

# ¿CAMBIA LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER DESPUÉS DE UNA HISTERECTOMÍA?

*Carmen Ángel Parra  
Gaspar González de Merlo  
Esteban González Mirasol  
M<sup>a</sup> Carmen Serna Torrijos  
Rosa Soler García*

Medicina





**¿CAMBIA LA CALIDAD DE VIDA DE LA  
MUJER DESPUÉS DE UNA  
HISTERECTOMÍA?**

*Carmen Ángel Parra*

*Gaspar González de Merlo*

*Esteban González Mirasol*

*M<sup>a</sup> Carmen Serna Torrijos*

*Rosa Soler García*



Editorial Área de Innovación y Desarrollo,S.L.

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: Los autores

© difusión y reproducción: ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) [info@3ciencias.com](mailto:info@3ciencias.com)

Primera edición: octubre 2017

ISBN: 978-84-947803-1-8

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2017.40>

## Índice

1. INTRODUCCIÓN .....	9
1.1. Calidad de vida .....	9
1.2. Histerectomía .....	9
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS .....	13
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	15
3.1. Diseño del estudio .....	15
3.3. Otras variables estudiadas.....	20
3.4. Análisis estadístico.....	21
3.5. Aspectos éticos y financiación .....	21
4. RESULTADOS.....	23
4.1. Características sociodemográficas .....	23
4.2. Variables relacionadas con la salud .....	23
4.3. Indicación y síntomas relacionados con la histerectomía.....	25
4.4. Apoyo familiar y de pareja, satisfacción con la imagen y con el papel como mujer.....	26
4.5. Calidad de vida antes de la histerectomía .....	27
4.6. Variables que pueden influir en la calidad de vida antes de la histerectomía.....	27
4.7. Cirugía realizada .....	29
4.8. Situación a los 3 meses de la cirugía .....	29
4.8.1. Síntomas tras la histerectomía y satisfacción con los resultados.....	29
4.8.2. Calidad de vida.....	30
4.9. Situación a los 9 meses de la cirugía.....	30
4.9.1. Síntomas tras la histerectomía y satisfacción con los resultados.....	30
4.9.2. Calidad de vida.....	30
4.10. Cambios en la calidad de vida tras la histerectomía.....	30
4.11. Variables que pueden influir en que haya cambios en la calidad de vida tras la histerectomía .....	32

4.11.1. PCS .....	32
4.11.2. MCS.....	36
4.12. Cambios en la calidad de vida después de la histerectomía en función de la satisfacción con los resultados de la misma.....	37
5. DISCUSIÓN .....	39
5.1. Factores que influyen en la calidad de vida antes de la histerectomía .....	39
5.2. Factores que pueden condicionar el que haya cambios en la calidad de vida tras la histerectomía.....	39
5.3. Satisfacción con la histerectomía y cambios en la calidad de vida .....	40
6. CONCLUSIONES.....	41
7. ANEXOS.....	43
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

## 1. INTRODUCCIÓN

El impacto de la histerectomía (HT) sobre la calidad de vida, la función sexual y la imagen corporal ha sido siempre un tema que ha generado gran preocupación a las pacientes<sup>1,2</sup> y ha suscitado controversia en la literatura científica.

En un intento de resolver dichas dudas, se han realizado y publicado revisiones y estudios sin llegar a ninguna conclusión, ya que algunos de ellos deducen que la histerectomía empeora la calidad de vida de la mujer<sup>3,4,5</sup>, otros no hallan cambios<sup>6,7</sup>, mientras que otros encuentran mejoría de la misma<sup>8,9,10</sup>.

A pesar de la importancia de este asunto, la literatura es contradictoria. Quedan lagunas en el conocimiento del cambio en la calidad de vida tras la histerectomía, en los factores que predicen el deterioro de la misma y en la comparación entre las diferentes técnicas.

### 1.1. Calidad de vida

La calidad de vida es definida según la OMS como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"<sup>11</sup>.

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores...

### 1.2. Histerectomía

La histerectomía (del griego *ὑστέρα* *hystera* "útero" y *εκτομία* *ektomia* "sacar por corte") consiste en la extracción del útero o matriz. Los pasos a realizar cambian de orden según la vía de abordaje, pero básicamente son: pinzamiento, sección y ligadura de las estructuras ligamentosas y vasculares<sup>12</sup>. El útero puede extirparse por vía vaginal, abdominal, laparoscópica y vaginal asistida por laparoscopia; la elección depende de la indicación de la cirugía, del tamaño y movilidad del útero, de la anchura de la vagina y de la presencia o ausencia de otras condiciones asociadas.

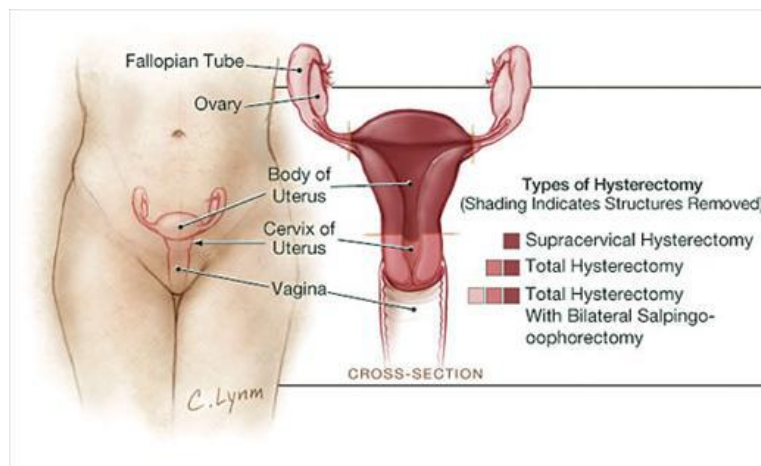
Es la segunda intervención más practicada en mujeres tras la cesárea en los países desarrollados. Debido a la variabilidad entre los datos estadísticos publicados es difícil hacer una comparación internacional de las tasas. En Estados Unidos se practican unas 600.000 al año, el 90% indicadas por patología benigna<sup>13</sup>, siendo la indicación más destacada la miomatosis uterina<sup>14,15</sup>. En un

estudio realizado en 1993, calculan que el 40,5% de las mujeres a los 64 años estarán hysterectomizadas en EEUU<sup>16</sup>. En España, en un estudio realizado en 2003 sobre las tasas de intervenciones quirúrgicas en Alicante encuentran una tasa de hysterectomías por procesos benignos de 13,48 por 10000 habitantes, observando un incremento en la frecuencia a partir de los 40-45 años<sup>17</sup>.

Puede tratarse de una hysterectomía total cuando se extrae el útero completamente o subtotal cuando se deja el cérvix (Figura 1). La mayoría de ginecólogos realiza la HT total. La ventaja de la misma es que la extirpación del cérvix elimina una fuente de infección, sangrado y una localización de carcinoma y lesiones precancerosas. La hysterectomía subtotal tiene la ventaja de excluir la parte quirúrgica, durante la cual existe más posibilidades de que ocurran complicaciones, ya que no se realiza extirpación del cérvix; lesiones en la vejiga, uréter y recto es más fácil que ocurran en esta fase de la operación.

Asimismo, puede llevar asociadas la extirpación de los anejos (ovarios y trompas) denominándose hysterectomía con anexectomía uni o bilateral. La anexectomía se lleva a cabo según la edad y si existe alguna patología asociada.

**Figura 1.** Tipos de hysterectomía: subtotal (supracervical hysterectomy), total (total hysterectomy), total con salpingectomía y ooforectomía bilateral (total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy).



**Fuente:** Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Hysterectomy. JAMA. 24 de marzo de 2004;291(12):1526-1526.

La vía de abordaje puede ser abdominal, vaginal, laparoscópica o vaginal asistida por laparoscopia. En 2002, en Estados Unidos el 65% eran totales abdominales, el 23% totales vaginales, el 10% totales laparoscópicas y el 2% subtotales abdominales o laparoscópicas<sup>14</sup>.

La hysterectomía siempre conlleva la instauración de la menopausia si ésta se define como el cese de menstruaciones. Si, de otro modo, la menopausia se define como el cese de la producción hormonal, lo que provocará la menopausia será la ooforectomía bilateral (extirpación de los ovarios).



Las indicaciones más frecuentes de histerectomía son: miomatosis uterina, prolapso uterino, carcinoma cervical y uterino, endometriosis y hemorragia uterina disfuncional resistente a tratamiento conservador. La miomatosis es la indicación más frecuente de histerectomía. Los miomas son tumores que se forman de las células musculares uterinas y son benignos, siendo el peligro de malignización menor del 1%. Si deben operarse y el tipo de intervención, depende del tamaño, número y localización de los miomas, edad de la paciente y deseo de conservar la fertilidad, síntomas que puedan producir y fallo de tratamientos médicos previos.

El prolapso uterino, a menudo combinado con cistocele, rectocele e incontinencia de orina, se convierte en una indicación de histerectomía cuando el mismo causa síntomas. En este caso la vía elegida suele ser la vaginal y se puede acompañar de plastia vaginal anterior para corrección de cistocele, plastia vaginal posterior para corrección de rectocele y colocación de mallas suburetrales para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo si la misma está presente.

El cáncer de endometrio es una indicación de histerectomía, así como el cáncer de cérvix; según el estadio, puede requerir histerectomía radical. La hiperplasia endometrial con atipias es un precursor del carcinoma endometrial, siendo también una indicación de histerectomía. En caso de cáncer de ovario, según el estadio, también se puede requerir histerectomía.

El tratamiento quirúrgico de la endometriosis puede ser a menudo necesario en pacientes que desean tener más embarazos. Por lo tanto, en la afectación grave del fondo de saco, septo rectovaginal y de la pared posterior del cérvix, la cirugía debe intentar preservar el útero intacto. Por lo demás, si no hay deseo de embarazo, entonces la endometriosis avanzada puede ser tratada con histerectomía y salpingooforectomía bilateral.

La metrorragia disfuncional uterina se trata primariamente con tratamiento médico, tras un diagnóstico correcto que descarte patología maligna. Si el anterior tratamiento no funciona se puede recurrir a la ablación endometrial. En último lugar, para los casos resistentes a todo el arsenal terapéutico disponible se recurriría a la histerectomía.

Otras indicaciones menos frecuentes son infecciones pélvicas no controladas con antibiótico o drenaje, hemorragia postparto incontrolable, dolor pélvico crónico, tumores trofoblásticos (en caso de fallo de la quimioterapia).

