



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y
OBSTETRICIA



29/10/03

"PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO."

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

AGUILAR ARRIETA MA. CARLOTA 0-9761239.5
GOYTORTUO MOSQUEDA MA. CANDELARIA 0-9761242-9

DIRECTOR DE TRABAJO:

[Firma manuscrita]

LIC. MARIA MAGDALENA MATA CORTES

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Comisión de
Evaluación Social

MEXICO, D.F.

AGOSTO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HACE FALTA UNA ENFERMERA

EN TODOS LOS HOSPITALES HACE FALTA UNA ENFERMERA ESTA ENFERMERA ES NECESARIA SIEMPRE, A TODA HORA EN TODO MOMENTO Y EN TODOS LOS TIEMPOS, PERO ESTA ENFERMERA QUE SE BUSCA, AUN NO LLEGA.....

ESTA ENFERMERA QUE SE BUSCA ES AQUELLA QUE ESTA DISPUESTA A NO TEMERLES Y A HACERLES FRENTE A TODOS LO OBSTACULOS A SER OPTIMISTA CON EL ÉXITO, JUSTA, TRABAJADORA, CONSTANTE, RESPETUOSA Y HUMANA CON SUS SUPERIORES Y SUBORDINADOS, CON IGNORANTES Y SABIOS, CON POBRES Y RICOS, CON VIEJOS Y NIÑOS, CON SANOS Y ENFERMOS.

ESTA ENFERMERA ES AQUELLA QUE DESCONCOSE EL PESIMISMO, HACE CULTO A LA GENEROSIDAD, QUE COMULGA CON LA VERDAD, CON LA HONRADEZ, CON LA DIGNIDAD, QUE TIENE ACTITUD ETICA PROFESIONAL ANTE LOS PROBLEMAS MEDICOS MORALES, ANTE SERVILISMOS E INGRATITUDES.

HACE FALTA UNA ENFERMERA QUE TENGA AMBICION INSATISFECHA DE SABER MAS Y MAS DE ESCALAR CIMAS INSOSPECHADAS, DE DESCUBRIR HORIZONTES IGNORADOS, DE NO ARREDRARSE ANTE NINGUN PELIGRO.

ESTA ENFERMERA TENDRA EN SU ROSTRO UNA FRANCA SONRISA Y SU VOZ SERÁ CLARA Y PAUSADA, ENERGICA Y SONORA, IMPERIOSA, TIERNA Y ACARICIANTE.

HACE FALTA UNA ENFERMERA QUE TENGA EL DESEO FEBRIL DE COOPERACION DE COMPATIR INQUIETUDES, ALEGRIAS, ENTUSIASMO, VIDA... QUE NOS COMPRENDA, QUE SE SIENTA CON NOSOTROS SIN RESERVAS, CON EL CORAZON ABIERTO Y EL ALMA A FLOR DE LABIOS.

ESTA ENFERMERA HABRA NACIDO PARA MANDAR Y OBEDECER, PARA DAR Y RECIBIR PARA CREAR ETERNAMENTE Y JAMAS PARA DESTRUIR.

GRATITUD

PEDI A DIOS QUE ME HICIERA FUERTE PARA REALIZAR GRANDES PROYECTOS:

Y ME HIZO DEBIL PARA QUE CONOCIERA A LA HUMILDAD.

LE PEDI A DIOS QUE ME DIERA LA SALUD PARA PODER HACER MUCHAS COSAS:

Y ME HA DEJADO CONOCER EL DOLOR PARA COMPRENDERLA MEJOR.

LE PEDI LA RIQUEZA PARA POSEERLO TODO:

Y ME HA HECHO POBRE PARA NO SER EGOISTA

LE PEDI A DIOS PODER PARA QUE LOS DEMÁS TUVIERAN NECESIDAD DE MI:

Y EL MA HA DEJADO SENTIR LA HUMILLACION PARA QUE TUVIERA YO NECESIDAD DE LOS DEMÁS.

LE PEDI A DIOS TODO PARA GOZAR LA VIDA:

Y ME HA DEJADO LA VIDA PARA QUE PUEDA APRECIAR TODO LO QUE ME RODEA.

SEÑOR NO HE RECIBIDO NADA DE LO QUE TE PEDIA :

PERO ME HAS DADO " Y CASI CONTRA MI VOLUNTAD " TODO DE LO QUE YO TENIA NECESIDAD.

LAS PETICIONES QUE TE HICE NUNCA FUERON ESCUCHADAS:

PERO TE AGRADEZCO SEÑOR PORQUE FINALMENTE HE COMPRENDIDO EL VALOR DE LO QUE AHORA TENGO.

INTRODUCCIÓN

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.4. UBICACIÓN DEL TEMA	12
1.5. OBJETIVOS	13
1.5.1. GENERAL	13
1.5.2. ESPECIFICOS	14
2. MARCO TEÓRICO	15
3. METODOLOGÍA	46
3.1. HIPÓTESIS	46
3.1.1. DE TRABAJO	46

3.1.2. NULA	46
3.1.3. MODELO DE RELACIÓN CAUSAL DE LAS VARIABLES.....	47
3.2. <i>VARIABLES E INDICADORES</i>	47
3.2.1. VARIABLES INDEPENDIENTES	47
3.2.2. VARIABLES DEPENDIENTES.....	48
3.2.3. DEFINICIONES OPERACIONALES	48
3.3. <i>TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO</i>	50
3.3.1. TIPO	50
3.3.2. DISEÑO	51
3.3.3. CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	52
3.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	53
3.3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	53
3.3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	53
3.3.4.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	53

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	53
3.4.1. FICHAS DE TRABAJO	53
3.4.2. OBSERVACIÓN	54
3.4.3. ENTREVISTA	54
3.4.4. CUESTIONARIOS	54
4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	55
4.1. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	55
4.1.1. UNIVERSO	55
4.1.2. POBLACIÓN	55
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS	56
4.3. ANÁLISIS DE INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	86
4.4. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	92
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93

6. PROPUESTA DE LA PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	95
7. ANEXOS Y APENDICES	98
8. GLOSARIO DE TÉRMINOS	107
9. BIBLIOGRAFÍA.	111

INTRODUCCIÓN

En la mayor parte de los casos de cirugía ginecológica, hay indicaciones claras de los procedimientos y las pacientes psicológicamente adaptables. Cuando no existe esta situación los tres participantes principales deben comunicarse bien:

- ✗ La paciente
- ✗ Su familia
- ✗ El médico

El estrés deteriora con frecuencia la comunicación para la paciente sometida a cirugía. Hay diversas fuentes de temor: muerte y lesión, estrés fisiológico, separación de la familia, y la dependencia forzada al ser una "paciente". La persona que representa el menor riesgo quirúrgico es la intelectualmente intacta, se adapta bien al estrés, tiene cierta ansiedad, comprende los riesgos de la cirugía espera un resultado razonable, esta motivada por estar sana, y no está deprimida.

Burchell describe las funciones del útero como órgano de la reproducción, de la menstruación y de la sexualidad, y la importancia de estas varía en cada mujer ya que para algunas la hemorragia menstrual es algo atemorizante mientras que para otras es una prueba de su feminidad.

El tracto reproductivo, el útero, los ovarios y la vagina tienen significados especiales para las mujeres incluso, pero yendo más allá, como percibe su anatomía, fisiología, y el simbolismo psicológico derivado de las experiencias del desarrollo.

La menstruación es una confirmación importante de la identidad femenina para muchas y la imagen corporal esta influenciada por sensaciones de los órganos pélvicos internos así como de la vagina y de los labios mayores y menores. Sin embargo, muchas mujeres, aun aquellas con una educación considerable no se sienten cómodas con, o no saben acerca de su cuerpo y de sus órganos internos.

La adaptación de una mujer a la histerectomía se relaciona con su edad, etapa del desarrollo, personalidad, estilo de adaptación, fisio - patología de la enfermedad que afecta el útero, si tiene hijos o los desea, las relaciones en su vida, las experiencias pasadas con pacientes cercanos o amigas que fueron sometidas a esta operación, y la comunicación que establece con los que lo proveen de salud, en especial su medico.

Las mujeres pre menopáusicas entrevistadas antes de ser sometidas a la histerectomía están preocupadas acerca de la perdida de la capacidad de maternidad, la perdida de la menstruación, los cambios en función sexual y en el interés sexual del marido en ella, la perdida de fuerza, envejecimiento y dolor algunas sienten estar siendo castigadas, otras tienen sentimientos positivos acerca de ya no tener mas embarazos, y tener un mayor placer sexual y atracción física.

La presente investigación se ha estructurado con la finalidad de analizar las consecuencias psicológicas que pueden presentar las pacientes sometidas a histerectomía por la deficiente preparación emocional por parte del personal de enfermería en el HGZC/MF #3 I.M.S.S., Salamanca, Gto.

Para poder llevar a cabo el análisis se desarrolla en el primer capitulo de esta investigación los siguientes aparatos que son:

Descripción de la situación del problema.

Justificación de la investigación.

Identificación del problema.

Ubicación del tema de estudio y objetivos.

En el segundo capítulo se describe el Marco Teórico en donde se presentan los fundamentos teóricos metodológicos de autores que han realizado investigaciones que apoyan el problema como la hipótesis de la investigación.

En el Tercer capítulo se presenta la Metodología donde se incluyen los siguientes apartados:

Hipótesis:

- General
- De trabajo
- Nula

Variabes:

- Independientes
- Dependientes
- Indicadores

Tipo y Diseño de Investigación.

Técnicas de investigación utilizadas.

En el cuarto capítulo se desarrollan los aspectos estadísticos tales como:

Universo.

Población y muestra.

Procesamiento de datos.

Comprobación de hipótesis.

Análisis e interpretación de resultados.

En los siguientes capítulos como son el cinco, seis, siete y ocho se presentan las conclusiones, recomendaciones, anexos, apéndices, glosario de términos y las referencias bibliográficas.

Confiamos que la presente investigación es realizada para proporcionar beneficios al personal de enfermería y a pacientes que en un futuro serán sometidas por alguna causa a cirugía de Histerectomía así como también se implementen un programa de orientación continua a dichas pacientes que acuden a consulta al HGZC/MF#3 I.M.S.S., Salamanca, Gto.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA.

La extirpación de un órgano reproductor puede afectar emocionalmente a la mujer de forma significativa y puede necesitarse tiempo para ayudarla a adaptarse a los cambios propuestos.

Los órganos reproductores son un componente principal de la feminidad, y la pérdida de estos órganos crean un cambio en la imagen corporal. Las mujeres ven el funcionamiento menstrual como un símbolo de su feminidad; por ello cuando la menstruación cesa de forma brusca algunas mujeres pueden tener sentimientos de ser "menos mujer".

Se teme también a los sentimientos de sexualidad en términos de relaciones sexuales algunas mujeres están preocupados porque las relaciones sexuales puedan ser mas difíciles o menos satisfactorias.

En la actualidad, muchas mujeres encuentran que sus relaciones sexuales son mejores después de la histerectomía debido a que se ha eliminado el miedo al embarazo.

Las mujeres que tienen algunas dificultades en adaptarse pueden estar en edad reproductiva o en la menopausia.

El HGZC/MF #3 I.M.S.S., de Salamanca, Gto., es una clínica de segundo nivel de atención de salud en donde se atienden mujeres con problemas ginecologicos y cuenta con un total de 21 camas censables para el servicio de ginecología.

Es importante que se tenga conocimiento que la mayoría del personal de enfermería no orienta oportuna y adecuadamente a los pacientes pre y post operatorios de histerectomía.

Una de las posibles causas de esta problemática es que en la Institución no se cuenta con un programa de orientación que este dirigida a dichas pacientes.

Por lo tanto los efectos secundarios psicológicos son mas severos y causan alteraciones en la vida diaria y en su relación de pareja de la mujer histerectomizada.

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

¿ Cuales son las consecuencias psicológicas que presenta la paciente que será sometida a histerectomía por la deficiente preparación emocional por parte del personal de enfermería?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Es importante determinar los aspectos psicológicos que afectan a la paciente que será histerectomizada; siendo que la histerectomía es un procedimiento mutilante para la mujer utilizado como un tratamiento radical de diversas patologías del útero.

La histerectomía suele acompañarse de un cierto grado de trastorno emocional; la mujer puede estar preocupada por la esterilidad, la perdida del

atractivo visual; pueden aparecer reacciones de pesar por la pérdida de una parte corporal.

Intentando determinar el beneficio del apoyo psicológico ya que en mujeres en época reproductiva marca un objetivo importante en su futuro obstétrico y en su propia vida.

Se justifica porque en el H.G.Z. C/MF #3 de Salamanca, Gto., el alto índice de pacientes con histerectomía reciben una deficiente orientación sobre la cirugía a la cual serán sometidas, así como los cambios fisiológicos y psicológicos que podrían presentar después de la misma.

Por tal motivo se elabora la presente investigación esperando encontrar los criterios que deben tomarse en cuenta para que las pacientes pre y post operadas de histerectomía reciban una amplia información sobre los trastornos psicológicos físicos y emocionales que presentarán después de haber sido intervenidas quirúrgicamente.

El presente estudio también se justifica porque en base a las pruebas obtenidas se podrán proporcionar alternativas y estrategias dirigidas a solucionar en parte la problemática presentada para mejorar la participación de enfermería en la preparación psicológica de las pacientes que serán sometidas a histerectomía.

Por ultimo se justifica por que el presente trabajo permitirá a los autores obtener el titulo de licenciado en enfermería y obstetricia, y así mismo contribuir con los programas de investigación que apoyan el trabajo de enfermería en el área de obstetricia y ginecología.

1.4. UBICACIÓN DEL TEMA

El presente trabajo de investigación se ubica en el área de:

- ⇒ Ginecología y Obstetricia.
- ⇒ Psicología.
- ⇒ Sociología.
- ⇒ Economía.
- ⇒ Enfermería.

Se ubica en ginecología y obstetricia porque constituyen la especialidad medica que se ocupa de las enfermedades de la mujer que afectan a sus órganos reproductivos, es decir, las enfermedades de sus genitales externos (vulva), y de la vagina, la matriz (útero), las trompas de Falopio y los ovarios.

También se ocupan de las infecciones de otras partes de la pelvis que afectan a los órganos reproductivos.

Se ubica en la psicología porque estudia la forma en que los estados psíquicos de las personas y los rasgos de su personalidad influyen en su respuesta a la salud y a la enfermedad.

En la apreciación cognoscitiva, la percepción, evaluación y reacción frente a los agentes productores de estrés y frente a los síntomas son distintas en cada persona.

Se ubica en la sociología porque los factores que influyen en el concepto de salud comprenden las actitudes y acciones de cada persona hacia los demás. Las actitudes que influyen en la salud son el cambio, la cooperación y la colaboración,

el valor social de la salud en contraste con otros valores sociales, la visión de la "humanidad" como esencialmente buena o mala y la naturaleza del hombre.

Se ubica en enfermería porque son los profesionales de enfermería los sujetos de estudio de este trabajo de investigación sobre sus conocimientos acerca de las consecuencias psicológicas que se podrían presentar en pacientes sometidas a histerectomía.

Se ubica en Economía porque según Aristóteles es la ciencia de la administración de los gastos e ingresos de una casa.

Actualmente la economía es una ciencia social histórica que se encarga del estudio de los hechos, fenómenos y problemas económicos para predecir el comportamiento de los mismos ya que la mujer en la actualidad no solo se dedica a la administración de su casa sino que también tiene un compromiso con su trabajo en caso de que practique una profesión, sea comerciante o empleada y si es candidata a cirugía de histerectomía se sentirá incapacitada para desempeñar su papel como ya lo mencionamos anteriormente.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1 General.

Determinar la participación del personal de enfermería en la preparación emocional en pacientes sometidas a histerectomía en el HGZC/MF #3 I.M.S.S., Salamanca, Gto.,

1.5.2. *Específicos.*

Identificar como influye en su vida diaria y relación familiar la insuficiente información sobre los efectos secundarios de la histerectomía.

Identificar cuales son los factores que influyen en el estado emocional de la paciente que serán sometidas a histerectomía.

Conocer como influye en su vida sexual en las pacientes la insuficiente información sobre los efectos secundarios de la histerectomía.

