correspondientes y se formularan las recomendaciones pertinentes.
- Elaboración y presentación del informe final

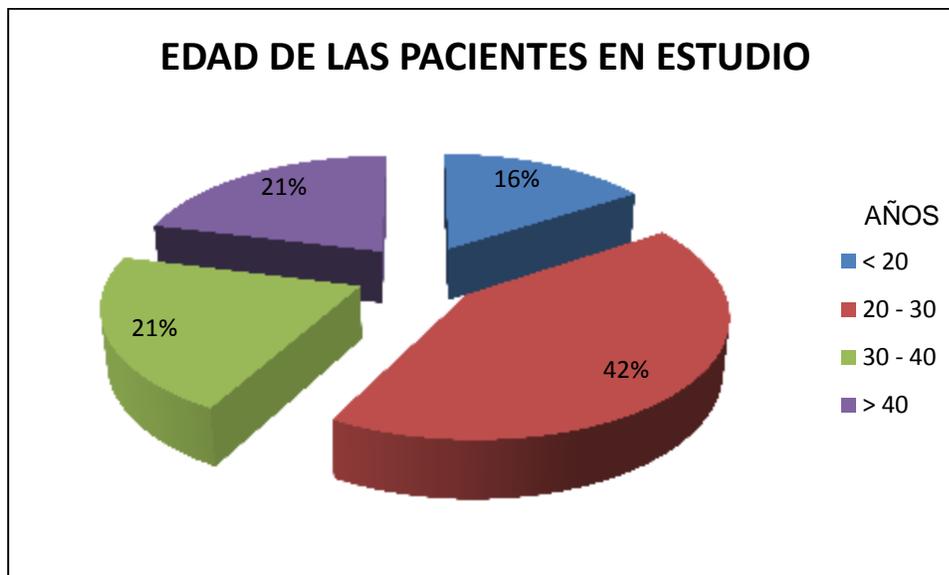
V RESULTADOS

Grafica No. 1



Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 2



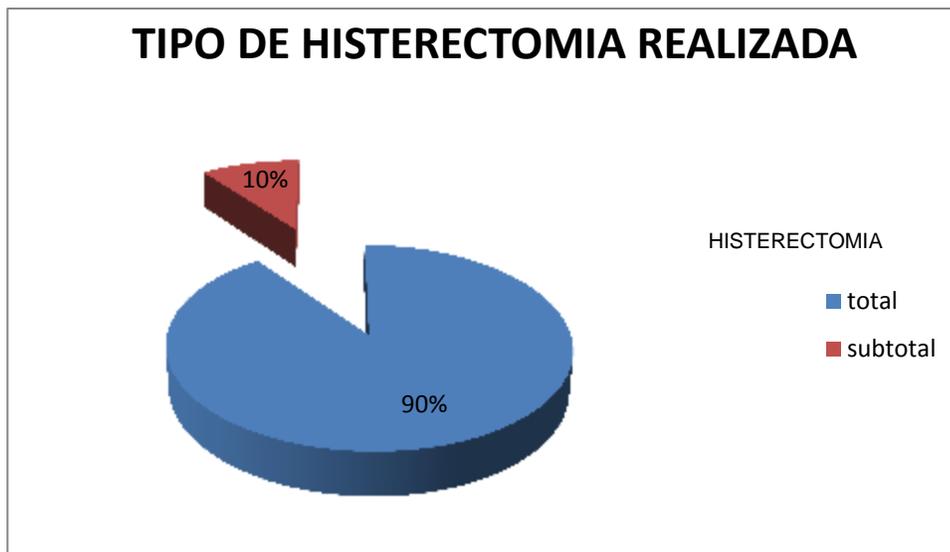
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 3



Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 4



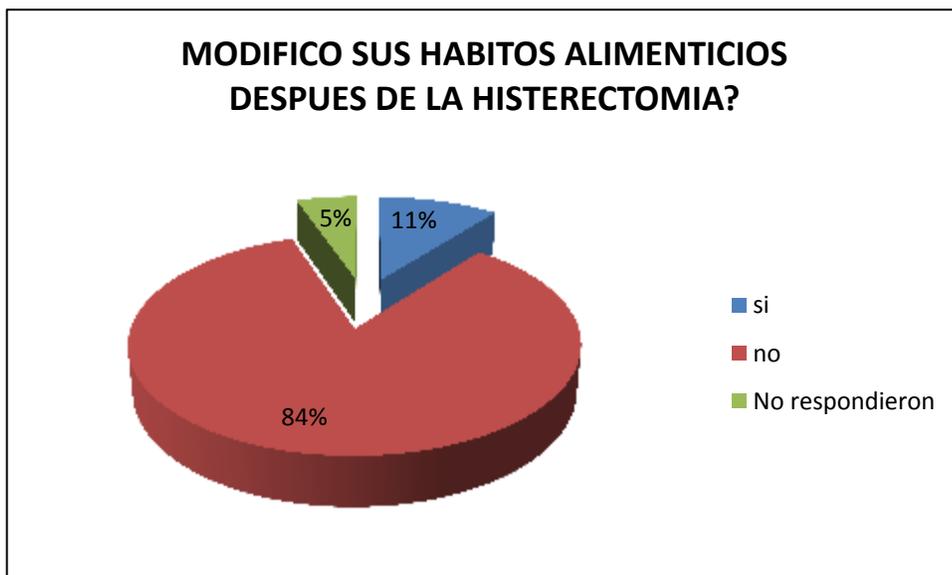
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 5



Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 6



Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 7



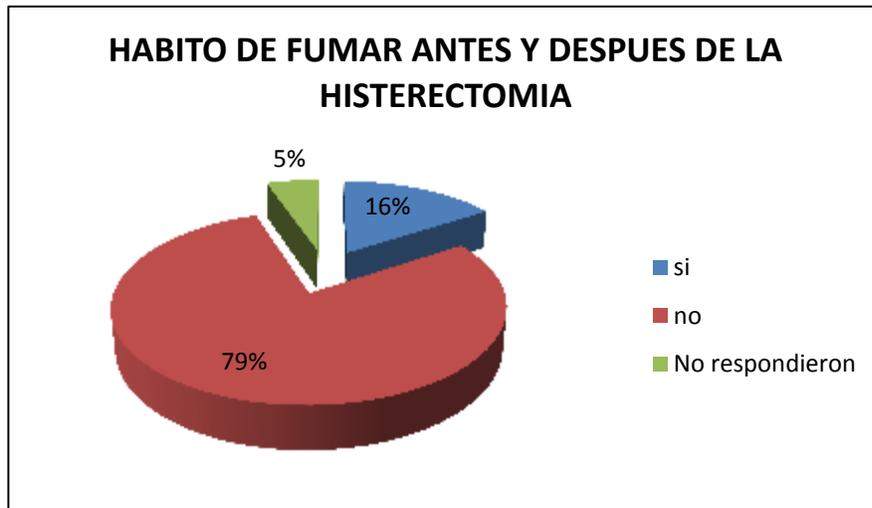
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 8



Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 9



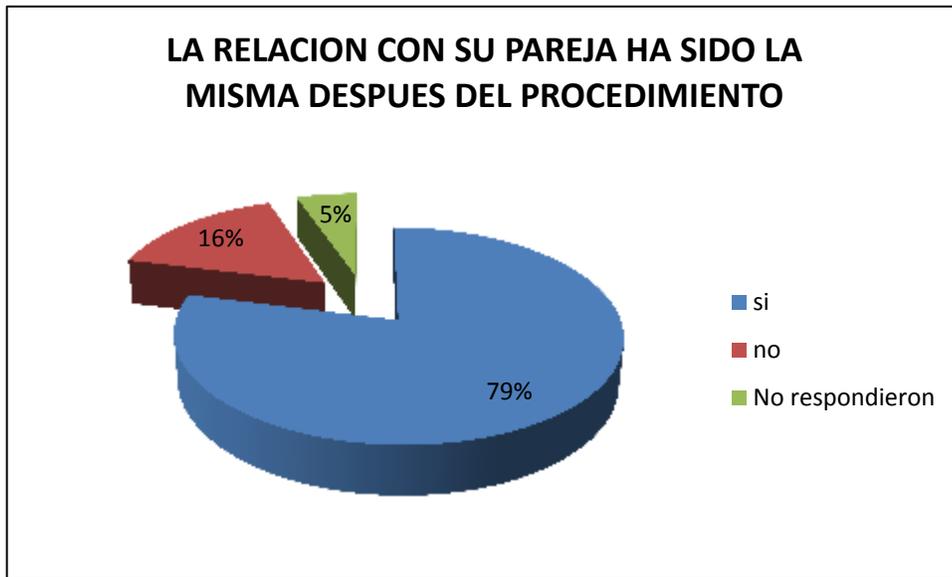
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 10



Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 11



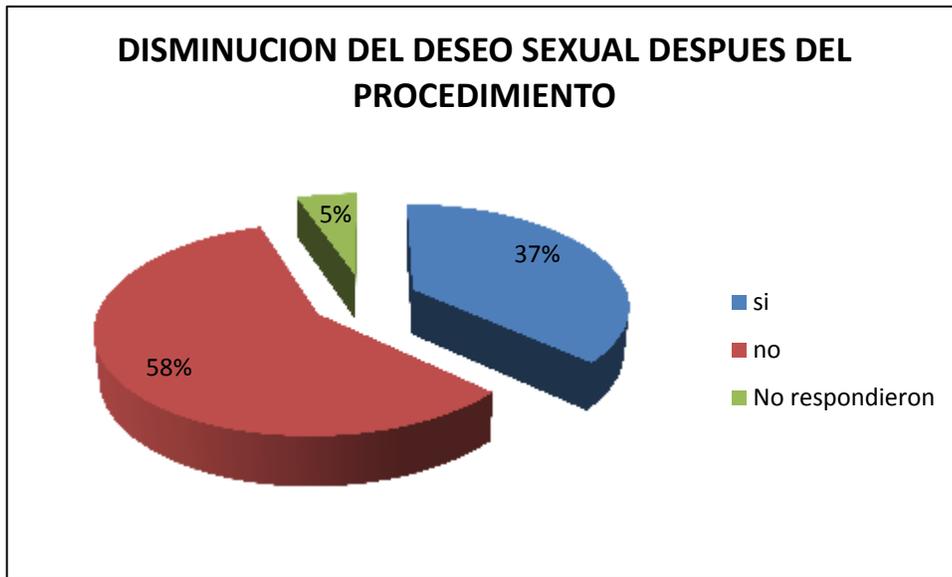
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 12



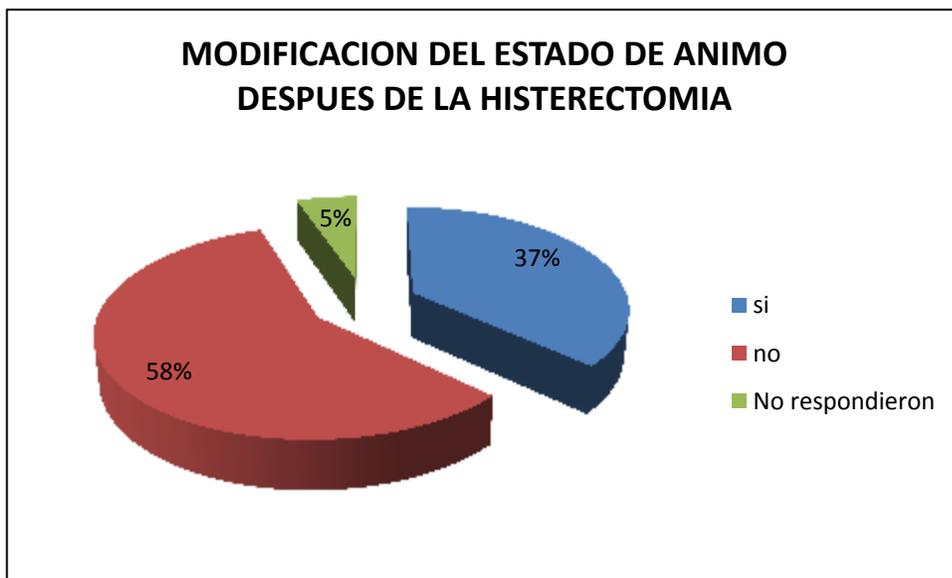
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 13



Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 14



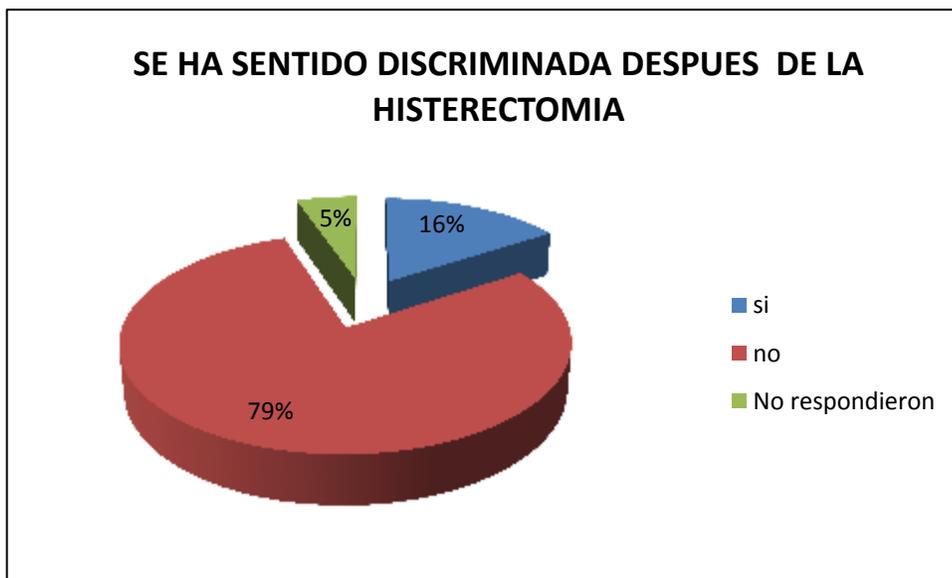
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 15



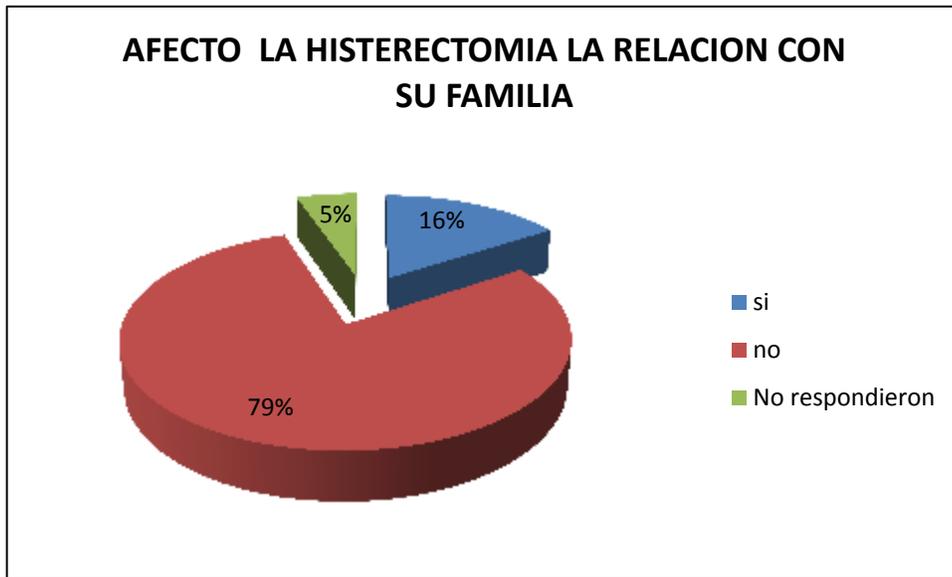
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 16



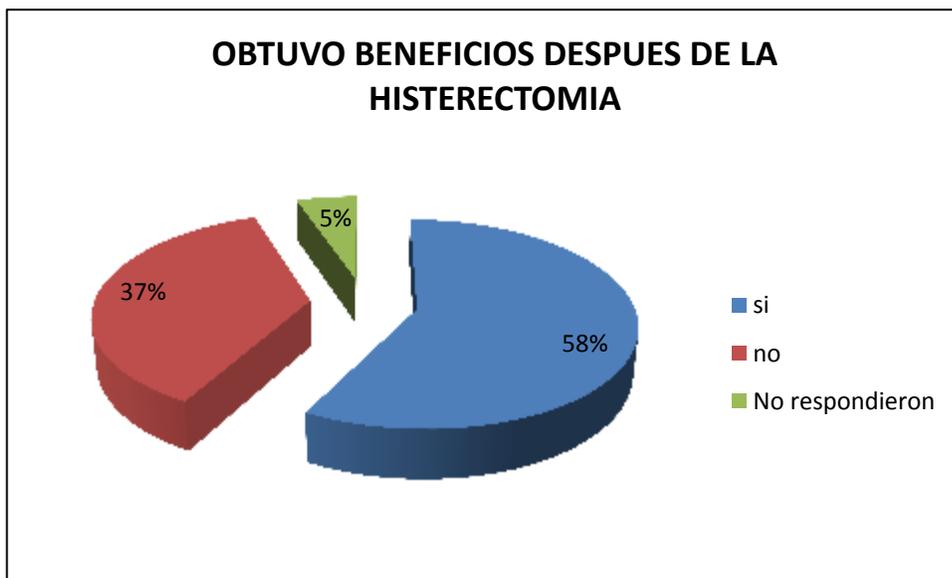
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 17