La histerectomía conlleva un grado de morbilidad y, aunque con los adelantos médicos actuales la mortalidad haya disminuido significativamente, en un gran estudio del American CDC<sup>18</sup>, mostraron una mortalidad del 6 por cada 10000 histerectomías para histerectomías no asociadas a cáncer ni embarazo. En 2002, Schaffer hablaba de una mortalidad de menos del 0,1 por 100<sup>15</sup>.

Las complicaciones específicas de la histerectomía pueden ser: infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas,...), hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o postoperatoria), lesiones vesicales, uretrales y/o uretrales, lesiones intestinales, fístulas vesicovaginales e intestinales, reintervención quirúrgica, lesiones vasculares y/o neurológicas.

A largo plazo, pueden darse prolapsos de cúpula vaginal, hernias postlaparotómicas (en el caso de la vía abdominal), así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anejos.

Con el incremento en la frecuencia de la histerectomía en los últimos 50 años, las indicaciones se han debatido<sup>15</sup>. La necesidad y la indicación de la histerectomía son cuestionadas por las pacientes y han sido discutidas duramente en la literatura médica general.

También debemos considerar el coste de la intervención (incluyendo la estancia en el hospital y la pérdida subsiguiente de tiempo y trabajo). Debido a estas preocupaciones, en los últimos años se ha prestado mayor atención a procedimientos alternativos, tales como ablación endometrial, miomectomía, técnicas para la incontinencia de estrés sin histerectomía y medidas conservadoras de cirugía.

## 2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

En los primeros estudios acerca del impacto de la histerectomía encontraron efectos psicosociales, como depresión y pérdida de la identidad femenina<sup>19</sup>. Drellich y Bieber enfatizaron la importancia del útero para la autoimagen de muchas mujeres<sup>20</sup>.

Barker encontró que la tasa de derivación a psiquiatría después de una histerectomía era del 7%, mientras que después de una colecistectomía era del 3%<sup>21</sup>. La patología psiquiátrica que más se daba tras la histerectomía fue la depresión<sup>21,22</sup>.

Sin embargo, Gath<sup>23,24</sup> demuestra que la morbilidad psiquiátrica se reduce tras la histerectomía. Aunque, las mujeres con patología psiquiátrica previa a la cirugía tienen más riesgo de desarrollar depresión tras la misma<sup>23,25</sup>.

La última revisión acerca de los resultados psicológicos después de una histerectomía por indicación benigna nos dice que la histerectomía no se asocia con ansiedad y que puede ser que se asocie a un riesgo más bajo tanto de depresión clínica grave como de síntomas depresivos<sup>26</sup>. Kayani halla mejoría en la calidad de vida de las mujeres a los 12 meses de la histerectomía<sup>8</sup>.

Roussis no encuentra que la satisfacción con la imagen corporal disminuya tras la histerectomía, 46% reportaron mejoría y 25% deterioro. En cuanto a la satisfacción con la feminidad, el 70% se encuentran igual y el 10% menos femeninas<sup>27</sup>.

Hemos decidido realizar este estudio porque la histerectomía es una intervención quirúrgica habitual en el manejo de diferentes patologías ginecológicas y sigue existiendo polémica en la literatura científica sobre si afecta o no a la calidad de vida de la mujer y a los aspectos que rodean a la misma.

El presente estudio intentará esclarecer si existen cambios en la calidad de vida tras la histerectomía, y si esos cambios son a mejor o a peor. También pretendemos saber qué factores se asocian al cambio en la calidad de vida.

El objetivo principal es determinar si hay cambios en la calidad de vida de la mujer tras la histerectomía, valorando si esos cambios son a mejor o a peor.

Como objetivos secundarios tenemos:

- Identificar qué variables influyen en que haya cambios en la calidad de vida tras la histerectomía.
- Estudiar de qué manera se asocia la satisfacción con la histerectomía a los cambios en la calidad de vida tras la misma.



### 3. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1. Diseño del estudio

Es un estudio observacional longitudinal prospectivo con medidas intrasujeto (pre-post intervención) en el que comparamos la Calidad de Vida antes de la histerectomía, a los 3 meses tras la misma y a los 9 meses.

Partimos de todas las pacientes a las que se les indica una histerectomía por patología ginecológica benigna en la consulta de ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) desde el 1 de noviembre de 2012 hasta el 31 de noviembre de 2014.

Los criterios de inclusión son: tener como indicación de la histerectomía una patología benigna ser sexualmente activas, no padecer patología psiquiátrica grave que impida la realización de las entrevistas, hablar y entender bien el español y no padecer una enfermedad maligna concomitante.

Excluiremos del estudio a las pacientes que habiendo realizado la primera entrevista no completen ninguna de las siguientes y a aquellas que durante el tiempo que dura el estudio desarrollen enfermedades graves que pueden afectar a la calidad de vida, como patología oncológica.

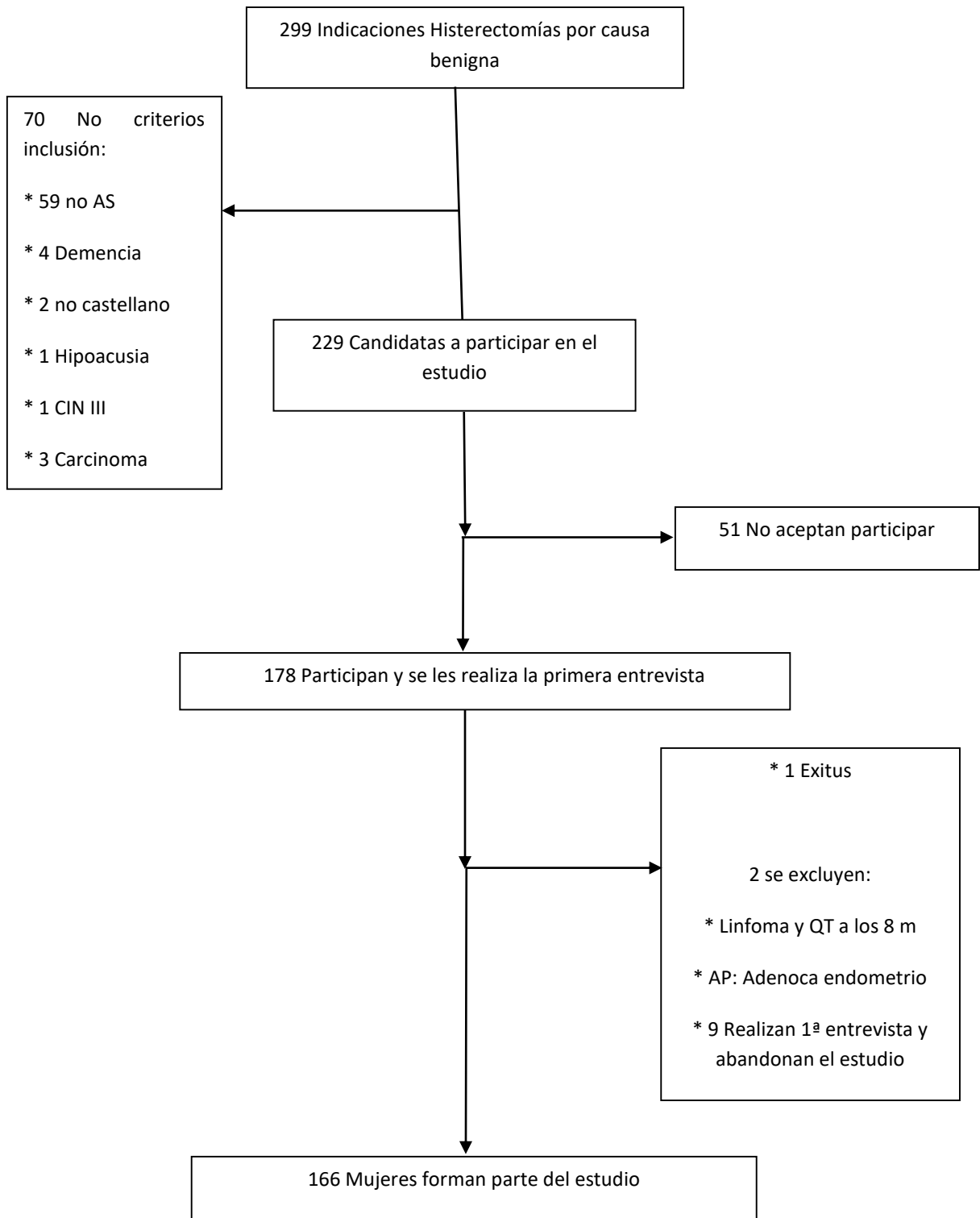
Desde el 1 de noviembre de 2012 hasta el 31 de noviembre de 2014, se programan para histerectomía a 299 mujeres. Setenta (23,4%) no cumplen criterios de inclusión: 59 no son sexualmente activas, 4 presentan demencia, 2 no hablan castellano, 1 presenta una hipoacusia que impide la comunicación, 1 se indica por CIN III y 3 pacientes presentan un carcinoma concomitante (una de las pacientes un carcinoma epidermoide en la cara, otra un carcinoma de mama y otra un carcinoma de colon que se va a intervenir al mismo tiempo que la histerectomía). Por tanto, 229 (76,5%) mujeres son candidatas a participar en nuestro estudio (Figura 2).

De las 229 candidatas, 51 no aceptan participar (22,2%). Estas mujeres no son diferentes significativamente de las que participan ni en edad, ni en indicación de la histerectomía, ni en la raza. De este modo, 178 (77,7%) participan y se les realiza la primera entrevista. De estas, 1 paciente de 69 años fallece por un ACVA al mes de la cirugía y excluimos a 2 mujeres: una que es diagnosticada de linfoma de Hodking a los 8 meses de la histerectomía y está en tratamiento con quimioterapia y otra cuyo resultado de anatomía patológica tras la histerectomía es de adenocarcinoma de endometrio (se había indicado por útero miomatoso).

Finalmente, 166 pacientes forman parte de nuestro estudio. De estas pacientes todas realizan la primera entrevista, 160 completan también las entrevistas a los 3 y 9 meses de la histerectomía, 5 completan sólo la entrevista a los 3 meses de la cirugía y 1 completa solamente la entrevista a los 9 meses.