2. MARCO TEÓRICO

ORGANOS FEMENINOS DE LA REPRODUCCIÓN:

Los órganos femeninos de la reproducción se dividen en dos grupos:

- ⇒ Externos
- ⇒ Internos

Los órganos externos:

Los órganos femeninos externos de la reproducción reciben el nombre de vulva, del nombre latino que significa cubrir. Incluyen todo lo que externamente visible desde el borde interior del pubis hasta el perineo, es decir, el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo, el himen, el orificio uretral o meato y las varias glándulas y estructuras vasculares.

Organos internos:

Los órganos internos de la reproducción son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

Ovarios:

Son dos pequeños órganos en forma de almendra situados en la parte superior de la cavidad pélvica, uno a cada lado del útero. Su función principal es el desarrollo y expulsión de óvulo y la elaboración de secreciones internas u hormonas. Estos órganos corresponden a los testículos del varón. Los ovarios yacen en el pliegue posterior de los ligamentos anchos del útero, y están sostenidos por los ligamentos suspensorios, ováricos y mesováricos.

Trompas de Falopio:

Las trompas de Falopio son dos tubos musculares, delgados y flexibles en forma de corneta, mas o menos de unos 12 cm de largo. Se extienden desde los cuernos uterinos en el borde superior del ligamento ancho hacia las áreas laterales de la pelvis. Tienen dos orificios: uno dentro de la cavidad uterina y el otro dentro de la cavidad abdominal.

Por medio de acción peristáltica, las trompas de Falopio llevan el óvulo desde los ovarios hacia la cavidad uterina, por un proceso tentacular, los extremos fimbriados de la trompa atraen hacia el interior de la misma el óvulo escapado del ovario.

Utero:

El útero es un órgano muscular, hueco, de gruesas paredes. Tiene dos funciones importantes:

1. Es el órgano de la menstruación
2. Durante el embarazo recibe el óvulo fertilizado y lo retiene y nutre la expulsión del producto de la concepción al tiempo del parto.

El útero varía en cuanto a tamaño y a forma de acuerdo con la edad de la mujer y el hecho de que haya pasado o no por el proceso del parto. El útero de la mujer adulta nulípara pesa aproximadamente 60 gramos y mide de 5.5 a 8 cm de longitud. En apariencia se asemeja a una pera aplanada y tiene dos divisiones:

- ⇒ La porción triangular superior (el cuerpo)
- ⇒ la porción inferior cilíndrica o fusiforme, (el cuello o cervix) que se proyecta dentro de la vagina.

Las trompas de Falopio se inician en los cuernos del útero, en la unión del borde superior con el lateral. El borde superior convexo comprendido entre los puntos de inserción de las trompas recibe el nombre de fundus o fondo uterino.

FISIOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL NORMAL:

El ciclo menstrual puede ser descrito mejor dividiéndolo en 3 fases:

- ⇒ La folicular.
- ⇒ La ovulatoria.
- ⇒ La luteínica.

Examinaremos cada una de estas fases concentrándonos en los cambios de hormonas ováricas y de la pituitaria, cómo se gobierna el patrón de cambios hormonales y los efectos de estas hormonas en el ovario, pituitaria e hipotálamo en la regulación del ciclo menstrual.

Fase folicular:

Durante esta fase se efectúa una ordenada secuencia de eventos que aseguran que un número adecuado de folículos esté listo para la ovulación; en el ovario humano el resultado final de lo anterior es (generalmente) la sobrevivencia de un folículo maduro. Este proceso, que ocurre en un lapso de 10 a 14 días, destaca una serie de acciones ordenadas sobre el folículo, llevando al folículo

destinado para ovular a través de un período de crecimiento inicial de folículo primordial a los estadios de preantral, antral y folículo preovulatorio.

Folículo primordial:

El folículo primordial consiste en un oocito, detenido en el estadio de diplotene de la profase meiótica, rodeado por una capa única de células de la granulosa. El crecimiento folicular es un proceso continuo, que es independiente de la influencia ganadotropa. Tiene lugar en todas las etapas de la vida, incluso en la prepuberal, y permanece sin interrumpirse durante el embarazo. El índice o la proporción en la cual los folículos inactivos comienzan a crecer parece que es directamente proporcional al número de folículos que quedan y, por ende, descende con el envejecimiento. Aunque el estímulo para la iniciación del crecimiento folicular no está aun claro, la diferenciación celular normal y progresivo desarrollo depende tanto de las ganadotropinas como de la esteroidogénesis ovárica; sin el apoyo de la hipófisis, el folículo sólo puede alcanzar las fases precoces del desarrollo preantral.

Folículo preantral:

Una vez iniciado el crecimiento, el folículo progresa hasta la etapa preantral, así como el oocito aumenta de tamaño y es rodeado de una membrana, la zona pelúcida. La diferenciación celular comienza cuando las células de la granulosa sufren un proceso de multiplicación y proliferación y las capas de la teca se organizan a través del estroma adyacente. Este crecimiento es dependiente de gonadotropinas y está relacionado con el incremento de la producción de estrógenos. Las células de la granulosa del folículo preantral tienen la capacidad de sintetizar los tres tipos de esteroides, aunque en cantidades limitadas. Sin

embargo, se producen sustancialmente mayor cantidad de estrógenos que andrógenos o progesterona. Un complejo enzimático aromatasa sirve para convertir los andrógenos a estrógenos. La aromatización se induce a través de la acción de la hormona folículo estimulante (FSH), la cual primero se adhiere a los receptores proteicos específicos que se encuentran presentes en las membranas de las células de la granulosa del folículo preantral.

Folículo antral:

Bajo la influencia continuada de los estrógenos y la FSH, hay un aumento en la producción de líquidos folicular que se acumula en los espacios intercelulares de la granulosa que eventualmente se unen para formar una cavidad a medida que el folículo hace su transición gradual hacia el estadio antral. Con la formación del antro, el líquido folicular suministra un medio con el cual el oocito y las células de la granulosa que le rodean pueden ser nutridas en un ambiente endocrino, peculiar y personal para cada folículo. La FSH es detectable en el líquido folicular cuando la concentración de estrógenos excede la de andrógenos; inversamente, en ausencia de FSH, los andrógenos predominan. La LH normalmente no está presente en el líquido folicular hasta el momento del pico de la LH, o inmediatamente después.

Ovulación:

El folículo preovulatorio, a través de la producción de estradiol, puede iniciar y controlar el estímulo ovulatorio. Existe una considerable variación en el tiempo de un ciclo a otro, aun en la misma mujer. La ovulación ocurre aproximadamente 10 – 12 hrs. después del pico de LH y 24 – 36 hrs. después de que se alcanzan los picos de estradiol. El inicio del pico de LH parece ser el indicador mas fiable de la ovulación inminente teniendo lugar éste entre 28 a 32 hrs. antes de la ruptura del folículo. La LH provoca que el oocito reanude su meiosis, la luteibización de

las células de la granulosa y la síntesis de prostaglandinas que es esencial para la ruptura del folículo.

Los eventos ovulatorios son:

1. La LH provoca estímulos para completar la división reduccional en el oocito, luteinización de la granulosa y la síntesis de progesterona y prostaglandinas mediante el folículo.
2. La progesterona activa enzimas proteolíticas responsables, junto con las prostaglandinas, de la digestión y ruptura de la pared folicular.
3. La progesterona dependiente del incremento de FSH a la mitad del ciclo, sirve para liberar al oocito de las ataduras foliculares y para asegurar que suficientes receptores de LH estén presentes y permitan una adecuada y normal fase luteínica.

Fase luteínica:

Después de la ruptura del folículo y la liberación del óvulo, las células de la granulosa aumentan de tamaño, asumiendo pronto una apariencia vacuolada asociada con la acumulación de un pigmento amarillo, luteínico, que debe su nombre al proceso de luteinización y a la nueva subunidad anatómica, el cuerpo lúteo. Durante los primeros 3 días después de la ovulación, las células de la granulosa aumentan de tamaño. Las células de la teca luteínica se diferencian a partir de las células que rodean la teca y del estroma, convirtiéndose en parte del cuerpo lúteo. Los capilares penetran dentro de la capa granulosa, alcanzando la cavidad central y llenándola de sangre. Por los días 8 – 9 después de la ovulación se alcanza el pico máximo de vascularización que se asocia con el pico de los niveles de progesterona y estradiol en tres tipos de hormonas sexuales esteroideas, estrógenos, andrógenos y progesterona. Para su función normal el

cuerpo lútero requiere de un desarrollo folicular preovulatorio óptimo. La supresión de la FSH durante la fase folicular se asocia con niveles mas bajos de estradiol preovulatorios, producción disminuida de progesterona y una disminución de la masa celular lútea.

Los eventos de la FSE lútea:

1. La función lútea normal requiere de un desarrollo folicular preovulatorio máximo y de una estimulación tónica continua de LH.
2. La progesterona actúa tanto central como localmente (dentro del ovario) para suprimir un nuevo crecimiento folicular.
3. La regresión del cuerpo lúteo parece involucrar la acción luteolítica de su propia producción de estrógenos, mediada por una alteración de la concentración local de prostaglandinas.
4. En fase temprana del embarazo, la HGC mantiene la función lútea hasta que la placenta establezca bien su función de esteroidogénesis.

HISTERECTOMÍA:

La histerectomía, intervención para extirpar útero y cérvix, se realiza en numerosos trastornos, como hemorragias uterinas disfuncionales, endometriosis, tumores malignos y benignos de útero y cérvix y problemas de relajación pélvica y prolapso. En la histerectomía total, se extirpa el útero completo. Siguen liberándose estrógenos y se producirá una menopausia natural. La histerectomía abdominal total con salpingo-ooforectomía bilateral (HOT-SOB) incluye la extirpación de útero, trompas de Falopio y ovarios. La histerectomía radical incluye, además de una .HAT-SOB, la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos. En estas dos últimas técnicas, al extirparse los ovarios, se induce

quirúrgicamente la menopausia. La vagina permanece intacta en todos los casos y el coito es posible, aunque no el embarazo.

El aumento de la cantidad de histerectomías se explica en gran medida porque se hace mucho como medida preventiva contra el cáncer uterino, como método de esterilización y como recurso para tratar síntomas leves de relajación pelviana y menorragia menopáusica.

La mortalidad quirúrgica de la histerectomía es menor del 0.1 % en la mayoría de los centros médicos, pero la morbilidad sigue siendo un problema y a veces sobreviven complicaciones graves en el post operatorio. Debemos destacar que la capacidad para hacer varios centenares de histerectomía sin mortalidad y pocas complicaciones no significa de hecho que se haga una ginecología correcta. Además de la baja morbimortalidad, también hay que fijarse que solo se hagan histerectomías por indicaciones correctas.

Según Taylor¹, las histerectomías se deben hacer por dos razones solamente:

- ⇒ Cuando preservar el útero plantea una amenaza a la vida de la paciente más importante que la operación
- ⇒ Cuando los síntomas son incapacitantes y no existe ningún otro tratamiento tan eficaz.

No se debe hacer la histerectomía para aliviar el dolor crónico de la pelvis si no existe patología pelviana. En estos casos, el alivio debe obtenerse con medidas conservadoras.

¹ Mattingly Richard F. Thompson John D. "Te Linde Ginecología Operatoria" 6ª. Edición. Editorial "El ateneo" México 1990, pág. 190.

Las indicaciones de la histerectomía que son correctas para las mujeres en general, también son correctas para las que han sido sometidas a ligaduras tubárica. La histerectomía por enfermedad o síntomas primarios que útero no está mas indicada por el hecho de que se hayan ligado las trompas con anterioridad.

Los únicos términos apropiados para modificar la palabra histerectomía son los calificativos total o subtotal y vaginal o abdominal. La extirpación de los anexos debe especificarse como bilateral o unilateral y como salpingectomia, ooforectomía o salpingooforectomia. Entre los términos que se prestan a confusión o son incorrectos figuran panhisterectomia, histerectomía completa, histerectomía incompleta, histerectomía supravaginal e histerectomía supracervical .

La histerectomía total y subtotal se ha convertido en una operación relativamente inocua en manos de un ginecólogo competente.

En los dos últimos decenios la histerectomía total ha hallado aceptación como método preferido para extirpar el útero.

Histerectomía Vaginal o Abdominal:

Tanto la histerectomía vaginal como la abdominal tienen ventajas y desventajas y hoy en día cada método cuenta con fuertes defensores entre los cirujanos, igual que en el pasado. El abordaje quirúrgico apropiado debe:

- 1) Permitir la evaluación completa de la indicación quirúrgica particular o del grupo de indicaciones

2) Facilitar el tratamiento quirúrgico de la situación.

Simple y lógicamente, estos dos métodos no deben ser vistos bajo la mira de la competencia.

Una vez que se toma la decisión de que la extirpación del útero beneficiará (o se espera a que lo haga) a la paciente, las indicaciones quirúrgicas habitualmente sugieren que una de las dos conductas satisfará mejor las necesidades de ésta.

Histerectomía vaginal: Indicaciones:

La experiencia previa del cirujano afectara de manera inevitable la decisión de proceder por vía vaginal abdominal. La subjetividad de esta decisión es destacada por la observación de Joel-Cohen (1978) respecto de que, aunque la cirugía abdominal anterior con enfermedad para adherencias constituyera una contraindicación para la cirugía vaginal para muchos cirujanos, él consideraba que la cirugía abdominal previa asociada con peritonitis u obstrucción intestinal era una identificación para intentar el abordaje vaginal.

Se debe considerar la histerectomía vaginal en todas las pacientes debido a su menor morbilidad y mortalidad en comparación con la cirugía abdominal (Dicker y col., 1982^a). Y Heaney (1942) destacó los beneficios de la cirugía vaginal para la paciente y aconsejó que todos los ginecólogos se preguntasen a sí mismos, al considerar la histerectomía, por qué la operación no se podía realizar por vía vaginal. El abordaje vaginal habitualmente se elige cuando la histerectomía se efectúa para.:

1. Corrección de prolapso uterovaginal.
2. Dismenorrea secundaria irreductible.

3. Hemorragia uterina disfuncional refractaria al manejo médico.
4. Miomas sintomáticos del tamaño apropiado para una extirpación segura por vía vaginal.
5. Las pacientes muy obesas que requieren histerectomía.

Histerectomía vaginal: contraindicaciones.

Las condiciones y diagnósticos que contraindican la cirugía vaginal son:

1. Arco pubiano estrecho.
2. Problema ortopédicos que hacen imposible la posición ginecológica.
3. Enfermedad pelviana grave por adherencias.
4. Agrandamiento macroscópico del útero, los anexos o ambas cosas.
5. Cáncer ginecológico.

No siempre es seguro o posible extirpar los ovarios y las trompas junto con el útero por la vía vaginal (Carpen y col. 1983). Esto es más probable con las pacientes muy obesas cuando es muy difícil alcanzar los ovarios y en las pacientes posmenopáusicas de edad avanzada con ovarios elevados sobre la pared pélvica lateral debido a retracción de los ligamentos infundibulopelvianos (Porges, 1980). En estas situaciones, el cirujano puede tener abierto el abdomen para extirpar los ovarios o puede ser posible ahorrar a la paciente una incisión abdominal mediante la extirpación de los ovarios con técnicas laparoscópicas (Semm, 1986).

Indicaciones de la histerectomía abdominal:

Se selecciona el abordaje abdominal para:

1. Indicaciones que requieren una inspección completa de la cavidad abdominal, como las neoplasias ginecológicas diagnosticadas o las masas pelvianas sin diagnóstico.
2. Situaciones obstétricas de emergencias.
3. Extirpación del útero y masas anexiales consideradas demasiado grandes o inmóviles para una extracción vaginal segura.
4. Pacientes que requieren otra cirugía abdominal o evaluación en el momento de la histerectomía, como la reparación de una hernia abdominal, fístulas gastrointestinales o genitourinarias complejas, lisis extensa de adherencias, colecistectomía, uretropexia retropúbica o sacrocolpopexia.

La histerectomía abdominal se puede realizar utilizando una técnica intrafascial cuando se encuentra que la disección alrededor del segmento uterino inferior y el cuello es dificultosa. Esta técnica, descrita en detalle por Aldridge y Meredith (1950), depende de la identificación del plano fascial que rodea el segmento uterino inferior y el cuello.

Richardson (1929) fue el primero que llamó la atención sobre la cara inferior de este tejido, que él denominó fascia pubocervical, en su publicación bellamente ilustrada de la técnica de histerectomía. Este autor sugirió una incisión en forma de T invertida en la fascia pubocervical para facilitar la disección distal del cuello sin lesión de la vejiga y para evitar la hemorragia venosa.