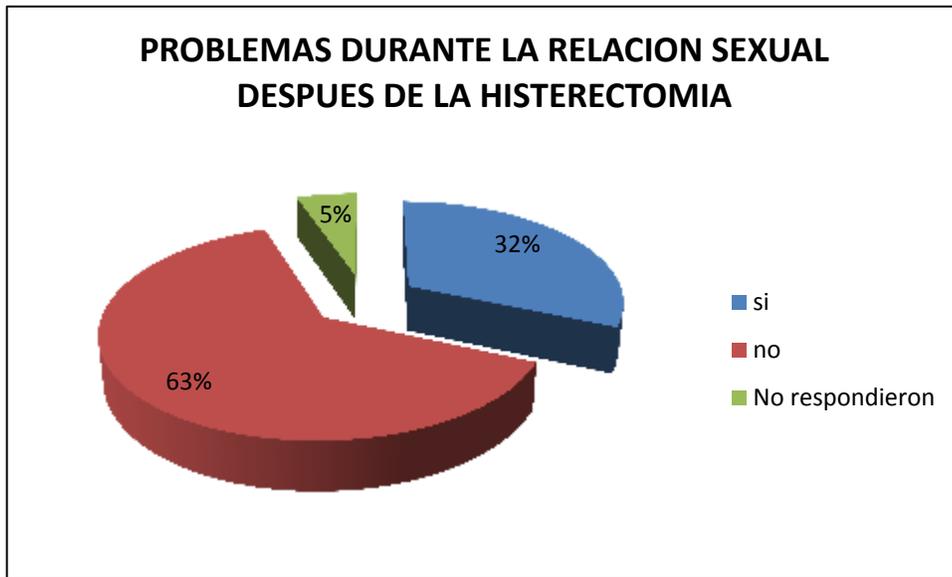
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 18



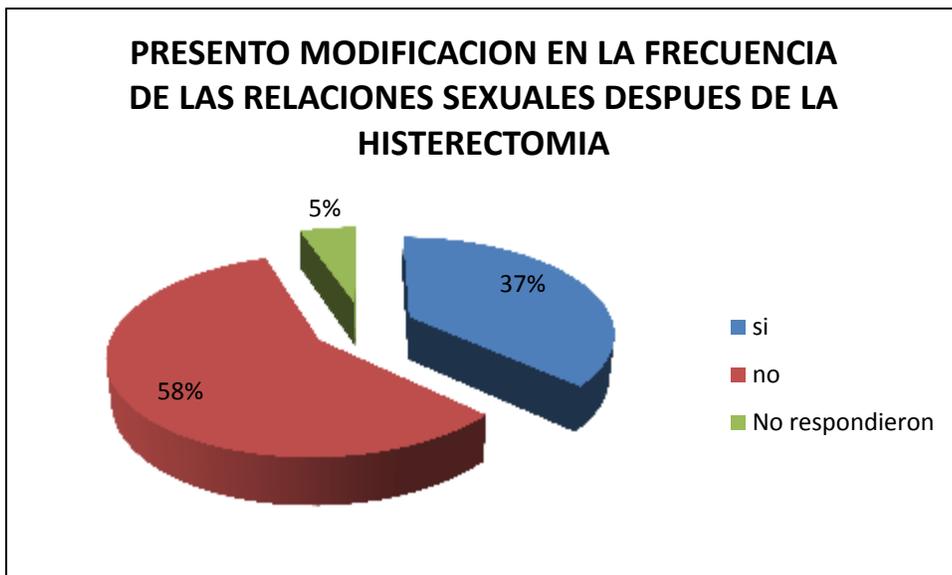
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 19