La primera entrevista es telefónica en 85 (51,2%) mujeres, por correo en 55 (33,1%) y presencial en 26 (15,6%). La mayoría de las mujeres mantiene la modalidad de realización de la entrevista a lo largo de todo el estudio, una minoría la varían con más tendencia a cumplimentarla por correo.

**Figura 2.** Población a estudio.



**Fuente:** elaboración propia.

Aproximadamente un mes antes de la histerectomía llamamos por teléfono a aquellas mujeres que cumplen los criterios de inclusión para informarles de la existencia del estudio, en qué consiste, que precisa de su consentimiento y que es totalmente confidencial y voluntario.

Si la paciente desea participar, se le ofrece realizar la primera entrevista presencial (se cita en la consulta de ginecología), telefónica (se acuerda una cita para llamarla por teléfono y se le envía por correo la hoja informativa y el consentimiento informado firmados por la investigadora principal, con una copia para ella, junto con un sobre franqueado para que devuelva el consentimiento firmado) o por correo, en cuyo caso se envía a la paciente la hoja informativa y el consentimiento informado firmados por la investigadora principal, con la copia para la mujer y la entrevista, junto con un sobre franqueado para que devuelva el consentimiento informado firmado y la entrevista completada.

La primera entrevista consiste en obtener los datos sociodemográficos y los antecedentes médico-quirúrgicos de la mujer, y la valoración de la Calidad de Vida mediante el *Cuestionario de Salud SF-12v2*<sup>®</sup> (Anexo I) que será nuestro instrumento de medida de la misma<sup>28</sup>.

Se informa a la paciente de que nos volveremos a poner en contacto con ella vía telefónica a los 3 meses después de la cirugía para la segunda entrevista.

Una vez llevada a cabo la histerectomía, obtenemos los datos correspondientes a la misma a través de la historia clínica de la paciente y a los 3 meses, llamamos por teléfono a la mujer para concertar cita para la segunda entrevista, al igual que para la primera, se ofrece realizarla presencial, vía telefónica o por correo. La segunda entrevista consiste en unas cuestiones acerca del postoperatorio, de la sintomatología y de algunos aspectos psicosociales, y se vuelve a evaluar la Calidad de Vida a través del *Cuestionario de Salud SF-12v2*<sup>®</sup>.

A los 9 meses se sigue el mismo procedimiento que para la de los 3 meses, volviendo a evaluar la Calidad de Vida por medio del *Cuestionario de Salud SF-12v2*<sup>®</sup>.

El ofrecer las tres posibilidades de entrevista (presencial, telefónica o por correo) es principalmente por la disponibilidad de tiempo de las mujeres y por su preferencia, puesto que cada mujer se siente más cómoda de una manera. Las preguntas son las mismas y procuramos no intervenir, ni opinar, ni dirigir las respuestas; cuando preguntan sobre alguna cuestión que qué significa se les vuelve a leer y se les dice que lo interpreten como ellas crean, de modo que no interfiramos en sus respuestas.

En todo momento se informa a las pacientes de la confidencialidad y se insiste en la voluntariedad y la posibilidad de abandono del estudio sin dar ninguna explicación, al tiempo que se valora y se agradece la colaboración. Del mismo modo, a las participantes que no desean participar o que abandonan el estudio en algún momento se les muestra comprensión y se les da las gracias.

### 3.2. Cuestionario para evaluar la Calidad de vida: Cuestionario de Salud (SF-12v2®) (Anexo I)

El cuestionario para medir la calidad de vida SF-12v2® Health Survey (SF-12v2), es un cuestionario sobre la salud abreviado y multiusos, con 12 preguntas, que produce un perfil de ocho dominios sobre el bienestar y la salud, así como dos medidas resumen sobre salud física y mental, llamadas *Physical Component Summary (PCS)* and *Mental Component Summary (MCS)*.

Está validado para la lengua castellana y está indicado para su uso en adultos. Tarda en completarse unos 3 minutos. Es una medida genérica del estado de salud (evalúa conceptos de salud que representan valores humanos importantes para el estado de salud y bienestar de cualquiera), en contraposición a aquellos cuestionarios específicos para una determinada edad, enfermedad o tratamiento. Ha demostrado utilidad para llevar a cabo entrevistas a grupos de población generales y específicos, comparando la carga relativa de las enfermedades, y diferenciando los beneficios sobre la salud producidos por un amplio rango de tratamientos.

Puede usarse sólo o en combinación con cuestionarios específicos para enfermedades, de diferentes formas y para diferentes propósitos. Esta utilidad, además de su brevedad, su estadística reglada, y su conocimiento psicométrico demostrado, hace del SF-12v2 una herramienta muy válida para el marco de la clínica y de la investigación.

Los ocho dominios que evalúa son: actividad física (PF), papel físico a nivel laboral (RP), dolor corporal (BP), salud general (GH), vitalidad (VT), actividad social (SF), papel emocional a nivel laboral (RE) y salud mental (MH). Bajas puntuaciones en estos dominios significa limitaciones y malestar en lo que cada uno representa, mientras que altas puntuaciones reflejan pocas o ninguna restricciones en dichos campos.

La suma de las puntuaciones de los ocho dominios se llaman medidas resumen componente porque se derivan y puntúan usando un método de factor analítico llamado análisis de componente principal y son la medida resumen física (PCS) y mental (MCS), que son las que nosotros empleamos en la evaluación de la calidad de vida de las mujeres.

Para su evaluación requiere el uso del programa Quality Metric Health Outcomes Scoring Software 5.0. obtenido a través de BiblioPRO, en el que introducimos las respuestas dadas a cada pregunta del cuestionario y nos da una puntuación numérica para el componente físico (PCS) y otro para el componente mental (MCS).

Este programa utiliza un método de transformación lineal T-score, y así califica cada uno de los dominios y de las medidas resumen. Tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10. De manera que puntuaciones por encima y por debajo de 50 son por encima y por debajo de la media respectivamente. Además, como la desviación estándar es 10, cada punto de diferencia o cambio en la puntuación tiene una interpretación directa; esto es, un punto es una décima de una desviación estándar, o una ratio de 0,10.

Entre 55 y 45 de T scores está el rango medio de puntuación para respuestas individuales. Cuando se consideran datos de respondedores individuales, se recomienda que los scores dentro de la desviación estándar de 0,5, o 5 puntos T-score, de la media sean considerados



dentro de al menos la media o el rango normal para la población general de U.S. Cuando la puntuación en cualquiera de los dominios o en las medidas resumen componente están por debajo de un T score de 45 (más de un 0,5 de desviación estándar por debajo de la media de T score de 50) debería ser considerado debajo del rango medio para la población general de U.S.

Cuanto más por debajo de la puntuación media es, mayor es la probabilidad de que el encuestado esté por debajo de la media en un área de funcionamiento o bienestar. Puntuaciones menores de 40 indican empeoramiento significativo en alguno de los dominios. Puntuaciones entre 40 y 44 están también por debajo de la media y determinan limitaciones también. Y puntuaciones entre 45 y 55 han de considerarse dentro de la media.

En cuanto a las medidas resumen componente, un T-score de 45 o más indica un funcionamiento en general al menos en la media. Menos de 40 indica la presencia de empeoramiento en el funcionamiento de la dimensión asociada.

El PCS se correlaciona más con los dominios actividad física, papel físico a nivel laboral y dolor corporal, que contribuyen más a su puntuación; así mismo, ocurre con el MCS que se correlaciona más con los dominios salud mental, papel emocional a nivel laboral y actividad social, contribuyendo más a su puntuación. Tres de los dominios (vitalidad, salud general y actividad social) tienen considerables correlaciones con ambos componentes, e influyen en la puntuación de ambos.

Las medidas PCS y MCS se crearon para alcanzar mayor número de ventajas al reducir los ocho dominios a dos medidas resumen, de manera que no se pierda información importante. A nivel práctico, son útiles porque requieren menos número de comparaciones estadísticas a la hora de estudios y ensayos clínicos, además de ser muy válidas a la hora de diferenciar la salud física y la mental.

Puntuaciones muy bajas en el PCS indican limitaciones en la actividad física, en el papel físico a nivel laboral, alto grado de dolor corporal, y salud general pobre. Puntuaciones muy altas en el PCS indican no presentar limitaciones físicas, discapacidades o detrimentos en el bienestar; y disfrutar de un alto nivel de energía y de buena salud general. Puntuaciones muy bajas en el MCS son indicativas de sufrimiento psicológico frecuente, incapacidad social y laboral debido a problemas emocionales, baja energía y pobre salud general. Una puntuación muy alta en el MCS indica sentimientos positivos frecuentes, poco o ningún sufrimiento psicológico, ninguna limitación en el nivel de energía ni en las actividades sociales o laborales debido a problemas emocionales, y buena salud general.

Los resultados del PCS y MCS deberían servir como línea de partida para determinar si existen limitaciones funcionales en alguno de los dos componentes principales de la salud; si así fuera, los ocho dominios contribuirían a mostrarnos qué dimensiones han sido las que más han contribuido a empeorar dichos resultados.

Este cuestionario presenta flexibilidad en cuanto al modo de administración. Puede realizarse por el sujeto a evaluar mismo o por el entrevistador y se puede efectuar cara a cara o mediante entrevista telefónica, teléfono inteligente, correo ordinario en papel, vía internet o mediante tecnología de respuesta interactiva de voz.

Presenta dos formatos, el "estándar", que se realiza según la persona encuestada se ha encontrado en las últimas cuatro semanas, que es el que nosotros utilizamos en nuestro estudio; o el "agudo", en el que las respuestas han de darse según la persona entrevistada se haya encontrado durante la última semana. Nuestra elección se basa en que el estándar capta una muestra más representativa y reproducible de la salud reciente, no afectada exageradamente por fluctuaciones momentáneas.

Debe administrarse en las mismas condiciones y sin influir sobre las respuestas, a todos los sujetos a evaluar y en los formatos creados para tal fin.

### 3.3. Otras variables estudiadas

Registraremos los datos sociodemográficos: la edad de la paciente, su raza, si trabaja (recogido como: paro, ama de casa, trabajo remunerado, jubilada) y su nivel de estudios (agrupado como: sin estudios, estudios primarios, secundarios o universitarios).

Realizaremos una anamnesis indagando en posibles enfermedades, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y antecedentes obstétrico-ginecológicos. Las enfermedades, los tratamientos y las intervenciones quirúrgicas por los que se ha preguntado han sido aquéllos que hemos hallado en la literatura científica más frecuentemente relacionados con alteraciones en la calidad de vida y la función sexual de la mujer.