El concepto de histerectomía intrafascial descrito por Aldridge implica la identificación circunferencial y la incisión de este plano fascial o "manguito fascial". La disección quirúrgica se mantiene medial o interna al manguito fascial para evitar la lesión de la vejiga, los uréteres y el recto cuando se extirpa el cuello. Aunque el manguito fascial circunferencial puede no identificarse con claridad en la cirugía, el concepto de hacer una incisión circular tan cerca como sea posible del cuello ofrece protección contra la lesión de las estructuras contiguas. Esta fascia, de no más de 1 mm de espesor, contiene los vasos peracervicales y los vasos linfáticos que se deben mover junto con el espécimen cuando se realiza cirugía por cáncer cervical y uterino. Por lo tanto la operación se describe de forma apropiada como una histerectomía extrafascial. El cirujano debe conocer estos conceptos y ser capaz de realizar tanto la disección intrafascial como la extrafascial según lo requieran las circunstancias.

Esperamos que el cirujano no tenga limitaciones técnicas para un abordaje vaginal o abdominal por sus conocimientos. La experiencia de una residencia supervisada debe ser suficiente en aliento y calidad para producir un médico que pueda efectuar con comodidad la histerectomía vaginal o abdominal.

La recomendación final de un método sobre el otro debe ser guiada sólo por las consideraciones que convierten a la operación en la mejor solución posible para las indicaciones quirúrgicas individuales de la paciente.

Indicaciones actuales de la histerectomía:

Las indicaciones actuales de la histerectomía varían desde crisis como las catástrofes obstétricas que amenazan la vida hasta indicaciones más sutiles y subjetivas que hacen a la calidad de vida, como la presión pelviana, la dismenorrea secundaria y la dispareunia.

Las indicaciones pueden ser categorizadas para la discusión como:

- ⇒ Anatómicas.
- ⇒ Funciones.
- ⇒ Infecciosas.
- ⇒ De emergencia.
- ⇒ Neoplásicas (Benignas).
- ⇒ Neoplásicas (malignas).

Indicaciones anatómicas:

La mayor parte de las indicaciones para la histerectomía son alteraciones de la anatomía pelviana que se originan en la relajación de los tejidos de la pelvis. La pérdida del sostén pelviano a menudo surge de una lesión tisular o fascial ocurrida durante el parto.

La condición es agravada aun más por cualquier causa que aumente la presión intrabdominal, como obesidad, ascitis, enfermedad pulmonar crónica con tos continua y agrandamiento uterino secundario a tumores benignos y malignos. Los problemas anatómicos resultantes incluyen descenso uterino. Cistourethrocele, enterocele, rectocele y prolapso rectal. Las pacientes se pueden presentar con una de estas afecciones o, muchas veces, con combinaciones de ellas, por ejemplo, cistourethrocele, descenso uterino y enterocele. A menos que se desee preservar la fertilidad, la mejor corrección quirúrgica de estos problemas implica la extirpación del útero y la restauración del sostén del piso pelviano. En la mayoría de las pacientes, esto se logra mediante una histerectomía vaginal con la reparación del cistocele, el rectocele y el enterocele si está indicado.

Indicaciones funcionales:

A menudo se considera que la histerectomía alivia manifestaciones específicas que agravan e incomodan a las pacientes. Estos síntomas y manifestaciones de carácter subjetivo pueden constituir indicaciones quirúrgicas válidas o no, lo que depende de si la necesidad y el deseo de la paciente de corregir estos problemas justifican o no la cirugía.

Hemorragia uterina disfuncional:

La hemorragia uterina disfuncional (HUD) puede causar aprensión e inconvenientes importantes a la paciente y es posible que se asocie con dolor y anemia. La HUD es una indicación válida para la extirpación del útero sólo cuando no puede corregirse con manejo médico.

Dismenorrea primaria:

La dismenorrea primaria en general se presenta poco después de la menarca y no se asocia con enfermedad orgánica. El trastorno afecta a más del 50% de las mujeres que menstrúan y a veces tienen la gravedad suficiente como para interferir en las actividades diarias.

Dismenorrea secundaria:

El término dismenorrea secundaria se refiere al dolor asociado con las menstruaciones que se producen en condiciones patológicas que se sabe que causan menstruación dolorosa, como los leiomiomas uterinos, la endometriosis.

Indicaciones infecciosas:

La histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral constituye el tratamiento definitivo para infecciones graves del tracto genital, tales como una EIP crónica recidivante, un piómetra y una tuberculosis genital. Por lo común la extirpación quirúrgica extensa no se realiza en la fase aguda de la infección pélvica. Se inicia el tratamiento antibiótico y se reserva la cirugía para las infecciones que no responden o para el drenaje de las colecciones abscedadas. Los abscesos pelvianos se pueden drenar satisfactoriamente a través de la colocación de un catéter percutáneo guiado por ecografía o laparoscopia ².

Indicaciones de emergencia:

La mayor parte de las histerectomías realizadas por situaciones que amenazan la vida involucran indicaciones obstétricas.

Indicaciones neoplásicas (benignas):

Leiomioma:

Los miomas uterinos son los tumores benignos de aparición más frecuente en las mujeres y en sí mismos no constituyen una razón para la histerectomía a menos que:

² Copelan Larry J. Jarrell John, McGregor James A. "Ginecología" 1ª Edición De. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1998 pág. 762

- 1) Sean lo suficientemente grandes como para causar dolor pélvico, presión pélvica, urgencia miccional, presión rectal u obstrucción utereral.
- 2) Causen menorragia y anemia incorregibles por el curetaje y los progestágenos.
- 3) Se observe que aumentan rápidamente de tamaño (en cuyo caso la causa del agrandamiento puede ser un sarcoma uterino)
Obstaculicen el examen clínico pelviano

Endometriosis:

Es el crecimiento y la localización anormal del tejido endometrial por fuera de la cavidad uterina. Aunque es un proceso benigno, la endometriosis expresa algunas características de malignidad en su capacidad de proliferar, invadir localmente los tejidos adyacentes³ y originar metástasis en los ganglios linfáticos⁴ y otras vísceras⁵ y sitios cutáneos⁶ distantes de la pelvis. La endometriosis es la principal causa de infertilidad primaria. Raramente sufre transformación maligna. Cuando la fertilidad no se desea más o es imposible se realiza la histerectomía para la endometrosis sintomática con preservación de los ovarios normales.

Adenomiosis:

Es una invasión benigna de la capa del endometrio basal dentro del miometrio, el cual sufre hiperplasia e hipertrofia⁷. El hecho de que muchas mujeres con adenomiosis sean asintomáticas, combinado con la naturaleza

³ Panganiban y Cornog 1972

⁴ Koss, 1963

⁵ Felson y Col., 1960

⁶ Steck y Helwig, 1956

⁷ Novak y Woodruff, 1979

inespecífica de los síntomas, torna improbable el diagnóstico preoperatorio correcto.

La adenomiosis no es una indicación preoperatoria confiable para la histerectomía debido a su baja tasa de verificación y que las pacientes con malestar pélvico y hemorragia recidivante con sospecha de padecer adenomiosis deben ser sometidas a estudios preoperatorios apropiados, antes de la histerectomía. Dado que no existe un manejo médico de largo plazo satisfactorio para la adenomiosis, la histerectomía es el tratamiento de base y a menudo permite establecer el diagnóstico⁸

Tumores benignos de ovarios:

Los tumores benignos de ovarios con frecuencia conducen a la laparatomía, que puede ser acompañada por una histerectomía. El médico de alguna manera puede aliviar las preocupaciones y encaminar las decisiones de la paciente revisando las probabilidades estadísticas de los distintos tipos de tumor ovárico que aparecen en las diferentes edades..

Una vez que se toma la decisión de realizar ooforectomía bilateral habitualmente se extirpa el útero ya que no existe un beneficio conocido a partir de su conservación y persiste la potencialidad de alteraciones hemorrágicas e incluso de transformación maligna en los años posteriores con el tratamiento de reposición hormonal⁹

⁸ Azziz, 1989

⁹ Mc. Donald y cd., 1977^a.

Indicaciones Neoplásicas (malignas):

Cáncer de endometrio:

Es el cáncer ginecológico diagnosticado con mayor frecuencia. La extirpación quirúrgica del útero es el tratamiento principal del cáncer de endometrio. El útero en general se extirpa incluso en las pacientes con metástasis a distancia si se halla en condiciones aceptables clínicas dado que ello aumenta el control de la enfermedad pelviana. Las pacientes con lesiones en estadio IAGI¹⁰ con probabilidades mínimas de diseminación fuera del útero son tratadas típicamente con histerectomía abdominal extrafascial y salpingo ooforectomía bilateral. Los estadios avanzados requieren el agregado de radioterapia.

Cáncer de ovario:

Continúa siendo un problema importante entre las neoplasias ginecológicas malignas debido a su detección tardía. Aproximadamente el 75 % de todas las pacientes nuevas diagnosticadas tienen enfermedad avanzada cuando se las ve por primera vez¹¹.

El abordaje del carcinoma de ovario se basa en la ventaja obtenida en la supervivencia mediante la estadificación quirúrgica completa y la máxima extirpación de la masa tumoral. Los ovarios contienen enfermedad bilateral en el 30 y 60 %¹² de los casos y el útero con frecuencia presenta compromiso seroso microscópico o macroscópico. En la cirugía inicial habitualmente se realizan la

¹⁰ FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia)

¹¹ Mc Garrity y col 1982

histerectomía abdominal total, una salpingooferectomía bilateral, la omenectomía y la apendicectomía.

Cáncer cervical:

El cáncer cervical invasor ocupa el tercer lugar entre los cánceres y es el proceso ginecológico maligno más común entre las mujeres menores de 50 años¹³ La edad promedio para el cáncer invasores de 52.2 años con dos picos: uno entre los 35 y los 39 años y el otro entre los 60 y los 64 años¹⁴

En teoría la muerte por cáncer cervical invasor es totalmente prevenible mediante la detección precoz y el tratamiento apropiado de todas las mujeres en riesgo.

El tratamiento exitoso depende de la delimitación exacta de la lesión, que requiere la coordinación del examen de la paciente con el análisis patológicos de la biopsia y/o el espécimen de conización.

Por lo común se sugiere el tratamiento quirúrgico para las pacientes mas jóvenes a fin de preservar la función ovárica y evitar la posible disfunción inducida por las recientes posmenopausicas que están en buen estado de salud también pueden ser tratadas quirúrgicas y la radioterapia debe reservarse para las pacientes con contraindicaciones medicas para la cirugía o que prefieren la radioterapia.

¹³ Morrow 1979

¹⁴ boring y col. 1992

TRATAMIENTO DEL CANCER CERVICAL INCLUIDAS CINCO CLASES DE HISTERECTOMÍA RADICAL.

LESIÓN	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
Carcinoma in situ	Conización; márgenes quirúrgicos libres de enfermedad.
Estadio IA con invasión de hasta 1mm y ausencia de invasión del ECL*.	Conización con márgenes quirúrgicos libres de enfermedad si se desea conservar la fertilidad o histerectomía extrafascial (clase I) con retracción lateral de los uréteres, lo que permite la remoción total del cuello uterino.
Estadio IA2 con invasión de 1 a 3 mm y ausencia de invasión del ECL.	Conización con márgenes quirúrgicos libres de enfermedad si se desea conservar la fertilidad o histerectomía extrafascial de clase I o histerectomía vaginal radial (Schauta).
Estadio IA2 con invasión de 3 a 5 mm y diámetro tumoral < 1 cm.	Histerectomía radical de clase II modificada con linfadenectomía pelviana.
Estadio IA2 con invasión de 3 a 5 y diámetro tumoral > 1 cm	Histerectomía radical de clase II con remoción de la totalidad de los ligamentos uterosacro y cardinal, ligadura de la arteria uterina en su origen desde la arteria iliaca interna; remoción de la mitad de la vagina y linfadenectomía pelviana.
Estadios IB y IIA	Histerectomía radical de clase III
Recidiva central posradiación que no compromete la vejiga ni el recto	Histerectomía radical de clase IV con remoción del tejido periureteral, remoción de la arteria vesical superior o tres cuartas partes de la vagina.
Recidiva central posradiación que compromete una parte de la vejiga o el recto.	Histerectomía radical ampliada de clase V con remoción de la parte comprometida de la vejiga, el uréter distal, o ambos con ureteroneocistostomía.

¹⁴ Boring y col. 1991

* ECL = espacio capilar-linfático. Modificado de Piver MS Rutledge F. Smith JP Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. Obstet Gynecol 1974; 44:256. Reproducido con autorización del American College of Obstetricians and Gynecologists.

Los efectos secundarios de la histerectomía:

Los efectos secundarios dependen de varias cosas, por ejemplo su edad, su enfermedad, si todavía tiene la regla y el tipo de histerectomía que se haga.

Si todavía tenía la regla antes de la operación, no la volverá a tener.

- ⇒ Si no se le extirpan los ovarios, seguirá teniendo cambios hormonales como cuando tenía la regla, pero no tendrá sangrado.

- ⇒ Si le extirpan los ovarios, tendrá cambios similares a los de la menopausia. Estos pueden incluir bochornos, sequedad vaginal, sudados nocturnos, cambios del estado de ánimo u otros síntomas.

Otros efectos secundarios de la histerectomía son similares a los de cualquier otro tipo de operación. Si trabaja fuera del hogar, tendrá que dejar de hacerlo durante varias semanas; el tiempo depende del tipo de histerectomía y las órdenes del médico. Necesitará ayuda en sus actividades diarias como el cuidado de sus hijos, las compras y los quehaceres del hogar. Otros efectos secundarios de la operación incluyen:

Efectos de la anestesia:

Le darán anestésicos para que no sienta dolor durante la operación. Es posible que se sienta irritable o débil por unos días. También es posible que tenga náuseas. Generalmente el médico le puede dar algo para que le ayude a calmar el malestar estómago.

COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL:

Todavía ocurre una morbilidad grave y a veces mortalidad como consecuencia de la histerectomía abdominal. De acuerdo con el estudio de Dicker

y col., las mujeres sometidas a histerectomía vaginal experimentan muchas menos complicaciones que las sometidas a histerectomía abdominal. Es caso indudable que esto se debe a que a las pacientes con enfermedades pelvianas mas importantes se las suele operar por vía abdominal. La histerectomía abdominal plantea un peligro mas importante de que se lesionen los tractos urinarios e intestinales y también entraña una incisión en la pared abdominal. En cambio, a la histerectomía vaginal muchas veces se la asocia con una colporrafia anterior y posterior.

Aunque muchas veces se hacen comparaciones entre las complicaciones de la histerectomías vaginal y abdominal, estas operaciones no son comparables y tampoco se hacen por estados patológicos comparables.

Morbilidad:

Es raro que en la bibliografía medica actual se mencionen las muertes operatorias vinculadas con la histerectomía. No cabe duda de que el riesgo de muerte por operaciones pélvicas mayores ha disminuido mucho en el último cuarto de siglo. Esto se debe en su mayor parte a la cuidadosa preparación preoperatoria de la paciente, al mejoramiento del diagnostico y del manejo de los problemas cardiovasculares, pulmonares y metabólicos, al control de sepsis posoperatoria, a la anestesia excelente y a la pericia quirúrgica, pero todavía existe un riesgo de mortalidad residual para la cirugía pelviana mayor. Además, el riesgo no se limita a las ancianas ni a las pacientes graves. Las causas principales de muertes posoperatorias comprenden en la actualidad paro cardíaco, embolia pulmonar y sepsis, con casos ocasionales de hemorragia posoperatoria, obstrucción intestinal y hemorragia subaracnoidea. Aunque el índice de mortalidad es bajo, todavía sigue siendo lo suficientemente grande como para exigir que las indicaciones de la histerectomía sean correctas antes de emprender la operación.

Infección posoperatoria:

Después de la histerectomía abdominal electiva por enfermedades benignas, pueden ocurrir infecciones mayores y menores aunque en la operación no aparezcan manifestaciones de infección aguda o crónica. La morbilidad febril es la complicación más frecuente de la histerectomía abdominal, pues se registra en el 30 a 50% de los casos. Las infecciones mayores comprenden celulitis pelviana, hematoma infectado o absceso encima del manguito vaginal, infección de la herida abdominal e infecciones de los anexos. El diagnóstico se hace detectando sensibilidad e induración o un bulto al palpar el área afectada en una paciente posoperatoria febril que se queja de creciente dolor en el abdomen inferior. Sondeando con suavidad el manguito vaginal la incisión abdominal puede manar un pus que se debe someter a cultivos para bacterias anaeróbicas y aeróbicas.