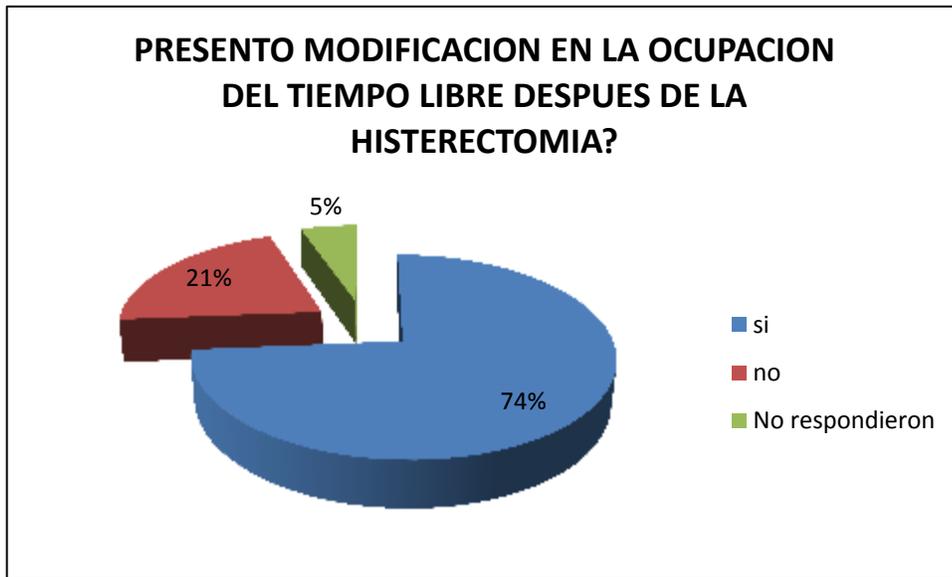
Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 20



Fuente: investigacion de campo

Grafica No. 21



Fuente: investigacion de campo

VI ANALISIS Y DISCUSION

Se revisaron un total de 68 expedientes de pacientes a quienes se les realizo Histerectomía durante el 2009 al 2010, y se documentaron un total de 26 a quienes se realizo Histerectomía Obstétrica habiendo entrevistado un total de 19 pacientes en su mayoría del área rural, donde la edad más afectada fue entre 20 y 40 años sin embargo un 16% menores de 20 años el procedimiento si presento efectos no beneficiosos ya que en la mayoría no existía paridad satisfecha en contraparte con el 21 % que se encontraban por arriba de los 40 años ya que la mayoría eran multigestas.

El tiempo entre el procedimiento y la entrevista varia de 2 años a 1 mes por lo que no se pudo determinar los efectos de estas pacientes a largo plazo y en algunas solo se determino el efecto inmediato, por lo que en las pacientes a quienes se les realizo histerectomía subtotal que fue en el 90% comparada con las de histerectomía total no se pudo determinar la diferencia entre efectos, en la mayoría se conservaron los ovarios y solo en el 4% 1 ovario.

El 26% manifestó que su conducta sexual se modifico, pero en la mayoría continuo siendo la misma, lo que tiene relación si se compara con un trabajo publicado en una revista chilena en el 2010 donde concluyeron que la conducta sexual no se ve afectada por la histerectomía(15).

En la relaciones sexuales el 32% indica que se vio afectada ya que se creó miedo después de la intervención asociado a dolor durante el mismo, lo que explica que el 37% indico que el deseo sexual disminuyo y en el 58% la frecuencia en las relaciones sexuales tambien disminuyeron; comparando estos resultados con una publicacion realizada por una revista medica de Brasil existen diferencias ya que literarmente dice: Las histerectomías total y parcial realizadas por vía abdominal no produjeron diferencias en la frecuencia y calidad del coito, en la localización del orgasmo o en la satisfacción con la vida sexual. Este último ítem dependió de la existencia de satisfacción antes de la cirugía, de una buena relación con la pareja, del bienestar físico y de la existencia de reposición hormonal. Se constató, por otro lado, que ambos tipos de histerectomía redujeron significativamente la queja de dispareunia (16).

El 16% indica que su relación personal de pareja se vio afectada después de la intervención y en la mayoría la causa fue depresión y tristeza por ya no poder tener hijos lo cual afecto a la mayoría menores de 20 años; en una revista médica de Sao Pablo Brasil dice literalmente en sus conclusiones: *No existe duda de que la histerectomía ejerce impacto en la relación de pareja (16)*; por lo que se considera un resultado esperado sin embargo las causas podrían ser diferentes.

El 90% indica que sus relaciones familiares no se vieron afectados después de la histerectomía lo cual nos indica que en el medio que se desenvuelve es bueno ya que le permite a la paciente seguir con su vida normal. En un estudio publicado por el consejo científico de Brasil indican que las relaciones interpersonales mejoran o permanecen iguales basados en el conocimiento y el resultado de la cirugía (16). Además quedó demostrado en una investigación publicada la necesidad de que los profesionales tengan preparación para el establecimiento adecuado de la relación terapéutica con las mujeres y respectivas parejas, así como en relación a los aspectos culturales, para que se torne posible una asistencia social y culturalmente congruente a la mujer y su familia y de esta forma disminuir diferentes aspectos negativos después del tratamiento (15).