Se anotará si las pacientes tienen hábitos tóxicos como el tabaco, alcohol u otras drogas, y las cantidades de los mismos.

Valoraremos la indicación de la histerectomía: miomatosis uterina, prolapso genital, metrorragia, patología benigna y premaligna endometrial (pólipo, hiperplasia), dolor abdominal, algias pélvicas, endometriosis u otras. Agrupamos la metrorragia, la patología benigna y premaligna endometrial, el dolor abdominal, las algias pélvicas, la endometriosis o cualquier otra en "otras indicaciones".

También recogemos los síntomas que presenta previos a la intervención: metrorragia, dolor abdominal, síntomas urinarios por compresión, dispareunia, sensación de bulto en genitales, incontinencia urinaria u otros.

Se le ha preguntado a la mujer por el apoyo recibido por parte de la pareja y de la familia ante la histerectomía, recogiendo las respuestas como: nada, poco, suficiente, bien o muy apoyada. Dado las pocas respuestas de nada, se han agrupado las contestaciones de poco o nada.

Igualmente, se le pregunta por la satisfacción con su imagen corporal y su papel como mujer, recogiendo las respuestas como: nada, poco, suficiente, bien o muy apoyada. Dado las pocas respuestas de nada, se han agrupado las contestaciones de poco o nada.

Una vez realizada la intervención, recogeremos las variables relacionadas con la misma: si la histerectomía ha sido total o subtotal (sólo existe un caso de histerectomía subtotal que fue realizada así por la dificultad técnica que conllevaba la histerectomía total dadas las características de ese caso), la vía de abordaje (laparoscopia, vaginal, abdominal, vaginal asistida

por laparoscopia), si se asocia ooforectomía biltateral o no, si a la histerectomía se le ha añadido alguna otra cirugía (plastia anterior, plastia posterior, corrección de desgarró perineal, malla suburetral antiincontinencia o alguna otra), los días de ingreso hospitalario, si la anestesia ha sido raquídea o general y si ha habido alguna complicación o reintervención.

A los 3 y a los 9 meses de la cirugía recogeremos los síntomas que presenta tras la intervención, además de la evaluación de Calidad de Vida según el *Cuestionario de Salud* (SF-12v2<sup>®</sup>) y el grado de satisfacción con la intervención quirúrgica.

### 3.4. Análisis estadístico

Se ha valorado la calidad de vida según el *Cuestionario de Salud* (SF-12v2<sup>®</sup>), medido antes de la histerectomía, a los 3 y a los 9 meses; mediante las medidas resumen, el PCS, que es la medida resumen física y el MCS, que es la medida resumen mental. Se han utilizado la puntuación tal y como nos la proporciona el programa del test para cada persona. Dado que es un dato numérico estandarizado, lo consideramos como una variable numérica.

Los datos se introducirán en una base de datos creada a propósito para este estudio en el programa Microsoft Office y se exportarán al programa SPSS 12.0 (SPSS Inc<sup>®</sup>, Chicago III, EEUU) con el que se llevará a cabo el análisis estadístico. El nivel de significación estadística ha sido el valor estándar de p menor de 0,05.

Se utilizarán estadísticos descriptivos de acuerdo a métodos de cálculo estándar. Las variables categóricas se mostrarán como frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables cuantitativas gaussianas se indicarán como media, desviación típica, intervalo de confianza al 95%. Las variables cuantitativas no-gaussianas y ordinales se indicarán como mediana y cuartiles.

Dado que la base del estudio es la comparación de diversos resultados de las mismas personas en momentos distintos (antes de la intervención, tres y nueve meses después) empleamos en todos estos casos procedimientos estadísticos que corresponden a medidas emparejadas, tanto paramétricas como no paramétricas.

### 3.5. Aspectos éticos y financiación

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica y por la Comisión de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y se obtuvo consentimiento informado de todas las participantes.

Se las informó del estudio al indicar la intervención en la consulta, entregándosele una hoja informativa y un consentimiento informado, cuya firma ha sido imprescindible para la participación en el mismo. Se ha insistido en la confidencialidad, en que es totalmente voluntario, en que pueden abandonar cuando quieran el estudio sin dar ninguna explicación y en que nada de lo que hagan influirá en el trato hacia ella.

En la primera entrevista con la paciente se le asignará un número para salvaguardar la privacidad. Todos los datos con información identificable se eliminarán después.

Se mantendrá una confidencialidad estricta y se seguirá la legislación aplicable en materia de protección de datos (Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal).

Este estudio no ha recibido fuentes de financiación. Los principales gastos han sido los derivados de la realización de las entrevistas, sobre todo las realizadas por correo; así como la obtención de la licencia y la compra de los cuestionarios de Calidad de vida SF-12<sup>®</sup>, a través de BiblioPro.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Características sociodemográficas

La edad media de las mujeres que hemos estudiado es de 50,9 años, con desviación típica de 9,3, con una mediana de 48,50 y límites entre 33 y 78 años.

Cuando examinamos el empleo, encontramos que la mayoría tienen un trabajo remunerado (n=79; 47,6%) o son amas de casa (n=60; 36,1%). Catorce casos (8,4%) están jubiladas y 12 (7,2%), en paro. Sólo hay una persona que es estudiante.

La mayoría de las mujeres tiene algún tipo de estudios: primarios (n=89; 53,6%), secundarios (n=42; 25,3%) y universitarios (n=19; 11,4%). Sólo 16 (9,6%) no poseen estudios. Todas las mujeres que hemos estudiado son de raza blanca.

### 4.2. Variables relacionadas con la salud

En las tablas 1, 2 y 3 podemos ver las mujeres que padecen enfermedades, que toman tratamientos o que han sido expuestas a intervenciones quirúrgicas con posible repercusión sobre la calidad de vida y la función sexual.

**Tabla 1.** Frecuencia de aparición de enfermedades estudiadas.

Cualquier enfermedad	56 (33,7%)
Hipertensión	34 (20,5%)
Depresión	14 (8,4%)
Artrosis/artritis	10 (6%)
Alteraciones tiroideas	7 (4,2%)
Diabetes	5 (3%)
Cardiopatía arteriosclerótica	2 (1,2%)

La suma de los porcentajes resulta más de 33,7% porque hay mujeres que padecen más de una enfermedad.

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 2.** Frecuencia de consumo de tratamientos estudiados.

Cualquier tratamiento	54 (32,5%)
Antihipertensivos	35 (21,1%)
Antidepresivos	14 (8,4%)
Benzodiacepinas	14 (8,4%)
Digitálicos	2 (1,2%)
Antiepilépticos	2 (1,2%)
Estrógenos	2 (1,2%)

La suma de los porcentajes resulta más de 32,5% porque hay mujeres que toman más de un tratamiento.

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 3.** Frecuencia de intervenciones quirúrgicas estudiadas.

Cualquier intervención	15 (9%)
Cirugía pélvica	8 (4,8%)
Mastectomía	4 (2,4%)
Cirugía vaginal	3 (1,8%)

Ninguna paciente ha sido sometida a más de una intervención quirúrgica que pueda afectar a la función sexual.

**Fuente:** elaboración propia.

Al estudiar los hábitos tóxicos, vemos que 41 mujeres fuman (24,7%); veintiuna (12,7%) fuman 10 o más cigarrillos diarios y 20 (12%) fuman menos de 10 cigarrillos diarios. Todas las pacientes refirieron no consumir otras drogas.

Noventa y cuatro mujeres (57%) tuvieron 1 ó 2 partos vaginales, 47 (28,5%) más de 2 partos vaginales, y 24 (14,5%) ningún parto vaginal.

Veintidós mujeres (13,3%) fueron sometidas a una o dos cesáreas, a 143 (86,1%) no se le realizó ninguna cesárea.

Las mujeres en periodo menopáusico y las de edad fértil con su método de planificación familiar lo podemos ver en la tabla 4.

**Tabla 4.** Mujeres en periodo menopáusico y en periodo fértil.

Método de planificación familiar utilizado por las que están en periodo fértil.

	n	Porcentaje con respecto al total
Periodo menopáusico	61	61 (36,7%)
Periodo fértil	105	105 (63,3%)
		Porcentaje con respecto a las mujeres en periodo fértil
Nada	26	24,7%
Preservativo	23	21,9%
Vasectomía	21	20%
ETB	15	14,2%
DIU-LVG	4	3,8%
ACHOs	3	2,8%
CI	2	1,9%
DIU-Cu	2	1,9%
ASG	1	0,9%
Métodos naturales	1	0,9%
No contestan	7	6,6%

ETB:esterilización tubárica bilateral; DIU-LVG:DIU levonorgestrel; ACHOs: anticonceptivos hormonales combinados; CI: coito interrumpido; DIU-Cu: DIU de cobre; ASG: anticonceptivos hormonales de sólo gestágeno; 7 mujeres (4,2%) no contestan esta pregunta.

**Fuente:** elaboración propia.

En tratamiento con terapia hormonal sustitutiva actualmente hay 2 (1,2%) de las pacientes, y en el pasado lo tomaron 6 (3,6%) del total de pacientes.

Trece mujeres (7,8%) no tienen pareja, 153 (92,2%) sí la tienen.

### 4.3. Indicación y síntomas relacionados con la histerectomía

La indicación de la histerectomía fue miomatosis en 83 mujeres (50%), prolapso genital en 68 (41%) y otras causas en 15 casos (9%). Estas últimas son: metrorragia, endometriosis, mutación BRCA-2, hiperplasia endometrial y dolor pélvico crónico.

Casi todas tenían algún tipo de síntoma (n=157; 94,6%), podemos ver la presencia de cada uno de ellos en la tabla 5.

**Tabla 5.** Síntomas que presentaban las mujeres operadas.

Síntomas	n	Porcentaje con respecto al total
Metrorragia	70	42,2%
Sensación bulto en genitales	68	41%
Dolor abdominal	53	31,9%
Síntomas por compresión	38	22,9%
Incontinencia de orina	14	8,4%
Dispareunia	7	4,2%

Los porcentajes suman más de 100 porque alguna tiene más de un síntoma.

**Fuente:** elaboración propia.

#### 4.4. Apoyo familiar y de pareja, satisfacción con la imagen y con el papel como mujer

En las tablas 6 y 7 podemos ver cómo de apoyadas por su pareja y por su familia se sienten las mujeres antes de la cirugía, así como su nivel de satisfacción con su imagen corporal y su papel como mujer.

**Tabla 6.** Sentimiento de apoyo ante la histerectomía por parte de la pareja y de la familia antes de la cirugía.

Apoyada	Por la pareja	Por la familia
Poco o nada	8 (4,8%)	4 (2,4%)
Suficiente	12 (7,2%)	14 (8,4%)
Bien	43 (25,9%)	41 (24,7%)
Muy apoyada	90 (54,2%)	107 (64,5%)
No pareja	13 (7,8%)	

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 7.** Satisfacción con la imagen corporal y con el papel como mujer antes de la histerectomía.

Satisfecha	Con la imagen corporal	Con el papel como mujer
Poco o nada	41 (24,7%)	14 (8,3%)
Suficiente	31 (18,7%)	18 (10,8%)
Bien	79 (47,6%)	85 (51,2%)
Muy satisfecha	15 (9%)	49 (29,5%)

**Fuente:** elaboración propia.



#### 4.5. Calidad de vida antes de la histerectomía

La puntuación media en el componente PCS del test de calidad de vida SF12v2® es de 44,6, con desviación típica 9,9, con una mediana de 45 y límites entre 20,2 y 65,5.

La puntuación media en el componente MCS del test de calidad de vida SF12v2® es de 47,1, con desviación típica 10,7, con una mediana de 48,1 y límites entre 17 y 70,7.

#### 4.6. Variables que pueden influir en la calidad de vida antes de la histerectomía

Sobre el componente físico de la Calidad de vida (PCS) influye la profesión, a expensas del grupo de jubiladas, sobre todo al compararlas con las mujeres con trabajo remunerado cuya media es mayor. También repercuten negativamente la depresión y tomar tratamientos como antidepresivos, benzodiacepinas y digitálicos (Tabla 9). Las pacientes con sintomatología antes de la histerectomía tienen una puntuación menor en el componente físico de la Calidad de vida (Tabla 10), concretamente influye negativamente el dolor abdominal. La satisfacción con la imagen corporal y con el papel como mujer influye sobre el componente físico de la Calidad de vida, teniendo una menor media en la puntuación las que están poco o nada satisfechas con su imagen corporal o con su papel como mujer.

Sobre la Calidad de vida MCS influye la edad, las mayores de 55 años tienen menor MCS (Tabla 8), padecer depresión repercute negativamente, así como tomar antidepresivos (Tabla 9). La metrorragia también influye negativamente. Sin embargo, la menopausia influye de manera positiva (Tabla 10). Cuando la indicación de la histerectomía es por patología de suelo pélvico la media del componente mental de la Calidad de vida es mayor (Tabla 10) y las mujeres con sensación de bulto en genitales presentan una media mayor en el MCS, lo cual coincide con la indicación por patología de suelo pélvico.

**Tabla 8.** Influencia de la edad sobre PCS y/o MCS.

		Media PCS	p valor	Media MCS	p valor
Edad	< de 55a	44,49 (±10,17)	p=0,75	44,94 (±10,80)	p=0,0001
	> de 55a	45,02 (±9,65)		52,29 (±8,56)	

PCS: componente físico de la Calidad de vida; MCS: componente mental de la Calidad de vida; a: años

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 9.** Enfermedades y tratamientos que influyen de manera significativa sobre PCS y/o MCS.

		Media PCS	p valor	Media MCS	p valor
Depresión	No	45,25 (±9,88)	p=0,01	47,85 (±10,47)	p=0,006
	Sí	38,13 (±9,11)		39,63 (±10,71)	
Toma de tratamientos	No	46,17 (±9,69)	p=0,005	47,34 (±10,14)	p=0,74
	Sí	41,51 (±9,95)		46,76 (±11,87)	
Digitálicos	No	44,82 (±9,93)	p=0,04	47,21 (±10,76)	p=0,58
	Sí	30,80 (±1,88)		43,05 (±1,65)	
Antidepresivos	No	45,25 (±9,88)	p=0,01	47,85 (±10,47)	p=0,006
	Sí	38,13 (±9,11)		39,63 (±10,71)	
Benzodiacepinas	No	45,56 (±9,78)	p=0,0001	47,46 (±10,58)	p=0,22
	Sí	34,84 (±6,44)		43,82 (±11,80)	

PCS: componente físico de la Calidad de vida; MCS: componente mental de la Calidad de vida; U: uterina; SP: suelo pélvico

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 10.** Otras variables que influyen de manera significativa sobre PCS y/o MCS.

		Media PCS	p valor	Media MCS	p valor
Menopausia	No	44,38 (±9,92)	p=0,64	44,49 (±11,07)	p=0,0001
	Sí	45,12 (±10,17)		51,74 (±8,29)	
Indicación	U	44,49 (±10,14)	p=0,80	44,48 (±10,65)	p=0,0001
	SP	44,88 (±9,84)		51,00 (±9,61)	
Síntomas en general	No	56,27 (±7,44)	p=0,0001	48,19 (±11,97)	p=0,76
	Sí	43,99 (±9,72)		47,10 (±10,66)	
Metrorragia	No	45,18 (±10,27)	p=0,42	49,91 (±9,90)	p=0,0001
	Sí	43,93 (±9,62)		43,38 (±10,68)	
Dolor abdominal	No	46,37 (±10,27)	p=0,001	47,73 (±11,05)	p=0,31
	Sí	40,99 (±10,27)		45,93 (±9,91)	
Sensación bulto en genitales	No	44,76 (±9,89)	p=0,86	44,81 (±10,69)	p=0,001
	Sí	44,50 (±10,21)		50,54 (±9,84)	

PCS: componente físico de la Calidad de vida; MCS: componente mental de la Calidad de vida; U: uterina; SP: suelo pélvico

**Fuente:** elaboración propia.

## 4.7. Cirugía realizada

Todas las hysterectomías han sido totales, excepto un subtotal por dificultades técnicas.

La vía de abordaje ha sido abdominal en 73 mujeres (44%), vaginal en 88 (53%) vía y laparoscópica en 5 (3%) laparoscópicas.

En 19 casos (11,4%) se ha realizado ooforectomía bilateral.

En la tabla 11 podemos ver los casos en los que se ha realizado cirugía de suelo pélvico añadida a la hysterectomía.

Cualquier cirugía SP	58 (34,9%)
Plastia anterior	50 (30,1%)
Corrección desgarro perineal	20 (12%)
Plastia posterior	14 (8,4%)
TOT	3 (1,8%)

Los porcentajes suman más de 34,9% porque a algunas pacientes se les ha realizado más de una técnica.  
SP: suelo pélvico; TOT: banda transobturadora para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

**Fuente:** elaboración propia.

La anestesia ha sido raquídea en 90 mujeres (54,2%) y general en 76 (45,8%).

La media de días de hospitalización ha sido de 3,4 días, con desviación típica de 2,1, con una mediana de 3; el mínimo fue 1 día y el máximo 16 días. Ocho pacientes (4,8%) precisaron reintervención.

## 4.8. Situación a los 3 meses de la cirugía

### 4.8.1. Síntomas tras la hysterectomía y satisfacción con los resultados

A los 3 meses de la cirugía, 131 (78,9%) mujeres no presentaba ningún síntoma nuevo, mientras que 34 (20,4%), sí. Los síntomas fueron: dolor abdominal (n=9; 5,4%), anomalías urinarias (n=8; 4,8%), síntomas climatéricos (n=7; 4,2%), dolor en la cicatriz (n=4; 2,4%), hemorragia (n=3; 1,8%), dispareunia (n=2; 1,2%), dolor y anomalías urinarias (n=1; 0,6%). Una paciente (0,6%) no responde.

Están satisfechas con los resultados de la hysterectomía 148 mujeres (89,2%), no lo están 17 (10,2%) y una mujer (0,6%) no contesta.

#### 4.8.2. Calidad de vida

La puntuación media en el componente PCS del test de calidad de vida SF12v2® es de 49,1, con desviación típica 9,6, con una mediana de 51,6 y límites entre 20,3 y 63,2.

La puntuación media en el componente MCS del test de calidad de vida SF12v2® es de 49,8, con desviación típica 9,9, con una mediana de 52,2 y límites entre 20,8 y 66,9.

### 4.9. Situación a los 9 meses de la cirugía

#### 4.9.1. Síntomas tras la histerectomía y satisfacción con los resultados

En 118 pacientes (74,7%) desaparecen totalmente los síntomas por los que se operaba. Cuatro mujeres (2,5%) refieren presentar los mismos síntomas que la llevaron a operarse. El resto refiere disminución considerable, sin desaparición completa.

A los 9 meses de la cirugía, 136 (82%) mujeres no presentaba ningún síntoma nuevo, mientras que 25 (15%) sí. Los síntomas fueron: síntomas climatéricos (n=8; 4,8%), dolor en la cicatriz (n=5; 3%), dolor abdominal (n=4; 2,4%), anomalías urinarias (n=2; 1,2%), hemorragia (n=2; 1,2%), dispareunia (n=2; 1,2%), sensación de bulto en genitales (n=2; 1,2%). Cinco pacientes (3%) no responden.

A los 9 meses, 144 mujeres (86,7%) están satisfechas con los resultados de la histerectomía, 17 (10,2%) no lo están y 5 mujeres (3%) no contestan.

#### 4.9.2. Calidad de vida

La puntuación media en el componente PCS del test de calidad de vida SF12v2® es de 50,8, con desviación típica 8,8, con una mediana de 53,7 y límites entre 21,8 y 67,8.

La puntuación media en el componente MCS del test de calidad de vida SF12v2® es de 50,8, con desviación típica 9,5, con una mediana de 52,3 y límites entre 15,8 y 70.

### 4.10. Cambios en la calidad de vida tras la histerectomía

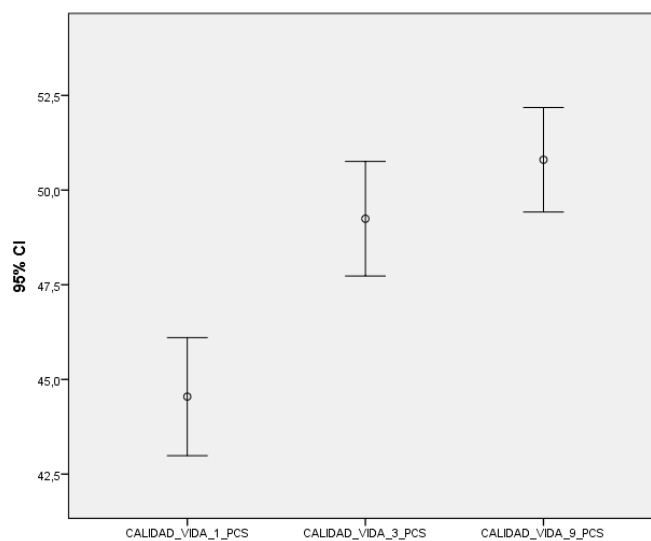
Cuando estudiamos los cambios de la media de PCS entre antes de la intervención, a los 3 meses y a los 9 meses, encontramos que los valores de PCS aumentan a los 3 meses, y siguen aumentando hasta los 9 meses, con diferencias significativas entre antes y los 3 meses (<0,001) y entre los 3 y 9 meses (<0,001), (Tabla 12 y Figura 3).

**Tabla 12.** Medias del componente PCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía.

Antes	A los 3 meses	A los 9 meses
44,54 ( $\pm 9,99$ )	49,24 ( $\pm 9,69$ )	50,80 ( $\pm 8,83$ )
<b>p=0,0001</b>		

Fuente: elaboración propia.

**Figura 3.** Medias del componente PCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía.



Fuente: elaboración propia.

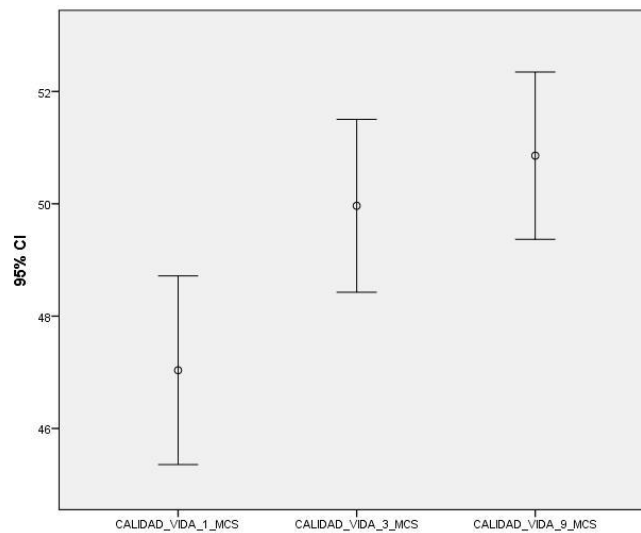
Los valores de MCS aumentan hasta el tercer mes de forma significativa, para posteriormente seguir el aumento pero en menor grado (Tabla 13 y Figura 4).

**Tabla 13.** Medias del componente MCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía.

Antes	A los 3 meses	A los 9 meses
47,1 ( $\pm 10,72$ )	49,8 ( $\pm 9,94$ )	50,8 ( $\pm 9,56$ )
<b>p=0,02</b>		

Fuente: elaboración propia.

**Figura 4.** Medias del componente MCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía.



**Fuente:** elaboración propia.

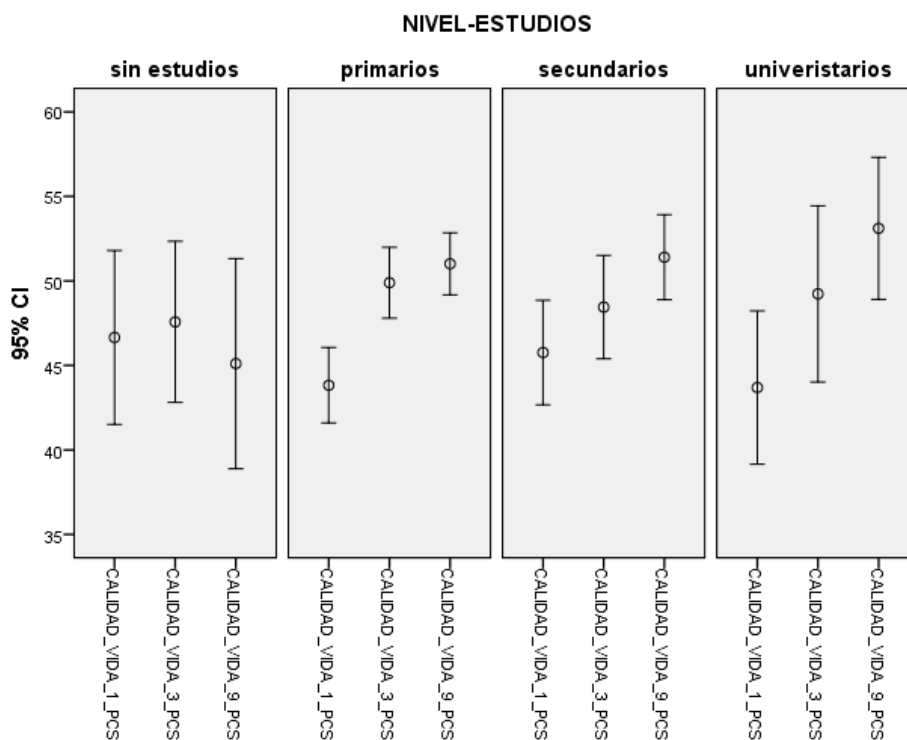
## 4.11. Variables que pueden influir en que haya cambios en la calidad de vida tras la histerectomía

### 4.11.1. PCS

Hay diferentes medias de PCS en cada estrato de profesión pero, sin embargo, el cambio a mejor es igual en todas. Así pues, la profesión no influye en que haya cambio o no ( $p=0,67$ ).

El nivel de estudios sí que influye significativamente ( $p=0,005$ ) en que haya cambio en las medias de PCS, puesto que las mujeres sin estudios no cambian la media de PCS, mientras que en el resto, se sigue la tendencia ascendente (Figura 5).

**Figura 5.** Medias del componente PCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía según el nivel de estudios.

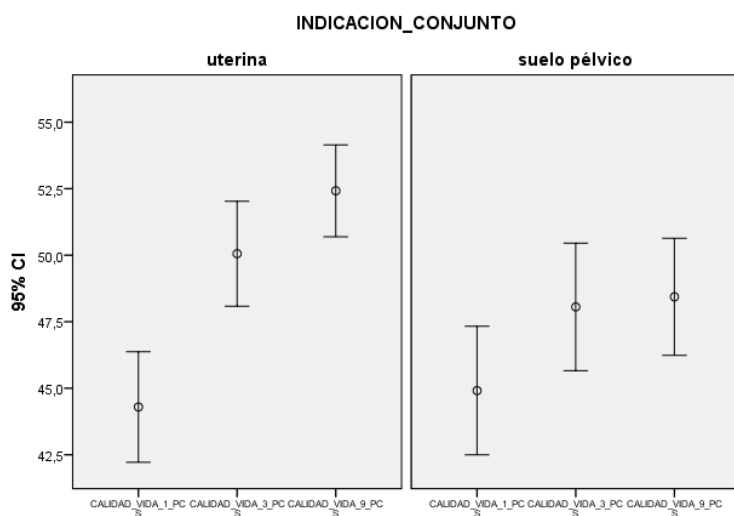


**Fuente:** elaboración propia.

La presencia de enfermedades no modifica la tendencia de PCS a ir aumentando, sin interferir en este comportamiento. Tampoco hay relación con el uso de medicamentos.

La indicación de la histerectomía influye significativamente en la existencia de cambio ( $p=0,009$ ), vemos que cuando la indicación es "uterina" la media mejora como vimos en el grupo general, mientras que cuando la indicación es "suelo pélvico" mejora entre antes y los 3 meses de la histerectomía, siendo entre los 3 y los 9 meses prácticamente igual (Figura 6).

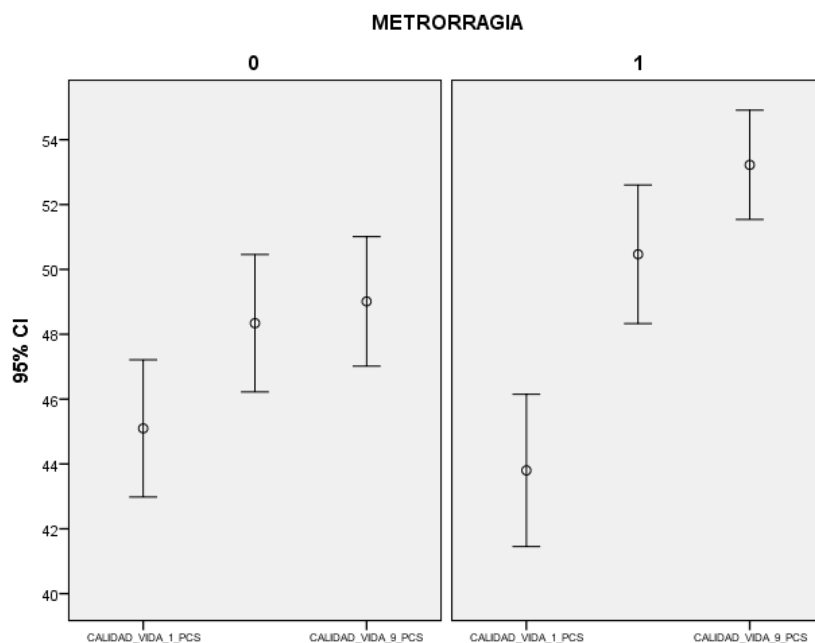
**Figura 6.** Medias del componente PCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía según la indicación de la histerectomía.



Fuente: elaboración propia.

Las pacientes con metrorragia antes de la cirugía presentan significativamente mayor cambio a mejor en las medias de PCS tras la cirugía ( $p=0,001$ ), (Figura 7).

**Figura 7.** Medias del componente PCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía según si antes de la histerectomía presentaban metrorragia (1) o no (0).

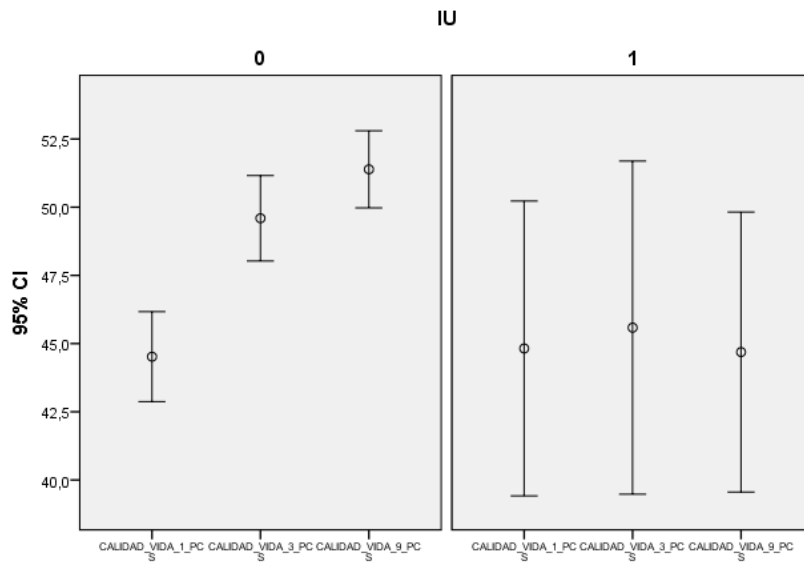


Fuente: elaboración propia.



El comportamiento de los cambios con PCS es también diferente entre las mujeres que refieren incontinencia de orina, de tal manera que las que la tienen incontinencia de orina no presentan cambios en los valores de PCS, a diferencia de las personas sin incontinencia que sí que presentan mejoría (Figura 8).

**Figura 8.** Medias del componente PCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía según si antes de la histerectomía presentaban incontinencia de orina (1) o no (0).



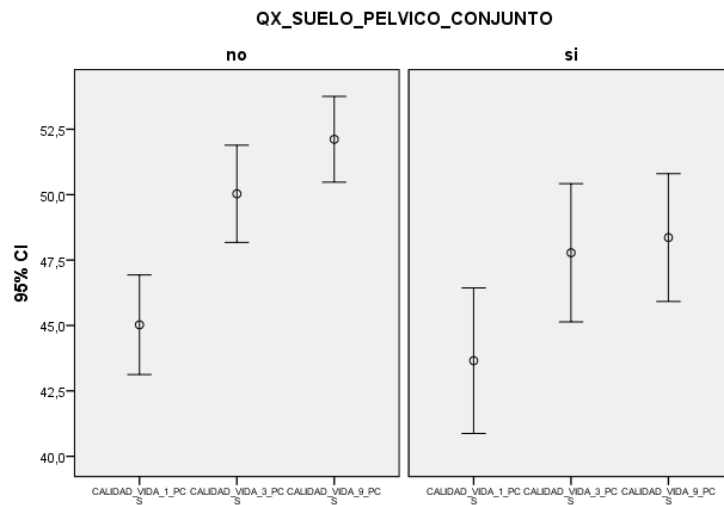
Fuente: elaboración propia.

Ni el apoyo de la pareja ni el de la familia ante la histerectomía influyen en los cambios en PCS tras cirugía ( $p=0,06$  y  $0,90$  respectivamente).

No hay relación con otros síntomas.

Las mujeres a las que se les realiza cirugía de suelo pélvico añadida a la histerectomía presentan menor puntuación en PCS pero la mejoría es igual que en las que no la llevan añadida ( $p=0,26$ ), como podemos ver en la Figura 9.

**Figura 9.** Medias del componente PCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía según si añadida a la histerectomía se realiza cirugía de suelo pélvico o no.



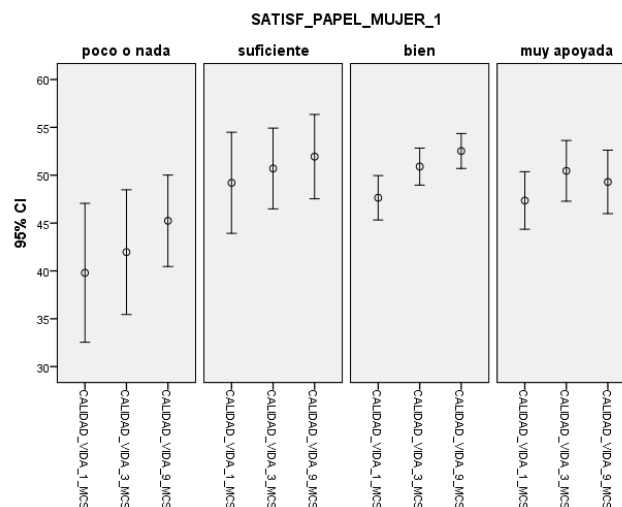
**Fuente:** elaboración propia.

#### 4.11.2. MCS

No hay relación entre los cambios de MCS con la profesión, con el nivel de estudios, con las distintas enfermedades o tratamientos que hemos considerado, con los síntomas con los que se presentan las mujeres, ni con el apoyo de la pareja, la satisfacción con la imagen corporal ni la reintervención.

Las mujeres que están poco o nada satisfechas con su papel como mujer tienen significativamente menores valores e MCS en los 3 momentos estudiados con respecto al resto de las mujeres, pero su comportamiento es similar entre ellas (Figura 10).

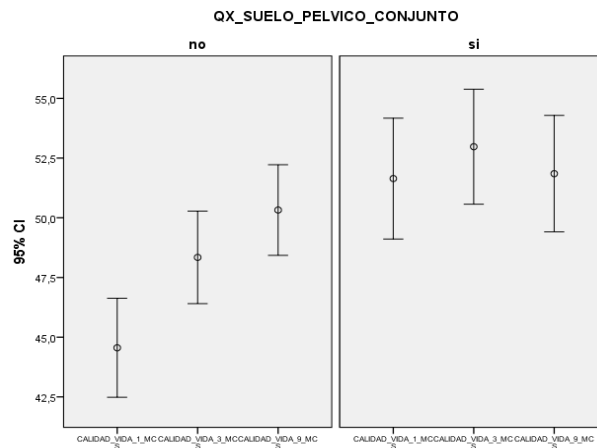
**Figura 10.** Medias del componente MCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía según la satisfacción con el papel como mujer.



**Fuente:** elaboración propia.

Encontramos diferencias con la cirugía del suelo pélvico ( $p=0,001$ ). En las mujeres sin cirugía del suelo pélvico asociada hay incremento de MCS a los 3 y 9 meses, mientras que en las que les hacemos esta cirugía no tienen cambio, y tienen mayores medias que las anteriores. Similares cambios sucede con la plastia anterior y posterior (Figura 11).

**Figura 11.** Medias del componente MCS del test de Calidad de vida antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía según si lleva añadida cirugía de suelo pélvico o no.

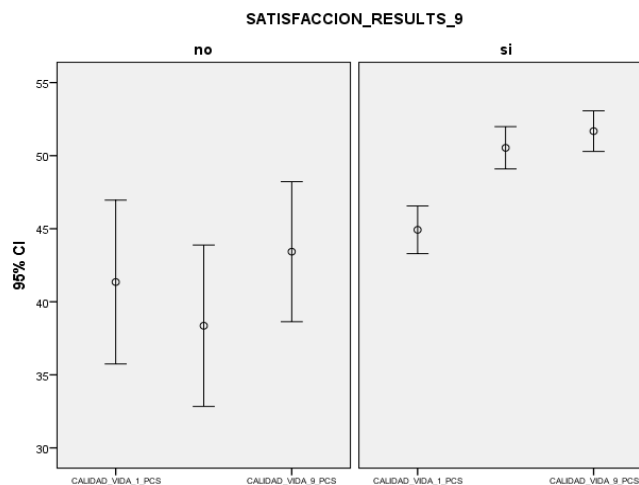


Fuente: elaboración propia.

#### 4.12. Cambios en la calidad de vida después de la histerectomía en función de la satisfacción con los resultados de la misma

En cuanto a la Calidad de vida, el grupo de mujeres satisfechas con los resultados de la histerectomía presentan un cambio a mejor en el componente PCS de la calidad de vida significativo ( $p=0,001$ ), mientras que las no satisfechas empeoran a los 3 meses para luego aumentar y quedarse ligeramente mejor que antes de la cirugía como podemos ver en la gráfica 1 (Figura 12).

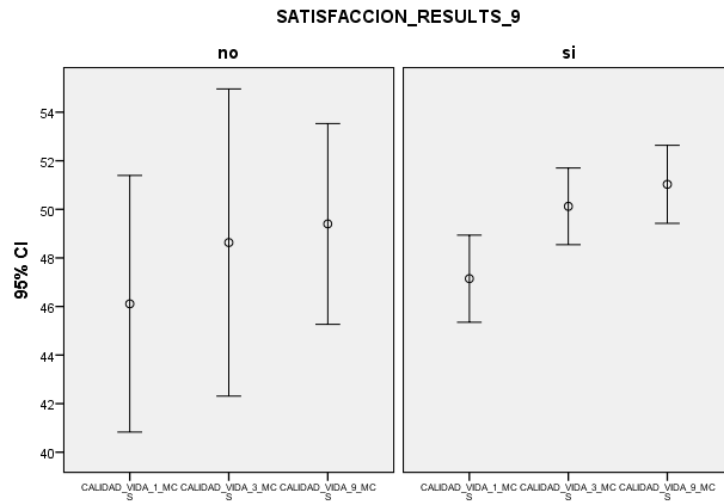
**Figura 12.** Medias en las puntuaciones de PCS antes y a los 3 y 9 meses de la histerectomía en las satisfechas y no satisfechas con los resultados de la histerectomía.



Fuente: elaboración propia.

No existen diferencias significativas ( $p=0,97$ ) en el cambio en la puntuación del componente MCS de la calidad de vida entre las mujeres satisfechas y las no satisfechas con los resultados de la histerectomía. El MCS mejora independientemente de la satisfacción con los resultados de la cirugía (Figura 13).

**Figura 13.** Medias en las puntuaciones de MCS antes y a los 3 y 9 meses de la histerectomía en las satisfechas y no satisfechas con los resultados de la histerectomía.



Fuente: elaboración propia.

## 5. DISCUSIÓN

Encontramos que, tras la histerectomía la Calidad de Vida mejora.

Vemos que las medias de los componentes PCS y MCS presentan un aumento progresivo entre antes, a los 3 y a los 9 meses de la histerectomía. Concuera con estudios previos<sup>8,29,30</sup>.

El cambio a mejor en el componente mental de la Calidad de vida es acorde con la revisión de Darwish que sugiere que la histerectomía realizada por patología benigna se asocia con riesgo más bajo de depresión y no se relaciona con la ansiedad<sup>31</sup>.

Hartmann realiza un estudio sobre cómo afecta la histerectomía a la calidad de vida y la función sexual de mujeres con dolor y depresión. Las mujeres con dolor pélvico y depresión presentan menos mejoría a los 2 años tras la histerectomía que aquellas que tienen sólo dolor, sólo depresión o nada. Sin embargo, estas mujeres mejoran entre antes y después de la histerectomía su calidad de vida<sup>32</sup>.

### 5.1. Factores que influyen en la calidad de vida antes de la histerectomía

Las variables que influyen en la Calidad de vida son la EDAD, los FACTORES CULTURALES, las ENFERMEDADES y la SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL. En la Calidad de vida vamos a ver que lo que más afecta es el tener dolor abdominal, así como la satisfacción con el papel como mujer.

Vemos que sobre PCS influyen: la profesión (sobre todo al comparar las jubiladas con las que tienen trabajo remunerado, es menor en las primeras), la depresión, tomar antidepresivos, benzodiazepinas y digitálicos, presentar sintomatología (principalmente influye el dolor abdominal) y la satisfacción con la imagen corporal y con el papel como mujer.

Sobre MCS, la edad, la depresión, la toma de antidepresivos y presentar metrorragia influyen negativamente. Mientras que la menopausia, el que la indicación sea por patología de suelo pélvico y la sensación de bulto en genitales coincide con mayor puntuación en MCS, este hallazgo es inesperado y no lo hemos podido explicar con la bibliografía consultada.

### 5.2. Factores que pueden condicionar el que haya cambios en la calidad de vida tras la histerectomía

Las variables que pueden influir en que haya cambios a mejor en la Calidad de Vida son: el nivel de estudios (a menor nivel de estudios menor mejoría), indicación "uterina", la presencia de metrorragia o de incontinencia de orina antes de la cirugía. También vemos que la satisfacción con la imagen corporal influye en la mejora en PCS, no siendo así sobre MCS. Las pacientes reintervenidas presentan menor puntuación y no presentan cambio (no significativo).

Kayani observa que lo que más influía en mejorar la calidad de vida tras la histerectomía era el tener antes reglas irregulares o tener dispareunia<sup>8</sup>, coincidimos con ellos en que la metrorragia antes de operarse fue de los factores que más influyó en mejorar la calidad de vida.

En 11,4% mujeres se ha realizado ooforectomía bilateral, es de los porcentajes más bajos encontrados, McPherson realiza ooforectomía bilateral al 40%<sup>5</sup>, Peterson al 35,4%<sup>13</sup>.

### **5.3. Satisfacción con la histerectomía y cambios en la calidad de vida**

El 86,7% están satisfechas con los resultados de la histerectomía, 10,2% no lo están y 3% no contestan. Coincidimos con Weber en los altos grados de satisfacción tras la Histerectomía realizada por indicaciones benignas<sup>33</sup>.

Kuppermann estudia sobre más de 1400 mujeres los factores que predicen satisfacción con la histerectomía. Lo estudian en premenopáusicas y excluyen la patología oncológica. La mayoría de las mujeres sometidas a histerectomía estuvieron muy satisfechas (muy satisfechas: 63,9%, algo satisfechas 21,4%, ni satisfechas ni insatisfechas 6,9% e insatisfechas 7,8%) nuestros porcentajes de satisfacción son similares. Los factores asociados con satisfacción tras la histerectomía fueron: el grado de resolución de los síntomas previos a la histerectomía, el impacto de los síntomas previos y ver ventajas sobre no tener útero<sup>34</sup>.

Hemos visto que el grupo de mujeres satisfechas con los resultados de la histerectomía presentan un cambio a mejor en el componente PCS de la calidad de vida significativo, mientras que las no satisfechas empeoran a los 3 meses para luego aumentar y quedarse ligeramente mejor que antes de la cirugía. El MCS mejora independientemente de la satisfacción con los resultados de la cirugía.

## **6. CONCLUSIONES**

1. La Calidad de vida mejora tras la histerectomía.
2. Lo que más influye en el aumento de la calidad de vida tras la histerectomía es el nivel de estudios, presentar metrorragia o incontinencia de orina antes de operarse y que la indicación de la histerectomía no sea por patología de suelo pélvico.
3. La satisfacción con los resultados de la histerectomía se relaciona con mejoría en la Calidad de vida de las mujeres.





## 7. ANEXOS

ANEXO I:

# Su Salud y Bienestar

---

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. ¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una  la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
▼	▼	▼

- a Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora .....  1 .....  2 .....  3
- b Subir varios pisos por la escalera .....  1 .....  2 .....  3

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b ¿Estuvo limitado en el tipo de trabajo u otras actividades? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a se sintió calmado y tranquilo?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b tuvo mucha energía? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió desanimado y deprimido?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. *J Br Menopause Soc.* diciembre de 2006;12(4):153-7.
2. Lalinec-Michaud M, Engelsmann F. Anxiety, fears and depression related to hysterectomy. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* febrero de 1985;30(1):44-7.
3. Nathorst-Böös J, von Schoultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecol Obstet Invest.* 1992;34(2):97-101.
4. DODDS DT, POTGIETER CR, TURNER PJ, SCHEEPERS GP. The physical and emotional results of hysterectomy; a review of 162 cases. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk.* 21 de enero de 1961;35:53-4.
5. McPherson K, Herbert A, Judge A, Clarke A, Bridgman S, Maresh M, et al. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* septiembre de 2005;8(3):234-43.
6. Good MM, Korbly N, Kassis NC, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Prolapse-related knowledge and attitudes toward the uterus in women with pelvic organ prolapse symptoms. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2013;209(5):481.e1-6.
7. Urrutia S MT, Araya G A, Rivera S, Viviani P, Villarroel L. A predictive model for the quality of sexual life in hysterectomized women. *Rev Médica Chile.* marzo de 2007;135(3):317-25.
8. Kayani SI, Pundir J, Omanwa K. Quality of life after total laparoscopic hysterectomy: a one-year follow-up study. *Minerva Ginecol.* 2016 Aug;68(4):412-7.
9. Radosa JC, Meyberg-Solomayer G, Kasti C, Rados CG, Mavrova R, Gräber S, Baum S, Radosa MP. *J Sex Med,* 2014 Sep;11(9):2342-50.
10. Thakar R, Ayers S, Georgakapolou A, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomised comparison of total versus subtotal hysterectomy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* octubre de 2004;111(10):1115-20.
11. Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-1409
12. Hirsch, H.A., Käser, O., Iklé, F.A. Atlas de Cirugía Ginecológica. En: 5ª Edición. Madrid: Marban; 2003. p. 123-48; 226-50.
13. Peterson ZD, Rothenberg JM, Bilbrey S, Heiman JR. Sexual functioning following elective hysterectomy: the role of surgical and psychosocial variables. *J Sex Res.* noviembre de 2010;47(6):513-27.
14. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol.* febrero de 2002;99(2):229-34.

15. Schaffer JI, Word A. Hysterectomy--still a useful operation. *N Engl J Med.* 24 de octubre de 2002;347(17):1360-2.
16. Kjerulff K, Langenberg P, Guzinski G. The socioeconomic correlates of hysterectomies in the United States. *Am J Public Health.* enero de 1993;83(1):106-8.
17. Estudios para la salud - Variaciones en las tasas estandarizadas de intervenciones quirúrgicas en Alicante - get\_file [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.eves.san.gva.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=80e1b74c-ccf5-4fdc-845a-946123126580&groupId=10128](http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=80e1b74c-ccf5-4fdc-845a-946123126580&groupId=10128)
18. Wingo PA, Huerdo CM, Rubin GL, Ory HW, Peterson HB. The mortality risk associated with hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;Aug 1(152(7 Pt 1)):803-8.
19. Richards DH. A post-hysterectomy syndrome. *Lancet.* 26 de octubre de 1974;2(7887):983-5.
20. DRELLICH MG, BIEBER I. The psychologic importance of the uterus and its functions; some psychoanalytic implications of hysterectomy. *J Nerv Ment Dis.* abril de 1958;126(4):322-36.
21. Barker MG. Psychiatric illness after hysterectomy. *Br Med J.* 13 de abril de 1968;2(5597):91-5.
22. Menzer D, Morris T, Gates P, Sabbath J, Robey H, Plaut T, et al. Patterns of emotional recovery from hysterectomy; first in a series of reports. *Psychosom Med.* octubre de 1957;19(5):379-88.
23. Gath D, Cooper P, Day A. Hysterectomy and psychiatric disorder: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* abril de 1982;140:335-42.
24. Gath D, Rose N, Bond A, Day A, Garrod A, Hodges S. Hysterectomy and psychiatric disorder: are the levels of psychiatric morbidity falling? *Psychol Med.* marzo de 1995;25(2):277-83.
25. Ryan MM, Dennerstein L, Pepperell R. Psychological aspects of hysterectomy. A prospective study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* abril de 1989;154:516-22.
26. Darwish M, Atlantis E, Mohamed-Taysir T. Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* marzo de 2014;174:5-19.
27. Roussis NP, Waltrous L, Kerr A, Robertazzi R, Cabbad MF. Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *Am J Obstet Gynecol.* mayo de 2004;190(5):1427-8.
28. Mark E. Maruish, PhD. User's manual for the SF-12v2 Health Survey (3rd ed.). Maruish, M. E.; 2012.
29. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Curr Sex Health Rep.* 2014;6(4):244-51.

30. Siedhoff MT, Carey ET, Findley AD, Hobbs KA, Moulder JK, Steege JF. Post-hysterectomy dyspareunia. *J Minim Invasive Gynecol.* agosto de 2014;21(4):567-75.
31. Darwish M, Atlantis E, Mohamed-Taysir T. Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* marzo de 2014;174:5-19.
32. Hartmann KE, Ma C, Lamvu GM, Langenberg PW, Steege JF, Kjerulff KH. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol.* octubre de 2004;104(4):701-9.
33. Weber AM, Walters MD, Schover LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* septiembre de 1999;181(3):530-5.
34. Kuppermann M, Learman LA, Schembri M, Gregorich SE, Jackson R, Jacoby A, et al. Predictors of hysterectomy use and satisfaction. *Obstet Gynecol.* marzo de 2010;115(3):543-51.







Medicina