La edad de la paciente es un factor importante relacionado con las infecciones posoperatorias. La incidencia de estas infecciones culminaría en mujeres menores de 40 años.

Hemorragia posoperatorias:

La complicación poshisterectomía grave más común es el sangrado, pero felizmente el sangrado importante no ocurre con frecuencia.

Cuando ocurre un sangrado copioso, puede empezar bruscamente y asumir proporciones alarmantes en un plazo muy breve, de modo que se deben tomar medidas sin pérdida de tiempo. No se puede presumir que la paciente que está unas pocas horas en la sala de recuperación sin manifestaciones de sangrado ni hipotensión, esté a salvo del peligro de una hemorragia posoperatoria. Si ha quedado un pequeño vaso que sangra en la cavidad peritoneal, es probable que la

hemorragia oculta tarde varias horas en dar signos clínicos de hipovolemia. Estas pacientes, por lo tanto, requieren una observación atenta hasta 24 horas del posoperatorio, por lo menos. Determinése el hematócrito siempre al completar la operación, la mañana del primer día del posoperatorio y en cualquier otro momento ante la más mínima sugerencia de sangrado intraperitoneal o de hipovolemia.

La hemorragia poshisterectomía ocurre con mayor frecuencia entre los 7 y 14 días de la operación. En este momento las suturas del catgut pueden disolverse en parte y perder su fuerza a la tracción.¹⁵

ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA HISTERECTOMÍA:

Paciente y médico deben tomar en conjunto la decisión de proceder con la histerectomía y los motivos por lo que las pacientes con trastornos semejantes eligen diferentes tratamientos.

En el caso de muchas, la decisión de que se efectúe histerectomía puede ser repentina. Afrontan los riesgos potenciales de la anestesia y la intervención quirúrgica y, si son premenopausicas, deben hacer frente también a la pérdida de la menstruación y a la capacidad para procrear. Muchas mujeres se preocupan de que el procedimiento origine pérdida de la feminidad, disminución de la satisfacción sexual o aumento de problemas interpersonales con sus cónyuges. La preocupación por la pérdida de las vías reproductivas es mayor de la relacionada con la pérdida de los otros órganos intraabdominales¹⁶.

¹⁵ Mattingly Richard F. Thompson John D. Op. Cit. Pag 222

¹⁶ Massler DJ, Devanesan mm. Sexual consequences of gynecologic operations. In: Comfort A, de, Sexual consequences of Disability Philadelphia: George F. Stickley, 1978: 153-181.

Es esencial ofrecer consejo y preparación preoperatorios adecuados para volver mínima la posibilidad de que la paciente tenga malos resultados.

Drellich y Bierber 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 experimentado dismenorrea ¹⁷.

Varias de estas mujeres consideraron al 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.

La variación en las reacciones de las mujeres a la histerectomía es muy grande. En la mayor parte 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 ¹⁸.

Hollender informó que casi el doble de las mujeres habían ingresado en una sala de hospital psiquiátrico después de operaciones pélvicas, en comparación con los otros tipos de operaciones ¹⁹, sin embargo, otros investigadores no han encontrado una relación de esta clase ²⁰ y algunas informan incluso disminución de los síntomas después de histerectomía ²¹.

¹⁷ Drellich, mG, Bieber I. The Psychological importance of the uterus and its funcion. J. Nerv Ment. Dis 1958; 126:322-37

¹⁸ Lindermann E. Observation on psychiatric squielae to surgical operation in mement Am. J. Psychiatry 1941; 98; 32-7

¹⁹ Hollender MH: A study of patients admitted to a psychiatric hospital after pelvis operations, Am. J. Obstet gynecol 1960; 79:498-503

²⁰ Bragg RL. Risk of admission to mental hospital following hysterectomy or cholecystectomy. Am. J. Public Health 1965;55:1403-10

Los pacientes que experimentan ansiedad preoperatoria moderada evolucionan mucho mejor después de operarse que 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 ésta aumentan la ansiedad de las pacientes. Por tanto, es necesario programarlas para la operación con varias semanas de anticipación a fin de evitar dicho problema ²².

Las mujeres que habían planeado tener más hijos en el futuro experimentaron más problemas durante el periodo postoperatorio inmediato ²³.

La incidencia de disfunción sexual después de la histerectomía se encuentra entre 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 de la libido después de histerectomía, en tanto que otras sugieren que su libido se ha incrementado gracias a la reducción del miedo al embarazo no deseado ²⁴.

Humphries encontró que la mayoría de las pacientes no experimentan cambios de prácticas sexuales después de la histerectomía ²⁵ en tanto que otros

²¹ Martin RL, Roberts WV, Clayton PJ. Psychiatric status after hysterectomy; a one year prospective follow-up JAMA 1980; 244:350-3

²² Janis IL. Psychological stress; psychoanalytical Behavioral studies of surgical patients. New York. John Wiley and Sons, 1958.

²³ Menzer D, Morris T, Gates P, Sabbath J, Robey H, Plaut T, et al. Patterns of emotional recovery forw hysterectomy. Psychosom med. 1957;19:379-88

²⁴ Huffman J.W. The Effect of gynecologic surgery on sexual relations. Am. J. Obstet gynecol 1950; 59: 915-7

²⁵ Humphries Pt. Sexual adjustment after a hysterectomy. Issues Health care Women 1980;2:1-14.

investigadores informan deterioros de las relaciones sexuales ²⁶. A menudo la ansiedad preoperatoria por el funcionamiento sexual se acompaña de deterioro global de las relaciones sexuales ²⁷.

Obviamente, cada mujer reaccionará de forma diferente a la operación. Si le extirpan los ovarios junto con el útero, es posible que tenga bochornos u otros síntomas similares a los de la menopausia. Es posible que le recomienden un tratamiento de sustitución de estrógenos u otro medicamento para ayudarle a calmar los síntomas.

Es posible que le preocupe no poder disfrutar de las relaciones sexuales después de la operación o que su compañero no la encuentre tan atractiva. Al hablar con otras mujeres que han tenido esta operación, tal vez le sorprenda saber que ellas todavía disfrutaban de una vida sexual activa y satisfactoria después de la histerectomía.

La edad es un factor importante en la forma en que la mujer reacciona emocionalmente a la histerectomía. Esto ocurre especialmente en las jóvenes que no han comenzado a tener hijos, o que no han tenido el número de hijos que desean. A veces los médicos pueden encontrar formas de ayudarle a manejar su enfermedad si desea quedar embarazada antes de la operación. A veces la histerectomía es necesaria para mantener la salud de la mujer, y tal vez no sea posible posponerla.

Por tal motivo es necesario que examine con el médico cada una de las opciones y considerar las ventajas y desventajas de la operación. También es

²⁶ Dennestein L, Wood C, Burruws GD: sexual response following hysterectomy and oophorectomy. *Obstet gynecol* 1977; 49:92-6

²⁷ Lindgreu HC. *Personality as a social phenomenn* 2nd. De new york: John Willey and Sons, 1973: 2225-99

conveniente que hable con sus familiares y otras personas cercanas antes de tomar una decisión.

Histerectomía y depresión:

No es infrecuente la depresión de importancia variable después de la histerectomía (Medoly, 1962; Polivy, 1974; Sloan, 1978). Se ha descrito un síndrome poshisterectomía (Richards, 1974). Los estudios clínicos de este fenómeno muestran que la depresión después de la histerectomía es más probable en:

1. Mujeres con antecedentes previos de problemas psicológicos.
2. Mujeres que no tenían enfermedad orgánica en el útero extirpado (Barker, 1968, Richards, 1973)

Sin embargo, aun excluyendo a las mujeres con estas características del análisis, la depresión fue dos veces más común entre las mujeres después de una histerectomía en comparación con mujeres de la misma edad después de una colecistectomía o una apendicectomía (Richards, 1974).

La depresión poshisterectomía puede originarse en el concepto de que la femineidad y un útero con funcionamiento intacto son la misma cosa. Quizá las mujeres, y los hombres en algún grado, relacionen la imagen de mujer con la capacidad reproductiva. Las menstruaciones recuerdan a la mujer su identidad, mientras que la menopausia y la extirpación del útero alejan esta sugestión. La calidad esencial del útero y de un sistema reproductivo intacto puede estar suprimida en la mente consciente de algunas mujeres que han elegido no tener hijos. Sin embargo, estas mujeres inconscientemente pueden reasegurar su femineidad sabiendo que todavía tienen la opción de reproducirse.

Las percepciones subconscientes y conscientes de la autoestima varían de cultura en cultura y de persona a persona dentro de una cultura específica. Es más probable que la pérdida de la potencialidad reproductiva causé alteraciones psicológicas importantes en una sociedad que considera la maternidad y el cuidado de la familia como las funciones primordiales de la mujer. En los países desarrollados la tendencia a la igualdad entre los hombres y mujeres con las crecientes oportunidades laborales abiertas a las mujeres pueden disminuir el impacto de la pérdida del útero para muchos (Bunker, 1976). Las actitudes de los hombres hacia las mujeres como parejas sexuales también están vinculadas con las expectativas inherentes a la sociedad en que viven (Neutens, 1981).

Ciertos factores concomitantes pueden potenciar la depresión poshisterectomía. La histerectomía muchas veces se produce en un momento de la vida de la mujer en que otras situaciones están erosionando su sensación de bienestar y femineidad. Sus hijos ya pueden tener problemas propios de la adolescencia o haber abandonado recientemente el hogar. Su esposo puede estar atravesando la crisis de la edad media, puede estar ajeno o ser insensible a sus necesidades. Ella puede estar enfrentando algunos de los estigmas de la edad (obesidad, dolores musculares, artritis, presbicia) que se combinan para socavar su imagen de juventud.

Antes de realizar una histerectomía los médicos deben tratar de reconocer todas las situaciones que pueden contribuir a la depresión poshisterectomía. Es más probable que se presenten secuelas psicológicas adversas en mujeres con antecedentes de depresión o problemas de identidad femenina. Estos temas se exploran con la paciente y su familia antes de la cirugía de modo que la mujer tenga tiempo de reflexionar y prepararse para una recuperación física y psicológica completa. El tiempo que se utiliza para discutir con tranquilidad estas

ideas conscientes e inconscientes puede prevenir o aminorar la depresión poshisterectomía.²⁸

Apoyo psicológico:

En el postoperatorio casi todas las pacientes se sienten deprimida durante varios días, es incapaz de expresar porque está deprimida y llora. Puede haber una respuesta de duelo por la parte del órgano que a perdido. Son frecuentes los sentimientos de culpa, de vergüenza y de arrepentimiento.

Se debe de animar a la mujer a continuar con sus actividades femeninas, como el pintarse, vestir su propia ropa, el arreglarse el pelo, ya que esto le ayuda a mantener su perspectiva femenina. Durante este tiempo necesita un cuidado empático y comprensivo. Las familias pueden necesitar ayuda para aceptar estas respuestas con calma y el marido puede necesitar ayuda para que entienda la necesidad de su mujer y asegurarse de su amor y afecto²⁹.

²⁸ Copelan Larry J. Jarrell John, McGregor James A. Op. Cit. Pág. 764

3. METODOLOGÍA.

En el presente capítulo se presentan las hipótesis, variables e indicadores, el tipo u diseño de investigación así como las técnicas que se utilizan para desarrollar la investigación.

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. De trabajo.

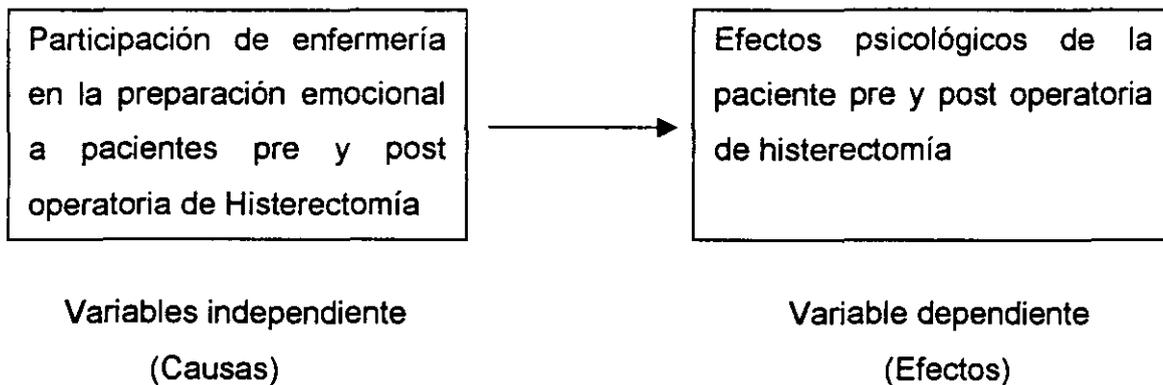
El desconocimiento sobre los procedimientos y la falta de preparación psicológica relativos a la cirugía de las pacientes pre y post operatorias de histerectomía ocasiona estrés y disminución de la autoestima por la propia percepción como asexual debido a la falta de apoyo emocional.

3.1.2. Nula

El desconocimiento sobre los procedimientos y preparación psicológica relativos a las pacientes pre y post operatorias de histerectomía no ocasiona estrés, ni disminución de la autoestima por la propia percepción como asexual debido a la falta de apoyo emocional.

²⁹ Long, B.C. Phipps, W.J. "Enfermería Médico Quirúrgica" vol. II 2ª Edición, De Interamericana Mc Graw. Hill México, 1992, pág. 1363.

3.1.3. Modelo de Relación Causal de las Variables.



3.2. VARIABLES E INDICADORES.

3.2.1. Variables independientes:

Participación de enfermería en la preparación emocional a pacientes pre – post operadas de histerectomía.

- Indicadores:

Nivel de conocimientos de la enfermera con respecto a:

- ⇒ Histerectomía.
- ⇒ Orientación. nutricional
- ⇒ Preparación fisiológica.
- ⇒ Preparación física en casa.
- ⇒ Efectos Emocionales.
- ⇒ Cambios hormonales.

3.2.2. Variables Dependiente:

Efectos psicológicos de la paciente pre y post operatorias de histerectomía.

- Indicadores:
 - ⇒ Edad.
 - ⇒ Escolaridad.
 - ⇒ Ocupación.
 - ⇒ Estado Civil.
 - ⇒ Numero de hijos.
 - ⇒ Relación de pareja
 - ⇒ Sexualidad.
 - ⇒ Esterilidad.
 - ⇒ Cambios Hormonales.
 - ⇒ Efectos psicológicos.

3.2.3. Definiciones operacionales.

En este inciso se pretende dar a conocer los conceptos básicos que conforman los procedimientos y efectos psicológicos de la cirugía de histerectomía y que si no se informa y orienta lo mas completa y fácil de entender para las pacientes puede ocasionar efectos secundarios no favorables para el bienestar de la misma en su vida diaria y relación familiar de pareja.

- ⇒ Nivel de conocimiento.
- ⇒ Función de la enfermera.
- ⇒ Efectos psicológicos.
- ⇒ Histerectomía.
- ⇒ Preparación psicológica.
- ⇒ Sexualidad.
- ⇒ Esterilidad.
- ⇒ Autoestima.
- ⇒ Cambios hormonales.

La histerectomía es la intervención para extirpar útero y cervix, se realiza en numerosos trastornos como hemorragias uterinas disfuncionales, endometriosis que es una situación en que las células endometriales que suelen revestir interiormente el útero, se determinan por la pelvis y se extienden hasta el ombligo, tumores malignos y benignos de útero y cervix y problemas de relajación pélvica y prolapso total se extirpa el útero completo.

Existen cambios psicológicos después de la histerectomía tales como ciertos grados de trastorno emocional, la mujer puede estar preocupada por la esterilidad, la mutilación, la pérdida del atractivo sexual y el cáncer, pueden aparecer reacciones de pesar por la pérdida de una parte corporal; para disminuir estos efectos es debe dar una preparación psicológica antes de su cirugía, darle apoyo emocional intercambiando sentimientos con la pareja y con su familia.

Los cambios hormonales serán de acuerdo al tipo de histerectomía al cual fue sometida la paciente si no le fueron extirpados los ovarios no habrá cambios hormonales, solo desaparecerá el sangrado, en caso de que le sean extirpados los ovarios los síntomas serán similares a los de la menopausia, como son los bochornos, sequedad vaginal, sudados nocturnos, no habrá ovulación.

La sexualidad es un conjunto de características especiales, externas o internas, que presentan los individuos; es un conjunto de manifestaciones que abarcan el placer ligado al funcionamiento del aparato genital y los placeres ligados al ejercicio de una función vital, acompañados del apoyo de un placer inmediatamente sexual.

La esterilización es un procedimiento que hace a una mujer incapaz de reproducirse de modo permanente, después de la histerectomía, puede tener alteraciones para obtener satisfacción sexual y algunas mujeres pueden obtener una mayor gratificación de sus relaciones al no tener miedo de una gestación.

3.3. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

3.3.1. Tipo

El tipo de estudio que se trata de llevar a cabo es:

- ⇒ Descriptivo.
- ⇒ Transversal.
- ⇒ Prospectivo.
- ⇒ Diagnóstico.

Es descriptivo porque se estudiará y describirán las consecuencias psicológicas que condicionan el estilo de vida y su relación con la pareja debido a la falta de orientación e información sobre la cirugía de histerectomía.

Es transversal porque esta investigación se hará en un periodo de Mayo a Julio del 2000.

Es Prospectivo porque los resultados que se obtengan de esta investigación servirán para proponer un programa de orientación a los pacientes pre-post operatorias de histerectomía.

Es de diagnóstico porque se pretende establecer un diagnóstico situacional de las variables de nivel de conocimiento de las enfermeras y los efectos psicológicos de las pacientes pre y post operatorias de histerectomía con el objetivo de conocer las alteraciones emocionales que afectan el estilo de vida y su relación con la pareja de las mismas.

3.3.2. Diseño.

El diseño de investigación se ha realizado atendiendo a los siguientes aspectos:

- ⇒ Asistencia a un curso de seminario de tesis
- ⇒ Búsqueda de un problema de investigación que permita producir teoría en enfermería.
- ⇒ Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para buscar el Marco Teórico que fundamente la investigación.
- ⇒ Elaboración del instrumento de recolección de datos con base a los indicadores de la variable.
- ⇒ Aplicación de la cédula de encuesta a la muestra seleccionada.
- ⇒ Captura, recuento y clasificación de los datos para la elaboración de tablas cuadros y gráficas.
- ⇒ Comprobación o disprobación de hipótesis utilizando técnicas estadísticas pertinentes.
- ⇒ Análisis e interpretación de los resultados para el planteamiento de alternativas.
- ⇒ Elaboración de conclusiones y recomendaciones para solucionar en parte la problemática estudiada.

3.3.3. Cronograma de trabajo.

ACTIVIDADES	TIEMPO				
	MAYO	JUNIO		JULIO	AGOSTO
Selección Del tema					
Elaboración Protocolo					
Investigación Documental					
Elaboración Cuestionario					
Autorización Para la aplicación Del cuestionario					
Aplicación Prueba piloto					
Recopilación y Análisis de datos					
Integración De la información					
Presentación del Protocolo					

3.3.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

3.3.4.1. Criterios de inclusión:

- ⇒ Todo el personal de enfermería tanto General, Especialista, Jefe de enfermería que labora en el servicio de Tococirugía y hospitalización.
- ⇒ Todas las pacientes que ingresan por cualquier procedimiento de ginecología y culmina en histerectomía.

3.3.4.2. Criterios de exclusión:

- ⇒ Pacientes que no deseen histerectomía.
- ⇒ Personal de enfermería que se rehusa a contestar el cuestionario.
- ⇒ Personal de enfermería que se encuentra incapacitado, con licencia y de vacaciones.

3.3.4.3. Criterios de Eliminación:

- ⇒ Personal de enfermería que no labora dentro del servicio de tococirugía.
- ⇒ Personal de enfermería que no labora en el HGZC/MF #3, I.M.S.S., Salamanca, Gto.
- ⇒ Pacientes que no acuden al servicio de tococirugía del HGZC/MF #3, I.M.S.S., Salamanca, Gto.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.4.1. Fichas de trabajo.

Con las fichas de trabajo será posible ordenar y clasificar el material recopilando para la elaboración del Marco Teórico.

Se elaboraran fichas de trabajo las cuales se clasificaran respectivamente en los componentes básicos de Marco Teórico Conceptual y Marco Teórico Fundamental.

3.4.2. Observación.

Con la técnica de observación los investigadores pretenden evitar el subjetivismo e identificar el comportamiento de la variable mediante una percepción visual directa en el persona de enfermería y las pacientes pre-post operatorias de histerectomía en el HGZC/MF #3, I.M.S.S., Salamanca, Gto.

3.4.3. Entrevista.

La entrevista permitirá a los investigadores reunir los testimonios orales mediante una relación directa entrevistado – entrevistador y conocer los conocimientos que tienen la enfermera y los efectos psicológicos que presenta la paciente orientación sobre la cirugía de histerectomía.

3.4.4. Cuestionarios.

Es el principal instrumento de recolección de datos, se hará con base en preguntas derivadas de los indicadores. Dentro de la hoja de datos personales y conocimientos que tienen sobre la histerectomía, tanto la enfermera como la paciente.

Antes de aplicar los cuestionarios se realizara una prueba piloto para verificar la comprensión que tienen los entrevistados en cuanto a las preguntas presentadas.

Se elaboraron los cuestionarios uno dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de tococirugía y hospitalización y otro a las pacientes que serán sometidas a Histerectomía.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA.

4.1. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

4.1.1. Universo:

Personal de enfermería que labora en el servicio de tococirugía y hospitalización. El universo esta formado por Enfermeras Generales Especialistas, Jefes y Subjefes de Enfermería, así como las pacientes que acuden al mismo servicio con algún trastorno ginecológico y que culmina en histerectomía.

4.1.2. Población:

La población la constituye el personal de enfermería y pacientes que acuden al servicio de tococirugía, es decir que son 30 enfermeras y 50 pacientes.

4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS.

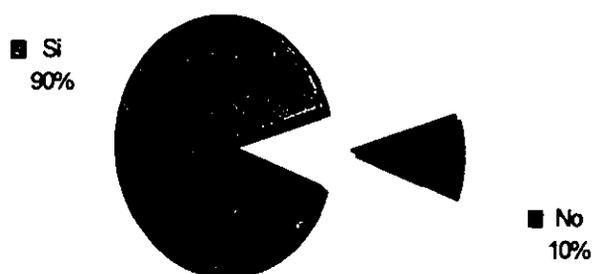
INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO APLICADO A PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN I.M.S.S. SALAMANCA, GTO.

1. Conocimiento del personal de enfermería a cerca del concepto de Histerectomía.

Conoce el concepto	No	%
Si	27	90
No	3	10
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO"; EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE CONOCE EL CONCEPTO DE HISTERECTOMIA

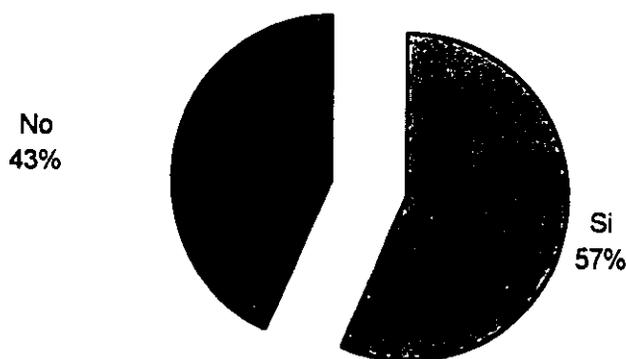


2. Conocimiento del personal de enfermería sobre el concepto de Histerectomía radical.

Conoce el concepto	No	%
Si	17	56.6
No	13	43.3
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO"; EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CONCEPTO DE HISTERECTOMIA RADICAL

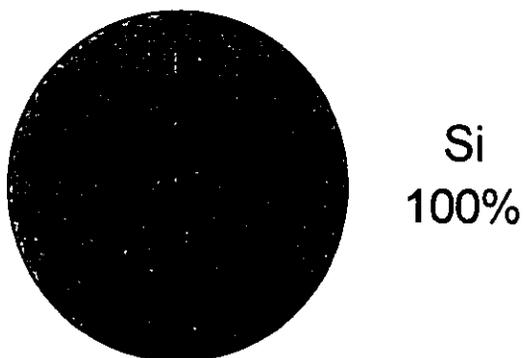


3. Conocimiento sobre indicaciones para una Histerectomía.

Conoce las indicaciones	No	%
Si	30	100
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO". EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE INDICACIONES PARA UNA HISTERECTOMIA

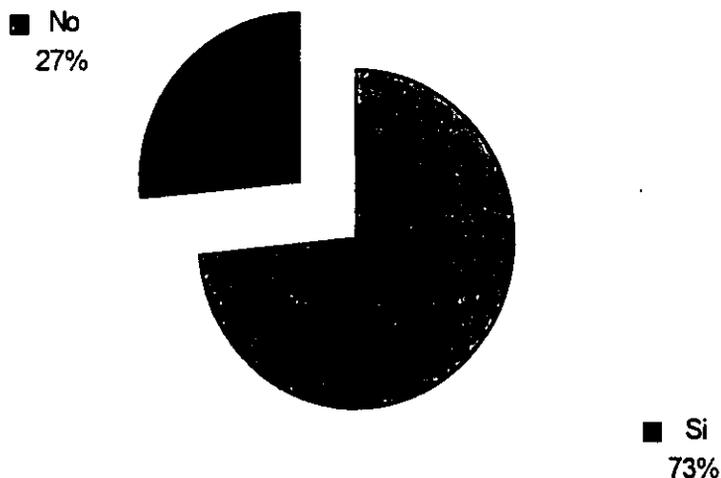


4. Conocimiento sobre complicaciones post-operatorias de la Histerectomía.

Conoce las complicaciones	No	%
Si	22	73.33
No	8	26.66
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO". EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS DE LA HISTERECTOMIA

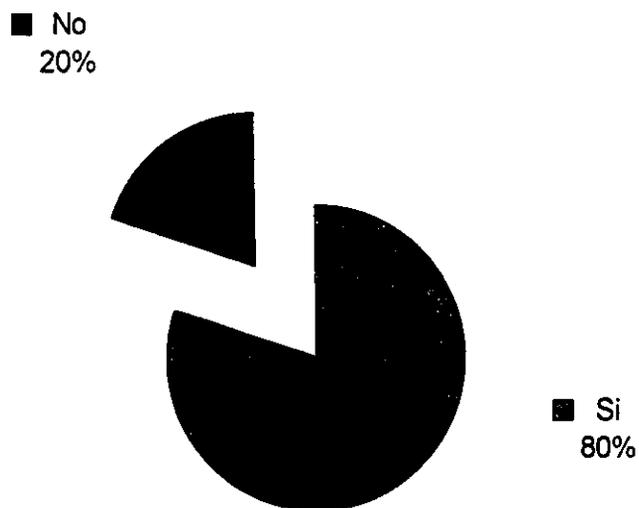


5. Conocimiento del personal de enfermería sobre los cambios hormonales que se presentan después de la histerectomía

Conoce los Cambios Hormonales	No	%
Si	24	80
No	6	20
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO". EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
SOBRE LOS CAMBIOS HORMONALES

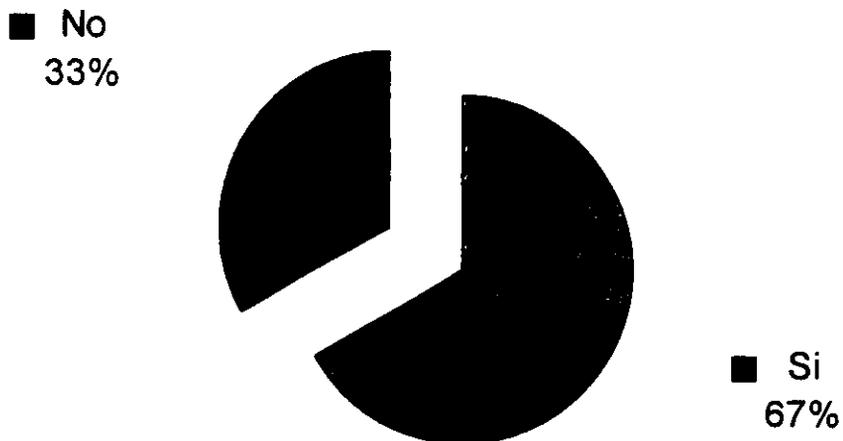


6. Conocimiento del personal de enfermería sobre los cambios que se presentan en la vida sexual de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Conoce los Cambios En la vida sexual	No	%
Si	20	67
No	10	33
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO". EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CAMBIOS EN LA VIDA SEXUAL

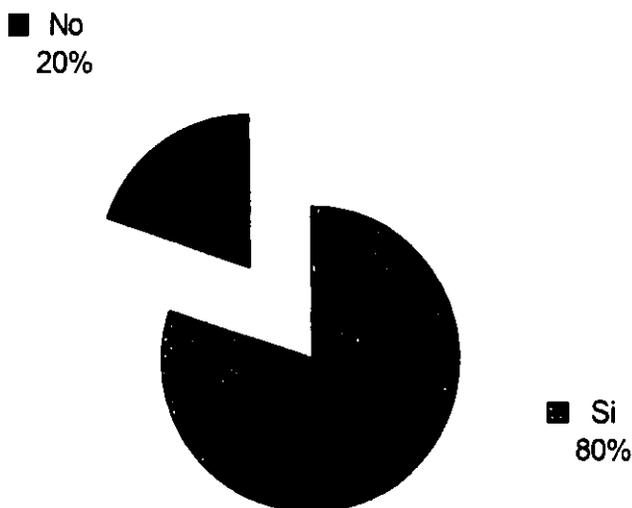


7. Conocimiento del personal de Enfermería sobre los medicamentos indicados a las pacientes sometidas a Histerectomía.

Conoce los Medicamentos	No	%
Si	24	80
No	6	20
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO". EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE MEDICAMENTOS INDICADOS DESPUES DE LA HISTERECTOMIA

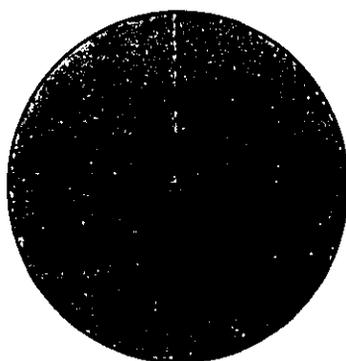


8. Conocimiento del personal de enfermería sobre la edad como factor condicionante para la realización de la Histerectomía.

Conoce la Edad como factor	No	%
Si	30	100
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO". EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA EDAD COMO FACTOR CONDICIONANTE



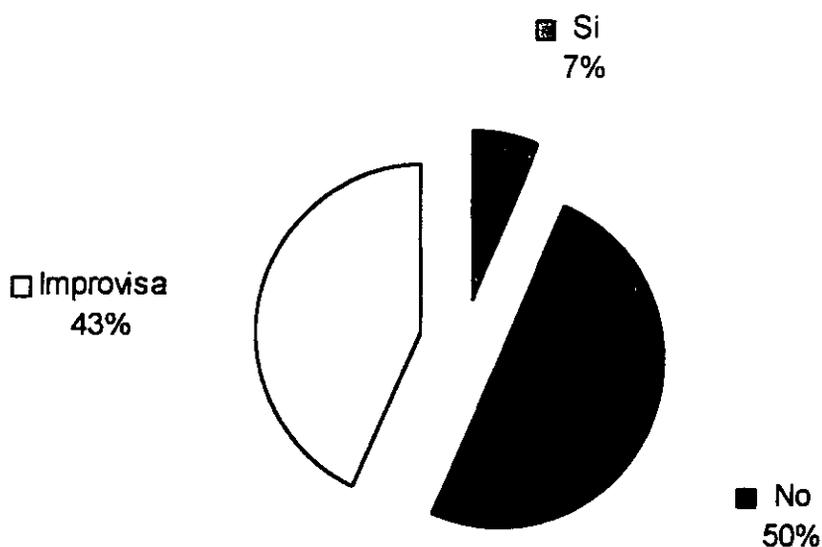
Si
100%

9. Realiza y aplica el personal de enfermería educación a las pacientes sometidas a Histerectomía.

Realización y aplicación del programa	No	%
Si	2	7
No	15	50
Improvisa	13	43
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO"; EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE REALIZA Y APLICA UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN

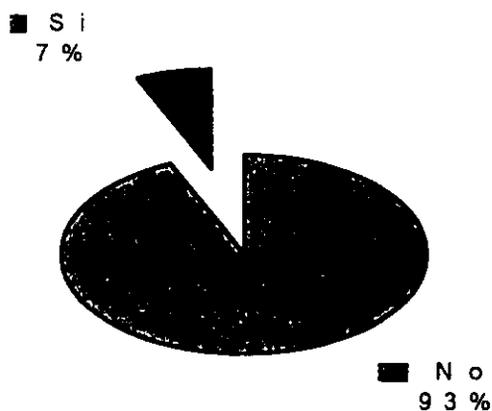


10. Existe un programa de orientación en el servicio para aplicarlo a pacientes sometidas a Histerectomía

Existencia De un Programa	No	%
Si	2	7
No	28	93
Total	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO"; EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.

CONOCIMIENTO SOBRE LA EXISTENCIA DE UN PROGRAMA DE ORIENTACION



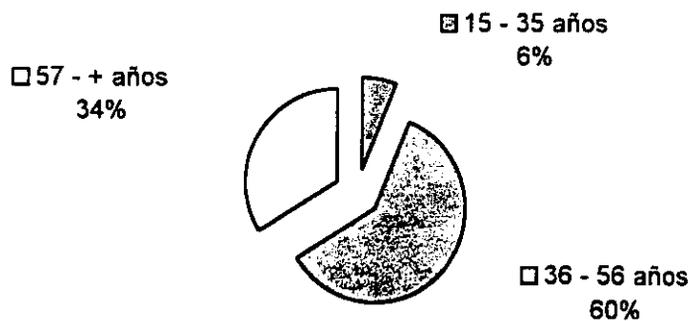
INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA APLICADA A PACIENTES

1. Edad de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Edad	No	%
15 - 30	3	6
36 - 56	30	60
57 - +	17	34
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

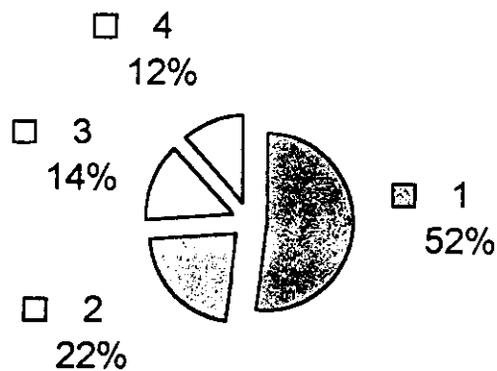


2. Ocupación de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Ocupación	No	%
Hogar	26	52
Empleada	11	22
Comerciante	7	14
Profesionista	6	12
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF #3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES

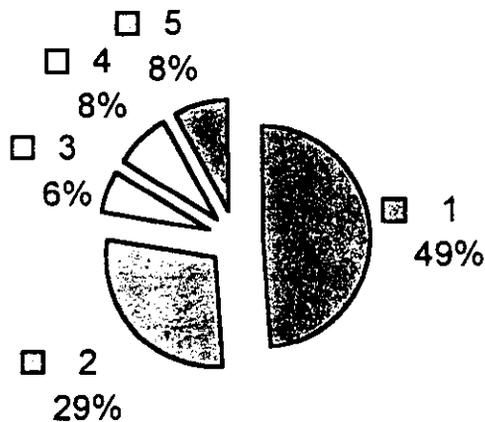


3. Escolaridad de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Escolaridad	No	%
Primaria	25	50
Secundaria	14	28
Bachillerato	3	6
Técnico	4	8
Profesional	4	8
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES

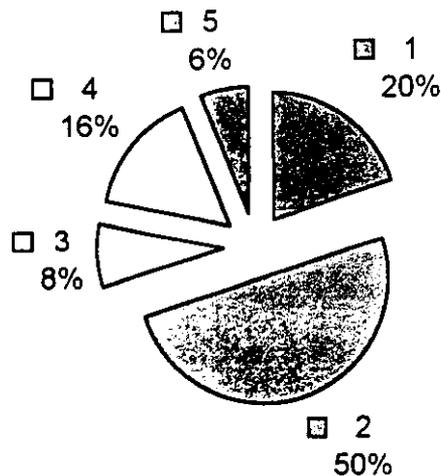


4. Estado Civil de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Estado Civil	No	%
Soltera	10	20
Casada	25	50
Viuda	4	8
Divorciada	8	16
Unión Libre	3	6
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES

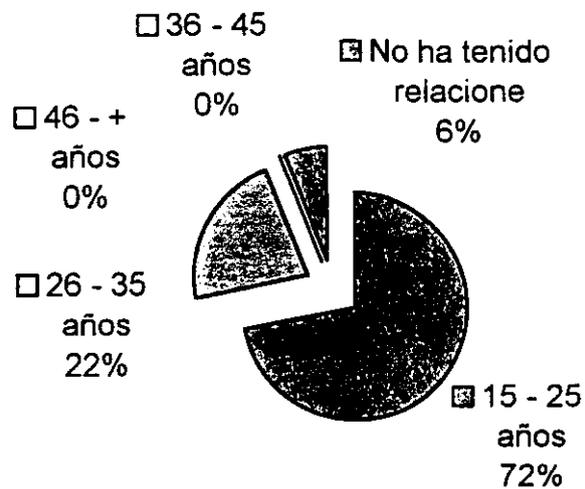


5. Edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Edad	No	%
15 - 25	36	72
26 - 35	11	22
36 - 45	0	0
46 - +	0	0
No ha tenido relaciones sexuales	3	6
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

EDAD EN QUE INICIARON SUS RELACIONES SEXUALES LAS PACIENTES

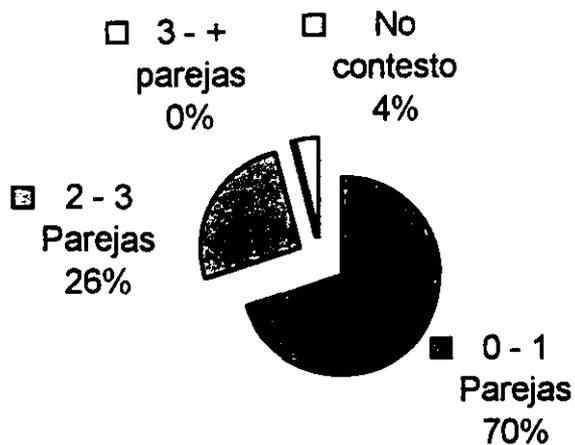


6. Numero de parejas sexuales de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Numero de Parejas	No	%
0 - 1	35	70
2 - 3	13	26
3 - +	0	0
No contesto	2	4
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES

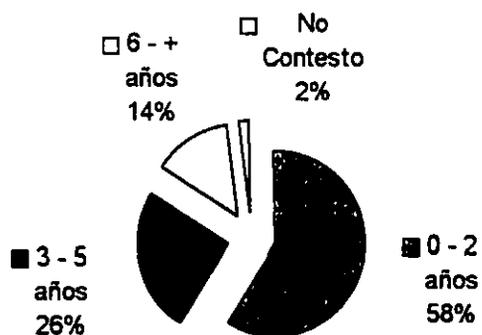


7. Numero de hijos de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Numero de hijos	No	%
0 - 2	29	58
3 - 5	13	26
6 - +	7	14
No contesto.	1	2
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF #3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

NUMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES

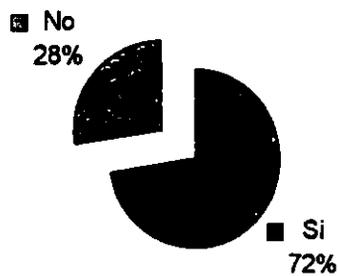


8. Apoyo de la pareja en las consultas medicas de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Apoyo	No	%
Si	36	72
No	14	28
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

APOYO DE LA PAREJA EN LAS
CONSULTAS MÉDICAS DE LAS PACIENTES

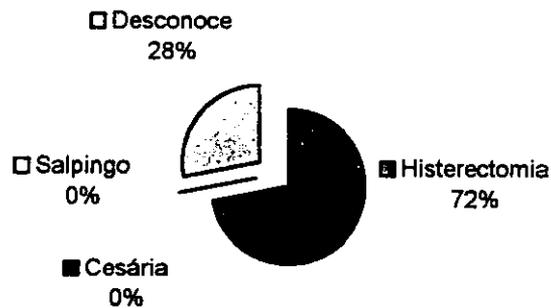


9. Conocimiento del concepto de Histerectomía de las pacientes sometidas a cirugía.

Concepto	No	%
Histerectomía	36	72
Cesárea	0	0
Salpingo	0	0
Desconoce	14	28
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES SOBRE
EL CONCEPTO DE HISTERECTOMIA

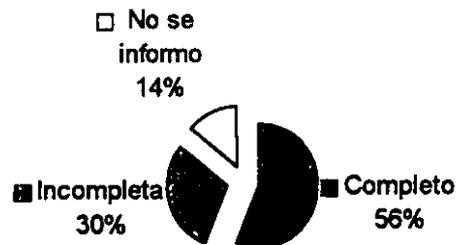


10. Evaluación de la información acerca de la cirugía de Histerectomía.

Información	No	%
Completa	28	56
Incompleta	15	30
No se informo	7	14
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF #3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

EVALUACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN ACERCA DE LA HISTERECTOMÍA

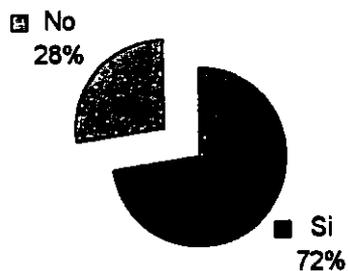


11. Información recibida sobre la Histerectomía a pacientes sometidas a cirugía.

Información	No	%
Si	36	72
No	14	28
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LA HISTERECTOMÍA

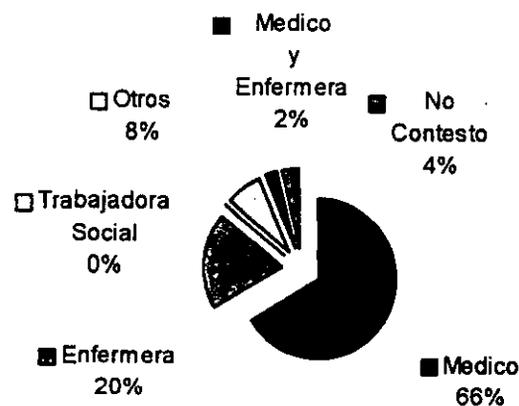


12. Personal que oriento a las pacientes sobre la Histerectomía.

Personal	No	%
Medico	33	66
Enfermera	10	20
Trabajadora Social	0	0
Otros	4	8
Medico y Enfermera	1	2
No contesto	2	4
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF #3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

PERSONAL QUE ORIENTO A LAS PACIENTES
SOBRE LA HISTERECTOMÍA

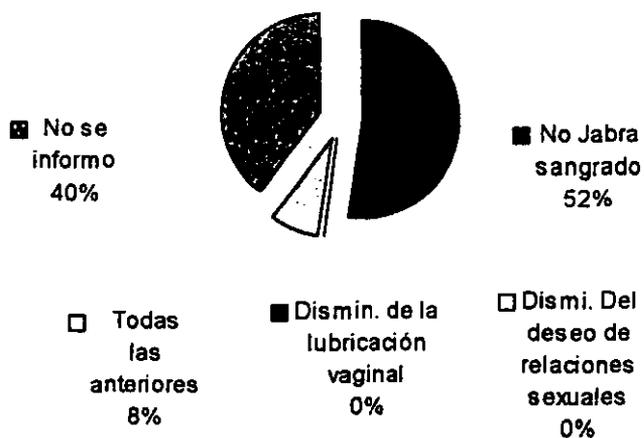


13. Conocimientos sobre cambios fisiológicos que se pueden presentar posterior a la cirugía.

Conocimiento	No	%
No habrá sangrado	26	52
Disminución de la lubricación vaginal	0	0
Disminución del deseo de relaciones sexuales	0	0
Todas las anteriores	4	8
No se informo	20	40
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES SOBRE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS

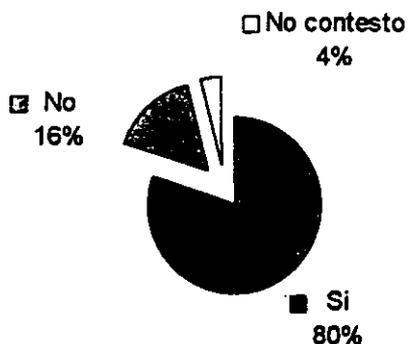


14. Apoyo de la pareja para la toma de decisión de la cirugía.

Apoyo	No	%
Si	40	80
No	8	16
No contesto	2	4
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

APOYO DE LA PACIENTE POR PARTE DE SU PAREJA



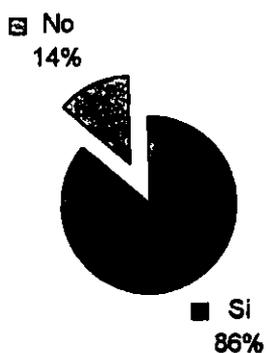
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

15. Comprensión de los familiares de las pacientes intervenidas de Histerectomía.

Compresión	No	%
Si	43	86
No	7	14
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

COMPRESIÓN DE LOS FAMILIARES

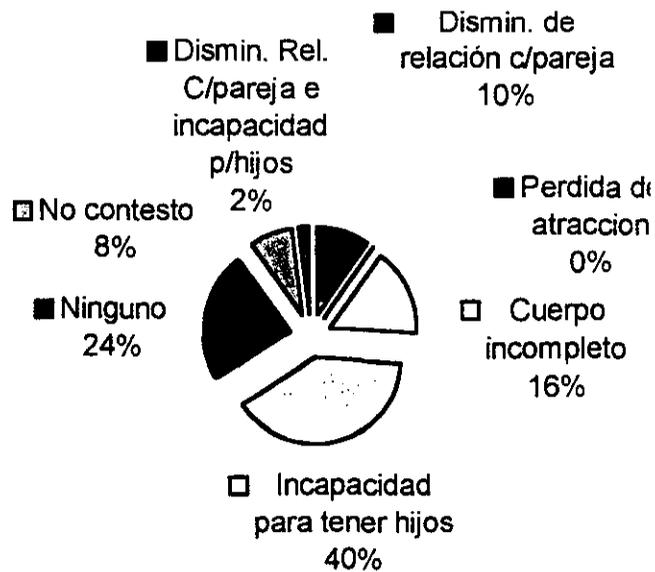


16. Conocimiento de los cambios psicológicos de las pacientes.

Conocimiento	No	%
Disminución de relación con su pareja	5	10
Perdida de la atracción por su conyugue	0	0
Sensación de cuerpo incompleto	8	16
Incapacidad para tener hijos	20	40
Ninguno	12	24
No contesto	4	8
Disminución de relación c/pareja e inc. P/ hijos	1	2
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES SOBRE LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS

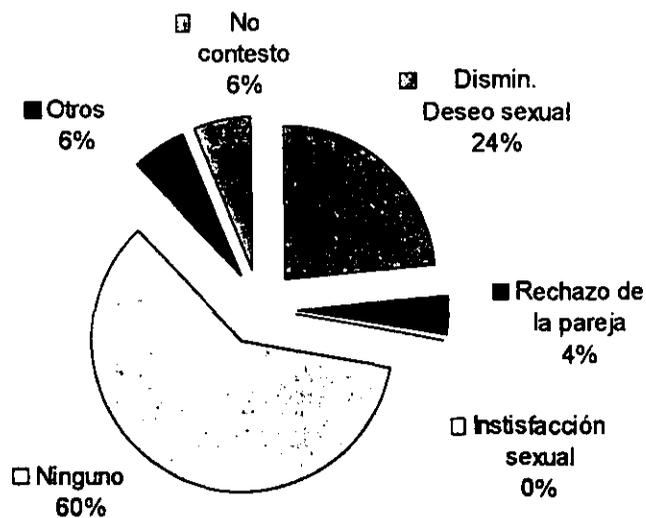


17. Conocimientos sobre cambios de vida sexual en las pacientes a Histerectomía.

Cambios de vida sexual	No	%
Disminución de deseo sexual	12	24
Rechazo de la pareja	2	4
Insatisfacción sexual	0	0
Ninguno	30	60
Otros	3	6
No contesto	3	6
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES SOBRE
LOS CAMBIOS EN SU VIDA SEXUAL