En el 84% los hábitos alimenticios no se modificaron después de la intervención; según la revisión bibliográfica no se evidencian cambios en los hábitos alimenticios después de la histerectomía pero en este trabajo en el 11% modifico sus hábitos alimenticios pero fue debido al plan educacional al egreso del hospital.

El 84% indica que no consume ni ha consumido bebidas alcohólicas, y el 11% consume bebidas alcohólicas aunque ya lo consumían antes de la histerectomía por lo que este aspecto no se modifico en el presente estudio; sin embargo no se encontraron publicación donde fuera evaluado este aspecto.

El 79% no fuman, sin embargo el 16% fuman casualmente pero no lo relacionan al procedimiento quirúrgico, si se relaciona a la bibliografía podría aumentar el consumo de tabaco debido a la ansiedad después de la cirugía sin embargo el consumo de tabaco en nuestra población femenina no es elevado.

No se considera a la histerectomía como factor que tenga influencia en el uso de drogas ya que las pacientes sometidas en este estudio no las consumían antes ni después de la misma.

El 58 % de ellas manifiesta que su estado de ánimo no se modificó después de la histerectomía pero en el 37% sí presentó alteración y es un resultado esperado ya que la pérdida del útero provoca impacto sobre varias dimensiones de la vida. Sin embargo las mujeres quedan más insatisfechas con la histerectomía sobre todo cuando hay insuficiencia o inadecuada información y apoyo relacionados con el procedimiento quirúrgico, cambio en la respuesta al estímulo sexual, vivencia emocional difícil, secuela psicológica y sentimiento de pérdida.

El 95% indican que en ningún momento se han sentido discriminadas por el hecho de haber sido sometidas a la histerectomía.

La histerectomía en el 58% fue beneficiosa según lo pudieron interpretar las entrevistadas ya que en la mayoría indicaron que si no hubiera sido por la cirugía probablemente hubieran muerto, 58%. Se considera según la literatura que cuanto más información se les ofrezca a las pacientes mejor será la aceptación del procedimiento y entenderán el beneficio del mismo.

El 74% indican que su tiempo libre lo siguen utilizando como antes de la histerectomía, El otro 21% manifiestan que después de la Histerectomía el tiempo libre ya no lo ocupan en las mismas actividades que antes ya que tienen temores con respecto a la operación.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Las características demográficas analizadas de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica fueron determinantes en el efecto de la misma en el estilo y modo de vida.
- 6.1.2 Existió corto tiempo desde la histerectomía a la entrevista por lo que no se pudo determinar la diferencia en los efectos entre los diferentes tipos de histerectomía.
- 6.1.3 La histerectomía obstétrica se realizó con mayor frecuencia en edades de 20 a 40 años sin embargo la mayoría menores de 20 años indicó no tener efecto beneficioso ya que no tenían paridad satisfecha por lo que la paridad y la edad fueron determinantes en los efectos después de la cirugía.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 La implementación de un sistema educacional sobre la Histerectomía Obstétrica a pacientes y familiares para aclarar los aspectos anatomofisiológicos de la cirugía y su relación con la respuesta sexual humana.
- 6.2.2 Implementar apoyo psicológico al seguimiento médico ya que existe la necesidad de que los profesionales tengan preparación para el establecimiento adecuado de la relación terapéutica con las mujeres y respectivas parejas, así como en relación a los aspectos culturales, para que se torne posible una asistencia social y culturalmente congruente a la mujer y su familia.
- 6.2.3 Dar seguimiento ginecológico a largo plazo para evitar otras patologías que podrían afectar tomando en cuenta que en la mayoría de las histerectomías obstétricas son subtotales y que por lo tanto se conserva el cérvix.
- 6.2.4 Dar adecuadamente plan educacional para que sean comprensibles los efectos posteriores a la histerectomía obstétrica tanto inmediatos, mediatos y a largo plazo.
- 6.2.5 6.4.5 Realizar seguimiento a largo plazo para evaluar los diferentes efectos que se presentan dependiendo del tipo de histerectomía, la edad y la paridad de las pacientes.