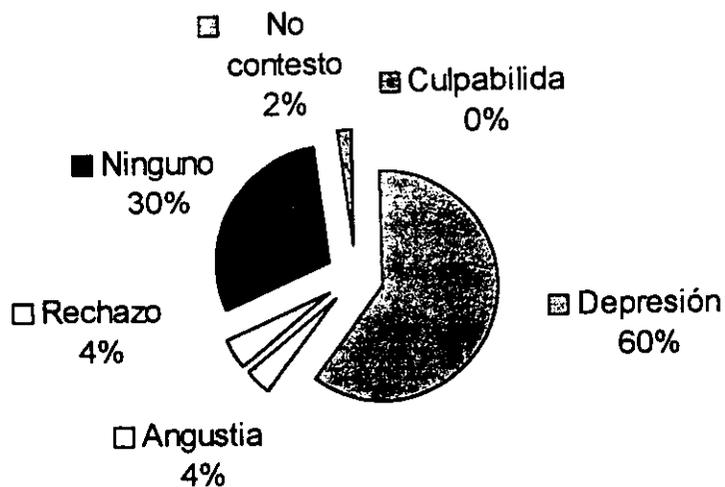


18. Cambios emocionales presentados por las pacientes sometidas a Histerectomía.

Cambios emocionales	No	%
Culpabilidad	0	0
Depresión	30	60
Angustia	2	4
Rechazo	2	4
Ninguno	15	30
No contesto	1	2
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

CAMBIOS EMOCIONALES PRESENTADOS POR LAS PACIENTES

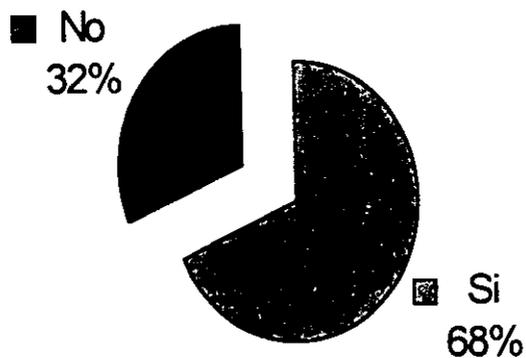


19. Control de la toma de Papanicolaou en el ultimo año

Papanicolaou	No	%
Si	34	68
No	16	32
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

PACIENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

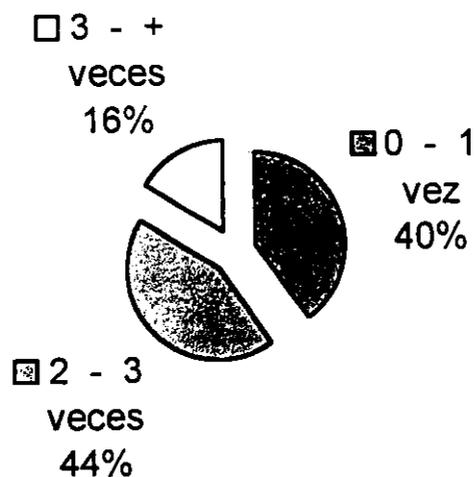


20. Numero de intervenciones quirúrgicas de las pacientes sometidas a Histerectomía.

Intervenciones quirúrgicas	No	%
0 - 1 Vez	20	40
2 - 3 Veces	22	44
3 - + Veces	8	16
Total	50	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN ENCUESTAS DEL ESTUDIO "PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACION EMOCIONAL Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HGZ C/MF # 3 I.M.S.S. SALAMANCA, GTO".

NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS A LAS QUE FUERON SOMETIDAS LAS PACIENTES



4.3. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En este apartado se realiza el análisis y la interpretación de los resultados de las encuestas que fueron aplicadas tanto al personal de enfermería que elabora en el H.G.Z.C/M.F. #3 de Salamanca, Gto., como a las pacientes pre y post operadas de Histerectomía que acuden al mismo para su atención logrando con esto los objetivos de la investigación

DE LAS TREINTA ENCUESTAS APLICADOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA OBTUVIMOS LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

En el cuadro No. 1 el 90% del personal de enfermería encuestado si conoce el concepto de lo que es la cirugía de Histerectomía, el 10% no lo conoce. La mayor parte del personal de enfermería son técnicas en enfermería y especialistas.

En el cuadro No, 2 el 57% del personal de enfermería encuestado tiene conocimiento de lo que es una histerectomía radical, el 43% lo desconoce, más de la mitad del personal de enfermería tiene conocimientos mas claros sobre los tipos de Histerectomía ya que son enfermeras generales y especialistas.

En el cuadro No. 3 el 100% respondió correctamente sobre las indicaciones para que se lleve a cabo la cirugía de Histerectomía ya que generalmente las pacientes que son sometidas a esta cirugía se encuentran en el mismo grupo de riesgo.

En el cuadro No. 4 el 73% del personal de enfermería encuestado sabe sobre las complicaciones que se presentan después de la cirugía de

Histerectomía, el 27% no sabe sobre estas complicaciones. La mayor parte del personal de enfermería conoce lo que se presenta en las pacientes postoperadas de Histerectomía.

En el cuadro No. 5 el 80% sabe sobre los cambios hormonales que se presentan después de la cirugía de Histerectomía, el 20% lo desconoce. Existe conocimiento en la mayor parte del personal de enfermería ya que son técnicas en enfermería y especialistas.

En el cuadro No. 6 el 67% si conoce los cambios que se presentan en la vida sexual de las pacientes sometidas a Histerectomía, el 33% lo desconoce, más de la mitad del personal de enfermería esta enterado sobre los cambios sexuales en pacientes post operadas de Histerectomía.

En el cuadro No. 7 el 80% del personal de enfermería que se encuestó tiene conocimiento sobre los medicamentos hormonales que se indican después de la cirugía de Histerectomía., el 20% lo desconoce. La mayor parte del personal esta capacitado para saber cuando administrar un tratamiento hormonal a las pacientes post operadas de Histerectomía.

En el cuadro No. 8 el 100% del personal de enfermería sabe que la edad no es factor pre disponible para la realización de la cirugía de Histerectomía y que puede realizarse en cualquier edad.

En el cuadro No. 9 el 50% del personal de enfermería contesto que no realiza y aplica un programa de educación a las pacientes sometidas a Histerectomía, el 43% contesto que improvisa la preparación pre operatoria y el 7% dice que si realiza y aplica un programa de educación. La mitad del personal de enfermería que se encuestó fue honesto al contestar que no existe preparación para las pacientes.

En el cuadro No. 10 el 93% del personal de enfermería encuestados sabe que no existe programa de orientación para ser aplicado a las pacientes sometidas a Histerectomía, el 7% aclara que si existe un programa. Se esta consciente que no se cuenta con un programa de apoyo de las pacientes pre y post operadas de Histerectomía.

DE LOS CINCUENTA ENCUESTAS APLICADOS A LAS PACIENTES PRE Y POST OPERADAS DE HISTERECTOMÍA SON LOS SIGUIENTES:

En el cuadro No. 1 el 60% de las pacientes encuestadas corresponde al grupo de edad de 36 a 56 años, el 34% se encuentra entre los 57 a más edad, y el 6% entre los 15 y 35 años de edad. La mayor cantidad de pacientes que han sido sometidas a Histerectomía tienen una edad en donde se presenta la pre menopausia y la menopausia propiamente dicha.

En el cuadro No. 2 el 52% de las pacientes encuestadas se dedican al desempeño de actividades en el hogar, el 22% corresponde a la ocupación de empleadas, el 14% son comerciantes y el 12% de las pacientes son profesionistas. Esto nos dice que en su mayoría las pacientes encuestadas son personas dependientes económicamente de su pareja.

En el cuadro No. 3 el 54% de las pacientes encuestadas tienen escolaridad de primaria, el 34% de secundaria, el 6% de bachillerato, el 8% profesional, el 4% es técnico y el 2% de las pacientes no contestaron a la pregunta. Mas de la mitad de las pacientes tienen un grado de escolaridad mínima.

En el cuadro No. 4 el 50% de las pacientes encuestadas están casadas, el 20% son solteras, el 16% divorciadas, el 8% enviudaron, el 6% viven en unión libre. La mayoría de las pacientes encuestadas están casadas.

En el cuadro No. 5 el 72% de las pacientes encuestadas iniciaron relaciones sexuales entre los 15 y 25 años, el 22% entre los 26 y 35 años y el 6% no han tenido relaciones sexuales. Casi las tres cuartas partes son mujeres que iniciaron relaciones sexuales a temprana edad.

En el cuadro No. 6 el 70% ha tenido una sola pareja sexual, el 20% de dos a tres parejas sexuales y un 4% no contesto a la pregunta. La mayoría de las pacientes han tenido vida sexual activa con un solo compañero.

En el cuadro No. 7 el 56% de las pacientes encuestadas han tenido de 0 a 2 hijos, el 26% de 3 a 5 hijos, el 14% de 6 hijos a mas hijos y el 4% no contesto. La mayor parte de las pacientes son secundigestas.

En el cuadro No. 8 el 58% de las pacientes encuestas su esposo las acompaño a las consultas son el medico Ginecólogo, el 48% no fue acompañada, el 4% no contesto.

Como se puede observar la mayoría si tuvo el apoyo de su pareja.

En el cuadro No. 9 el 72% de las pacientes encuestadas respondieron a lo que es una Histerectomía, el 28% los desconocen. La mayoría de las pacientes fueron informadas sobre lo que es la cirugía.

En el cuadro No. 10 el 56% de las pacientes encuestadas recibió información completa, el 30% la refiere incompleta y el 14% no se le informo. Podemos concluir que no a todas las pacientes les informaron de manera completa debido a la falta de un programa de orientación.

En el cuadro No. 11 el 72% de las pacientes encuestadas contestaron que fueron informadas acerca de lo que es una histerectomía y el 28% contestaron

que no les fue informada. Lo que podemos concluir que no siempre se les informa a las pacientes sobre la cirugía a la que serán y fueron sometidas.

En el cuadro No. 12 el 66% refirió quien la oriento sobre la Histerectomía fue el medico, el 20% lo hizo la enfermera, el 8% otro (como vecinos, familiares, etc.), el 4% no contesto y el 2% que fueron médicos y enfermera. La mayor parte de las pacientes recibieron información por el medico.

En el cuadro No. 13 el 52% de las pacientes encuestadas contesto que no habrá sangrado después de la cirugía, el 40% no fue informada sobre los cambios que podría presentar y el 8% contesto la ausencia de sangrado, disminución de lubricación vaginal y disminución de la libido. Esto significa que no reciben una información completa y adecuada sobre los cambios que habrán después de la cirugía.

En el cuadro No. 14 el 80% de las pacientes encuestadas recibió el apoyo de su esposo, el 16% no lo recibió y el 4% no contesto. Esto indica que la mayoría de las pacientes tienen apoyo por parte de su esposo.

En el cuadro No. 15 el 86% siente comprensión por sus familiares y el 14% no. El mayor porcentaje de las pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente por Histerectomía sienten el apoyo y comprensión por sus familiares.

En el cuadro No. 16 el 40% de las pacientes encuestadas refieren que la Histerectomía dará la incapacidad para tener hijos, el 24% refiere no tener ningún problema después de la cirugía, el 16% afirma la sensación de que su cuerpo no es completo, el 10% dice de la disminución de la relación con su pareja, el 8% no contesto, el 2% refiere la disminución de la relación con su pareja y la incapacidad de tener hijos. Este indicador nos da a conocer que la mayoría de las pacientes le preocupa la infertilidad mas que otro problema.

En el cuadro No 17 el 60% considera que no habrá cambios en su vida sexual después de la cirugía de Histerectomía, el 24% refiere disminución de la libido, el 12% no contesto o refiere otros cambios, el 4% dice del rechazo de su pareja. Las pacientes que fueron encuestadas no tienen como primera necesidad la sexualidad.

En el cuadro No. 18 el 60% de las pacientes encuestadas dicen haber presentado depresión después de la cirugía, el 8% angustia y rechazo y el 2% no contesto. Esto indica que existe la falta de información, autoestima o preparación psicológica.

En el cuadro No. 19 el 68% se ha realizado la prueba de papanicolaou y el 32% no se la realizó. Las pacientes con mayor porcentaje tiene interés sobre su estado de salud.

En el cuadro No. 20 el 44% ha sido intervenido quirúrgicamente de 2 a 3 veces, el 40% de 0 a 1 vez y el 16% mas de 3 intervenciones quirúrgicas. Esto indica que las pacientes aun ya con cirugía anteriores su afectación ante la extirpación del útero es de sentido depresivo.

4.4. COMPROBACION DE LA HIPÓTESIS.

Se pudo comprobar que el desconocimiento sobre los procedimientos y la falta de preparación psicológica relativos a la cirugía de Histerectomía por parte del personal de enfermería que laboran en los tres turnos respectivamente en el HGZ C/MF #3, Salamanca, Gto., en pacientes que serán y quedaron sometidas a dicha cirugía les ocasiona estrés y disminución de la auto estima por la propia percepción como asexual debido a la falta de apoyo emocional.

Es importante mencionar también que la falta de orientación a la pareja ocasiona un desequilibrio en su relación tanto efectiva como sexual.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

Después de haber analizado los resultados obtenidos podemos concluir que es mínima la participación del personal de enfermería en la preparación emocional y orientación en pacientes pre y post operadas de histerectomía, a pesar de que el HGZ C/MF #3 de Salamanca, Gto., de atención de segundo nivel y cuenta con personal de enfermería preparado como son técnicos en enfermería general, Especialista y Licenciados en Enfermería, no existe un programa de orientación y preparación que este dirigido a las pacientes pre y post operadas de histerectomía lo cual nos permite iniciar una línea de investigación de enfermería de gran interés para calificar los avances y retrocesos en cuanto a la calidad de vida de las pacientes que acuden a la unidad para su atención.

Otros aspecto relevante es que las pacientes manifiestan haber presentado estados depresivos y de rechazo mientras que otras expresan no haber presentado ningún tipo de cambios. Esto lo podemos confirmar ya que la variación en las reacciones secundarias en las mujeres es muy grande debido a la capacidad de aceptación y adaptación según su edad, etapa de desarrollo, personalidad, estilo de vida, fisiopatología de la enfermedad, si tiene hijos o los desea y las experiencias pasadas con pacientes cercanos a amigas que fueron sometidas a esta operación.

Lo anterior se reafirma con los resultados señalados en el cuadro No. 12 en donde el 66% de las pacientes tuvo orientación por parte del medico. En el cuadro No. 11 las pacientes refirieron no haber recibido una información adecuada sobre lo que es una Histerectomía esto lo confrontamos con el cuadro No. 9 de la encuesta aplicada al personal de enfermería en donde el 50% del personal contesto no realizar y aplicar un programa de orientación a las pacientes pre y

post operadas de Histerectomía ya que no se cuenta en la unidad con la existencia de dicho programa.

SUGERENCIAS:

- ⇒ Promover un programa de orientación y preparación psicológica a las pacientes pre y post operadas de histerectomía con la participación de esposos en caso de no contar con una pareja que sean acompañadas por familiares o amigos cercanos.
- ⇒ Encaminar y sugerir acciones para mejorar el estado emocional de las pacientes y disminuir de esta manera su estado depresivo y angustia lo cual en algunas de ellas esto ocasiona cambios de practicas sexuales como disminución de la libido y el temor a ser rechazadas por su pareja.
- ⇒ El personal de Enfermería será el principal gestor y actor de la participación directa en la Integración y difusión de la propuesta del programa para mejorar la atención con calidad, calidez, el cual será dirigido a las pacientes pre y post operadas de histerectomía.
- ⇒ Hacer énfasis y concientizar a todo el personal de salud como son médicos y trabajadoras sociales de la importancia de su participación en el programa que se propone será dirigido a las pacientes pre y post operadas de histerectomía.
- ⇒ Fomentar el autocuidado de las pacientes con acciones tendientes a la prevención de los cambios que pudieran presentar ocasionado antes y después de la cirugía de histerectomía tales como los fisiológicos y emocionales así como su aceptación y adaptación para reintegrarse a su vida cotidiana evitando la disminución de la autoestima.

6. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN PROPUESTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

En este apartado se incluye un programa de orientación dirigido a las pacientes pre y post operadas de histerectomía y que será llevado a cabo por personal de enfermería en el HGZC/MF #3, I.M.S.S., Salamanca, Gto.

Objetivo General:

Proporcionar una orientación y preparación psicológica completa a las pacientes sobre los trastornos psicológicos que se pueden presentar después de ser sometidas a la cirugía de Histerectomía.

Objetivos Específicos:

⇒ Disminuir los trastornos psicológicos que se pueden presentar en las pacientes sometidas a la cirugía de Histerectomía debido a la deficiente preparación psicológica y orientación por parte del personal de enfermería.

⇒ Aumentar la participación del personal de enfermería en cuanto a la preparación tanto física como emocional y una orientación sobre los cambios hormonales que se presentan después de la cirugía de Histerectomía

Estrategias:

Las estrategias están orientadas para actuar sobre la deficiente preparación psicológica y orientación que dan como consecuencia trastornos psicológicos que alteran la vida cotidiana de la paciente, así como los trastornos sexuales que se pueden presentar .

Estrategias en atención a la salud:

⇒ Desarrollar actividades de educación y orientación sobre los aspectos psicológicos que podría presentar la paciente sometida a la cirugía de histerectomía que permitan disminuirlas y así lograr una mejor adaptación y aceptación a su nueva situación en su vida cotidiana.

⇒ Desarrollar actividades de enseñanza encaminadas a la capacitación del personal de enfermería, docente y grupos afines.

Estrategias en investigación:

⇒ Realizar actividades de apoyo a la investigación que fomenten la información de recursos humanos y refuercen la infraestructura necesaria para el desarrollo de proyectos de investigación en la materia.

⇒ Desarrollar proyectos de investigación encaminados a la generación de conocimientos de los trastornos psicológicos que pueden presentar las pacientes sometidas a histerectomía.

Líneas de acción en atención a la salud:

⇒ Identificación y clasificar a la paciente que será sometida a histerectomía entre la población que acude a los servicios médicos.

⇒ Identificar a la población con padecimientos dentro de los grupos de riesgo educativo y capacitación dirigido a las pacientes que serán sometidas a histerectomía sobre los trastornos psicológicos que pudieran presentar después de esta.

Propuestas:

1. Se propone diseñar y efectuar un programa de salud para orientar y preparar psicológicamente a las pacientes que serán sometidas a histerectomía en el HGZ C/MF #3 de Salamanca, Gto., I. M. S. S..
2. Formar grupos de apoyo en donde participen las pacientes sometidas a histerectomía para ayudar a disminuir sus trastornos que pudieran presentar para aceptarse y adaptarse a su nueva vida y verse como personas normales.
3. El personal medico y de Trabajo Social deben intervenir en la preparación psicológica de las pacientes para que estas puedan contar con ayuda emocional en las diferentes ramas de la salud pero encaminada a un mismo fin.
4. Abrir un consultorio que cuente con un psicólogo para que las pacientes reciban una preparación y orientación antes de la cirugía.

ANEXO NO. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Objetivo:

Determinar la participación de enfermería en la preparación emocional y sus consecuencias en pacientes sometidas a histerectomía.

Por lo cual le pedimos su participación al contestar el presente cuestionario
Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una cruz la respuesta correcta.

1. A LA CIRUGÍA DE HISTERECTOMÍA SE LE CONOCE COMO:
 - a) Operación para extraer tumores fibroides.
 - b) Operación para extraer el útero.
 - c) Extracción de ambas trompas de Falopio y ovarios.

2. A LA EXTIRPACIÓN DEL ÚTERO, DE LA PARTE SUPERIOR DE LA VAGINA Y DEL PARAMETRIO SE CONOCE COMO:
 - a) Histerectomía vaginal
 - b) Histerectomía abdominal
 - c) Histerectomía radical.

3. ¿ CUALES SON LAS INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE LA HISTERECTOMÍA ?
 - a) Sangrado muy abundante o irregular
 - b) Fibromas o endometriosis
 - c) Embarazo múltiples

4. ¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS DE LA HISTERECTOMÍA?
- a) Retención urinaria
 - b) Tromboflebitis, embolia pulmonar.
 - c) Sangrado abundante
5. LOS CAMBIOS HORMONALES QUE SE PRESENTAN DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA SON:
- a) Sequedad vaginal, bochornos
 - b) Sudoración nocturna
 - c) Cambios del estado de ánimo
 - d) Disminución del sangrado menstrual
 - e) Solo a b y c
 - f) Ninguna de las anteriores
6. LA SEXUALIDAD DESPUES DE LA HISTERECTOMÍA SE PRESENTA COMO:
- a) Disminución de la libido
 - b) Instalación sexual
 - c) Dolor durante el coito
 - d) Ninguna de las anteriores
7. ¿CUÁNDO ESTÁN INDICADOS LOS MEDICAMIENTOS HORMONALES DESPUES DE LA HISTERECTOMÍA?
- a) En mujeres menores de 40 años.
 - b) En mujeres mayores de 40 años.
 - c) Cuando la histerectomía es total

8. ¿LA EDAD ES UN FACTOR CONDICIONANTE PARA LA REALIZACION DE LA HISTERECTOMÍA?
- a) Si
 - b) No
9. ¿REALIZA Y APLICA SU PROGRAMA DE EDUCACIÓN A LAS PACIENTES QUE SERAN SOMETIDAS A CIRUGIA DE HISTERECTOMÍA?
- a) Si
 - b) No
 - c) Se improvisa orientación
10. ¿EXISTE UN PROGRAMA DE ORIENTEACIÓN E INFORMACIÓN EN SU SERVICIO PARA APLICARLO A LAS PACIENTES QUE SERAN SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA?
- a) Si
 - b) No

ANEXO NO. 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE COMO FINALIDAD REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN POR LO QUE LE PEDIMOS SU VALIOSA COOPERACION CONTESTANDO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA CRUZ (X) LA RESPUESTA QUE CREA CONVENIENTE.

1. EDAD

- a) 15 – 35 AÑOS
- b) 36 – 56 AÑOS
- c) 57 – MÁS AÑOS

2. OCUPACIÓN

- a) Hogar
- b) Empleada
- c) Comerciante
- d) Profesionista

3. ESCOLARIDAD

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Bachillerato
- d) Técnico
- e) Profesional

4. ESTADO CIVIL

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Viuda
- d) Divorciada
- e) Unión libre

5. ¿A QUE EDAD INICIO SUS RELACIONES SEXUALES?

- a) 15 – 35 AÑOS
- b) 36 – 56 AÑOS
- c) 57 – MÁS AÑOS

6. ¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO?

- a) 0 – 1
- b) 2 – 3
- c) 3 - +

7. ¿CUÁNTOS HIJOS HA TENIDO?

- a) 0 – 2
- b) 3 – 5
- c) 6 - +

8. ¿LA ACOMPAÑO SU ESPOSO A LAS CONSULTAS CON EL MÉDICO GINECOLOGO DURANTE SU PROBLEMA ACTUAL?

- a) Si
- b) No

9. CUANDO LE QUITAN LA MATRIZ A LA MUJER SE LE CONOCE COMO:
- a) Histerectomía
 - b) Cesárea
 - c) Salpingoclasia
 - d) Lo desconozco
10. ¿CÓMO CONSIDERA LA INFORMACIÓN QUE LE DIERON SOBRE LA CIRUGIA DE HISTERECTOMÍA?
- a) Completa
 - b) Incompleta
 - c) No me informaron
11. ¿SE LE INFORMO A CERCA DE LO QUE ES UNA HISTERECTOMÍA?
- a) Si
 - b) No
12. LA PERSONA QUE LA ORIENTO DE LO QUE ES LA HISTERECTOMÍA FUE:
- a) Médico
 - b) Enfermera
 - c) Trabajadora Social
 - d) Otros
13. LE INFORMARON QUE PUEDE PRESENTAR DESPUES DE LA CIRUGÍA.
- a) No habrá sangrado
 - b) Disminución de la lubricación vaginal
 - c) Disminución del deseo de tener relaciones sexuales
 - d) Todos los anteriores
 - e) No me informaron

14. ¿SU ESPOSO LA APOYO EN SU DESICIÓN?

- a) Si
- b) No

15. ¿SE SIENTE COMPRENDIDA POR SUS FAMILIARES?

- a) Si
- b) No

16. ¿SABE USTED QUE AL REALIZARSE ESTE TIPO DE CIRUGÍA LE DARA LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

- a) Disminución de la relación con su pareja
- b) Perdida de la atracción por su cónyuge
- c) Sensación de que su cuerpo no es completo
- d) Incapacidad para tener hijos
- e) Ninguna de las anteriores

17. ¿CONSIDERA QUE SU VIDA SEXUAL SUFRIRA ALGUN CAMBIO DESPUES DE LA CIRUGIA?

- a) Disminución del deseo sexual
- b) Rechazo de su pareja
- c) Insatisfacción sexual
- d) Ninguno de los anteriores
- e) Otros

18. ¿DESPUES DE LA CIRUGÍA CREE USTED QUE HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SENTIMIENTOS?

- a) Culpabilidad
- b) Depresión
- c) Angustia
- d) Rechazo
- e) Ninguno

19. ¿EN EL ULTIMO AÑO SE HA REALIZADO LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU?

- a) Si
- b) No

20. ¿CUÁNTAS VECES LA HAN INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE?

- a) 0 – 1 vez
- b) 2 – 3 veces
- c) Mas de 3 veces

8. GLOSARIO DE TERMINOS.

Abdomen: Parte del cuerpo que se encuentra debajo de las costillas y encima de la pelvis.

Angustia: s. f. Estado de desasosiego y de inquietud profunda acompañada de un sentimiento opresivo. //Aflicción, congoja.

Ciclo menstrual (regla o periodo): Periodo de 4 semanas en cada mes, en el que se desarrolla un óvulo en el ovario, el recubrimiento del útero se engruesa y el óvulo se libera. Si el óvulo no es fecundado, el ciclo culmina cuando el recubrimiento del útero se desprende y se elimina en la menstruación (regla).

Cuello uterino: Extremo inferior y estrecho del útero.

Dispositivo intrauterino (DIU): Dispositivo insertado por un médico en el útero para prevenir el embarazo. Hay dos tipos de DIU que se usan en los Estados Unidos. Un tipo libera una hormona y debe reemplazarse cada año. El otro tipo no es medicado y puede dejarse colocado durante un período de hasta 6 años.

Endometrio: Tejido que recubre la parte interna del útero.

Estrés: Estado de gran tensión nerviosa causado por la ansiedad, el exceso de trabajo; etc. y produce trastornos físicos o psicológicos.

Examen de Papanicolaou (Prueba "Pap"): Procedimiento que no causa dolor en el que extraen células del cuello uterino durante un examen vaginal, se colocan en un porta objetos y se examinan mediante un microscopio para determinar si hay signos de cáncer o de estados precancerosos.

Fibromas: Masas no cancerosas que ocurren más frecuentes en las paredes del útero.

Hiperplasia: Crecimiento anormal del recubrimiento uterino, probablemente causado por un exceso de estrógeno. A veces esto se considera un estado precanceroso, particularmente en las mujeres que se acercan a la menopausia o que ya la han pasado.

Histerectomía: Operación para extraer el útero. A veces, el cuello uterino o los ovarios, y las trompas de Falopio también se extraen.

Histeroscopia: Tubo delgado y con luz que se inserta en la vagina para examinar el cuello uterino y el interior del útero.

Hormona: Sustancia química producida por el cuerpo que regula ciertas funciones corporales. Las hormonas sintéticas (manufacturadas por el hombre) se usan en las píldoras de control de la natalidad.

Legrado: Procedimiento quirúrgico que consiste en dilatar (abrir) el cuello uterino y raspar el recubrimiento uterino (Endometrio).

Matriz: Otra palabra que significa útero.

Menopausia: El cambio, el momento en que una mujer deja de tener la regla (deja de menstruar).

Menstruación (regla o periodo): El desprendimiento del recubrimiento del útero que ocurre cada mes cuando la mujer no queda embarazada.

Miomectomía: Operación para extraer tumores fibroides.

Observación: El médico ve a la paciente regularmente para seguir la evolución de la enfermedad, hablar acerca de los cambios y cerciorarse de que se están calmando los síntomas.

Ooforectomía: Extracción de un ovario.

Operación cesárea: Procedimiento quirúrgico para el nacimiento de un bebé a través de una incisión (cortadura) en el abdomen y el útero.

Ovarios: Organos pequeños que producen hormonas (por ejemplo estrógenos) y óvulos. Están situados uno a cada lado del útero.

Progesterona: Hormona que prepara el revestimiento del útero (Endometrio) para que reciba el óvulo fecundado. La progesterona sintética puede usarse para tratar el sangrado menstrual muy abundante y otras enfermedades.

Prolapso: La caída o desviación del útero o la vejiga si los ligamentos que los sostienen se estiran.

Recto: La porción inferior del intestino grueso.

Salpingooforectomía biliar: Extracción de ambas trompas de Falopio y ambos ovarios.

Sangrado uterino disfuncional: Sangrado uterino anormal que no está asociado con un tumor, una inflamación o un embarazo.

Sistema reproductivo: Órganos del cuerpo que permiten a la mujer quedar embarazada y mantener y dar a luz a un hijo. Estos incluyen el útero, las trompas de Falopio, los ovarios y la vagina.

Trompas de Falopio: Trompas que se encuentran en ambos lados del útero y que movilizan a los óvulos desde el ovario hasta el útero.

Útero: Órgano en el que crecen los bebés; matriz.

Vagina: Apertura en forma de tubo que se extiende desde el útero hasta la parte externa del cuerpo.

Vejiga: Órgano en forma de saco que se encuentra en la región pélvica y en la que se almacena la orina antes de eliminarse del cuerpo.

9. BIBLIOGRAFÍAS.

BEARE, PATRICIA GAUNTLETT, Myers, Judith L. Principios y Practicas de la "Enfermería Medico Quirúrgica" Volumen II 2ª Edición De. Harcourt Brece España, 1997 pág. 1872.

BEREK JONATHAN S, Hillard Pauloa A, Adashi Eli Y. "Ginecología" 12ª Edición Editorial Interamericana Mc Graw - Hill México 1996 pág. 727

BRUNNER Y SUDDDARTH, S.C. Smeltzer B.G. Bare "Enfermería Quirúrgica" Volumen II 7ª Edición Ed. Interamericana Mc Graw - Hill México 1992 pág. 1562

COPELAN LARRY J., Jarrell John, Mc Gregor James A. "Ginecología" 1ª Edición De. Medica Panamericana, Buenos Aires 1998, pág. 762

DE LA FUENTE, Ramón "Psicología Medica" Editorial Fondo de la Cultura Económica, México 1992, pág. 342

DIRECCIONARIO ENCICLOPEDIA, Tomo 3 1ª Edición De. Larouse México 1997 pág. 918.

ENCICLOPEDIA METODICA 2000, Tomo 3 1ª Edición De. Larouse, México, 1999 pág. 326.

LONG B.C., Phipps W. J. "Enfermería Medico Quirúrgica" Volumen II 2ª Edición: De. Interamericana Mc. Graw – Hill México 1992 pág. 1362.

MATTLINGLY, Richard F. Thompson John D. "Te Linde Ginecología Operatoria"
6ª Edición, Editorial El ateneo" México 1990 pág. 190.

OCEANO UNO, "Diccionario Enciclopédico Ilustrado" 2ª. Edición, De. Printer,
Colombia, 1993 Pág. 126.

PERNOLL MARTIN L., "Diagnostico y tratamiento Ginecoobstetricos" 6ª Edición
De. Interamericana Mc. Grae – Hill México 1990 pág. 388.

SAN MARTIN, Hermana "Ecología Humana y Salud" 2ª Edición De. La prensa
Médica Mexicana, México 1982, pág. 153.

SUA ENEO, Universidad Nacional Autónoma de México, "Seminario de Tesis"
Editorial Jisa, México 1998.

SUA ENEO, Universidad Nacional Autónoma de México, "Obstetricia I" 2ª. Edición
México 1996, pág. 338.

OSEGUERA PALOMAR, José F. Becerra Muñoz Enrique, "Cirugía Ginecologica"
1ª Edición, De. Méndez Oteo, México 1984, pág. 90.

WILLIAMS, Prit Jack A., Mc Donald Chard Paul, "Obstetricia" 2ª Edición, De.
Salvat México 1980, pág. 493.