VII REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Ginecología Quirúrgica Te Linde 9ª. Edición Argentina 2006
2. Williams, obstetricia, 21 edición, editorial medica panamericana; Madrid España 2002.
3. Novak, tratado de Ginecología, 12 ediciones, editorial interamericana 1997.
4. *Ussher Jane. La psicología del cuerpo femenino. Arias Montano Editores. España 1991*
5. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No. 3 • 2005 • (209-215)*
6. Cortés D, García G, Reyes L. Estadística de procedimientos quirúrgicos. Septiembre 15 a Octubre 31 de 2003. Universidad Nacional de Colombia. Clínica
7. Moix J. Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. *Calidad Asistencial* 1998; 13:160-5.
8. Navia LF. Histerectomía obstétrica. *Rev. Chilena Obstet Ginecol.* 2000; 26(5).
9. Taurelli R, Tamborini A. La menopausia. Buenos Aires: Masson, 1991:37-42.
10. Cortés D, García G, Reyes L. Estadística de procedimientos quirúrgicos. Septiembre 15 a Octubre 31 de 2003. Universidad Nacional de Colombia. Clínica Carlos Lleras Restrepo; 2003.
11. Hunter M, Walker A. Gynecological Problems. En: Bellack AS, Hersen M (Eds.). *Comprehensive Clinical Psychology* 1998. Elsevier version electrónica: <http://www.ccp-online.com>
12. González M. Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. Madrid: Siglo XXI; 1999.
13. Lewis CE, Groff JY, Herman CJ, Mckeown RE, Wilcox LS. Overview of women's decision making regarding elective hysterectomy, oophorectomy, and hormone replacement therapy. *J Women's Health Gend Based Med* 2000; 9 Suppl 2:S5
14. Orlando Rigol Ricardo. *Ginecología y Obstetricia: la Habana: editorial ciencias medicas; 2004 XX. 438p.*
15. *Revista Chilena de ginecología y obstetricia* 2010; 75(4): 247 - 252
16. Universidad de Sao Pablo Brasil, revista médica, histerectomía y vivencias de la salud 2007.

VIII ANEXOS
ANEXO 1 BOLETA DE RECOLCCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO

Boleta de recolección de datos No. _____

MODO Y ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN
HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO 2009 – 2010.

Nombre de la paciente _____

Número de registro: _____

Fecha de cirugía: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Religión: _____

Gestas: _____ Partos: _____ Hijos Muertos: _____

Indicación de histerectomía: _____

Tipo de histerectomía realizada _____

1. Su conducta sexual ha sido la misma después de la histerectomía

Si _____ No _____

2. Modifico sus hábitos alimenticios después de la histerectomía.

Si _____ No _____

3. Consume alguna bebida alcohólica después del procedimiento

Si _____ No _____

4. Ha tenido cambios en las relaciones con los demás después de la histerectomía.

Si _____ No _____

5. Usted Fuma:

Si _____ No _____

6. Ha consumido drogas después del procedimiento.

Si _____ No _____

7. La relación con su pareja son las mismas después del procedimiento.

Si _____ No _____

8. El trato que usted recibe de los demás ha sido el mismo después del procedimiento.

Si _____ No _____

9. Ha disminuido su deseo sexual

Si _____ No _____

10. Su estado de ánimo se modifico después de la histerectomía.

Si _____ No _____

11. Se ha sentido discriminada después del procedimiento.

Si _____ No _____

12. Cree usted que por no tener útero le da menos valor como mujer.

Si _____ No _____

13. Afecto la histerectomía la relación con su familia.

Si _____ No _____

14. Cree usted que la histerectomía le trajo beneficios.

Si _____ No _____

15. Ha sentido problemas durante las relaciones sexuales

Si _____ No _____

16. La frecuencia en las relaciones sexuales ha sido la misma que antes de la histerectomía.

Si _____ No _____

17. La forma de ocupar el tiempo libre es la misma que antes de la histerectomía.

Si _____ No _____

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO**

No. De boleta _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL MODO Y ESTILO DE VIDA DE PACIENTES
CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN HOSPITAL NACIONAL DE
QUETZALTENANGO 2009 – 2010.**

Yo: _____

En forma voluntaria consiento en que el doctor

César Amílcar Félix Hernández

Me realice Entrevista:

Que es una entrevista con fines exclusivos de investigación, y que los datos revelados serán utilizados de manera confidencial; y utilizados solamente para darse a conocer en la escuela de post – grados de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

He sido informada debidamente por los cual doy mi consentimiento firmando a continuación,

Firma de la paciente _____

C.C. _____

Ciudad y fecha _____ Huella índice derecho

PERMISO PARA COPIAR EL TRABAJO

Yo César Amílcar Félix Hernández, concedo permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL MODO Y ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO 2009 – 2010”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial