

Proceso de Cuidados de Enfermería en la mujer sometida a Histerectomía (HT)

Nursing care process with women living hysterectomy

Báltica Cabieses Valdés

Enfermera-Matrona. Licenciada en Enfermería. Instructora Asociada. Escuela de Enfermería. PUC.

M^a Teresa Urrutia Soto

Enfermera-Matrona. Magíster en Nutrición. Profesora Auxiliar. Escuela de Enfermería. PUC.

Alejandra Araya Gutiérrez

Enfermera-Matrona. Licenciada en Enfermería. Instructora Asociada. Escuela de Enfermería. PUC.

Resumen

La histerectomía (HT) corresponde a la principal cirugía en ginecología. Si bien se describe un efecto final positivo para la mujer, pueden presentarse diversas complicaciones. Este artículo corresponde a una revisión bibliográfica, cuyo propósito es orientar el proceso de cuidado de enfermería de una mujer sometida a HT, a través del análisis y reflexión en torno a resultados de investigaciones y publicaciones respecto al tema. En el período preoperatorio, se destaca la ansiedad causada por temores, creencias y conflictos de la mujer, la cual puede mantenerse después del alta. Estudios coinciden en señalar que no reciben educación adecuada y escasa participación en la toma de decisión de someterse a la cirugía. Señalan una serie de síntomas frecuentes en la mujer con patología ginecológica, como anemia, fatiga y dolor pélvico que exigen especial cuidado. Respecto del período intraoperatorio, se analiza la vía de abordaje, sus riesgos y beneficios. La sexualidad en el post operatorio mejora en la mayoría de las mujeres; sin embargo, emergen potenciales complicaciones como la trombosis venosa profunda (TVP) y los riesgos de la utilización de terapia de reemplazo hormonal (TRH). Se concluye que la HT mejora la calidad de vida de la mayoría de las mujeres. La Enfermería debe asumir su liderazgo en el cuidado de la mujer histerectomizada, generar un proceso de cuidado comprensivo, integral, oportuno, continuo y considerar en todo momento que es la mujer quien está viviendo la experiencia y debe ser el centro de la atención brindada.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería, histerectomía, salud de la mujer.

Abstract

Hysterectomy (HT) is the main gynecologic surgery and even though it has a positive final effect, there are possible complications. The aim of this article is to analyze and discuss published evidence around Nursing process of care related to the women living HT, according to the surgery periods. Literature suggests that key points in the pre-surgery period, are anxiety that appears from fears, beliefs and self-esteem conflicts that remain through the whole hospitalization and even after their discharge. There is also the feeling of receiving inadequate education and a very poor consideration during the decision making. On the other hand, there are frequent symptoms related to gynecologic disease such as anemia, fatigue and pelvic pain. Related to the intra-surgery moment, there is a discussion about risks and benefits of different types of HT. About the post-surgery moment, sexuality improves after HT, but there are also negative aspects such as developing deep venous thrombosis (DVT) and the risks of using hormonal replacement therapy (TRH). Quality of life improves after the HT and the nurse-midwife leadership role is to provide an comprehensive care, that considered women's experience of living without the uterus, so the Nurse can construct care process centered in the women and their couple.

Key words: Women's health, hysterectomy, nursing care.

Introducción

Más del 90% de las cirugías ginecológicas se realizan por causas benignas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres (Schneider, 2002; Rock, 2001; Rowe, Kanouse, Mittman & Bernstein, 1999). La histerectomía es la principal cirugía en ginecología (HT) (Rock, 2001; Rowe, y col, 1999) y la causa más frecuente es la miomatosis uterina (Kuppermann y col, 2004). Se calcula que el 40,5% de las mujeres a los 64 años se encontrarán histerectomizadas en EE.UU. (Farrel & Kieser, 2000) y en nuestro país el 20% de las mujeres en algún momento de su vida será sometida a esta cirugía (Ahumada & Trujillo, 1994).

Si bien la HT tiene un efecto final positivo en la salud de la mujer, se han descrito diversas complicaciones que afectan la calidad de vida de quienes se someten a esta cirugía (Schneider, 2002; DeCherney, Bachmann, Isaacson & Gall, 2002, Rock, 2001). La enfermera tiene un rol clave en favorecer una adecuada calidad de vida a la mujer y brindar cuidados oportunos según el momento de hospitalización en que se encuentre. De acuerdo a la experiencia de las autoras, sin embargo, se observa que la atención diaria de enfermería se caracteriza por estar limitada a la realización de acciones derivadas del acto quirúrgico en sí y, en el mejor de los casos, considera las necesidades físicas, síntomas biomédicos. De esta manera se percibe un cuidado de Enfermería parcial, fragmentado y sin continuidad, que deja fuera a la persona que sufre la experiencia. El presente artículo expone los resultados de una revisión bibliográfica sobre los principales cambios y necesidades de cuidado que van experimentando las mujeres que se someten a una histerectomía. Propone áreas de intervención, considerando el cuidado un proceso continuo e integral.

Sobre la visión de cuidado

Desde el punto de vista ontológico, la palabra "cuidado" en su vocablo *sorge* se traduce en dos conceptos: preocupación y cura. Según Heidegger, el cuidado es el *ser de la existencia* y en su concepción se puede entender esta palabra tanto como "*proyectarse a sí mismo*" como "*poder ser*" (Ferrater Mora, 1975, p. 845). Esta mirada da sustento al cuidado como proceso (no suma de acciones o prestaciones de salud) cuyo sentido es acompañar a las personas en sus procesos de transformación como ocurre cuando están enfermos o en este caso cuando una mujer debe enfrentar una mutilación de una de las partes más simbólicas de su cuerpo femenino: su útero.

La mirada filosófica del cuidado sustenta la definición de "Enfermería", descrita en el Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud (2003, p. 668) como "*la práctica en la cual el profesional de Enfermería ayuda al individuo enfermo o sano a la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, respetando su autonomía*". Se mencionan cuatro características primordiales de atención de la Enfermería: los fenómenos que implican al personal, el uso de teorías para observar la necesidad de intervención y planificar la actuación, la acción que se toma y sus efectos sobre el fenómeno. Las características recién descritas proporcionan los cimientos para el proceso de Enfermería conocido y utilizado en la actualidad.

Para las autoras, el concepto de cuidado se relaciona con el proceso único, secuencial y dinámico que se inicia al establecer un primer acercamiento con el otro como persona, con miras a una relación terapéutica, educativa y de ayuda que permita construir y sanar. Se reconocen la individuali-

dad y las capacidades de cada una de las personas involucradas: persona que brinda un cuidado y persona que es cuidada. Mediante este proceso basado en la confianza y el respeto mutuos, se logran establecer necesidades de cuidado y desarrollar estrategias de intervención y de evaluación de Enfermería eficientes y de alto impacto para el cliente. El cuidado entendido de la manera recién descrita no considera puramente la situación de desviación de la salud, sino como primera dimensión a la persona, su género, su etapa del ciclo vital, y su entorno previo, durante y posterior al proceso de cuidado. Pensamos como Jean Watson, teorista en filosofía y ciencia del cuidado, que el cuidado es una idea moral más que una actitud orientada sólo al trabajo e incluye fenómenos como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado transpersonal, que ocurren cuando existe una relación de cuidado auténtica entre la enfermera y el cliente (Marriner & Railey, 2003, p. 148).

Metodología

Se revisaron las bases de datos Medline, Cinhal y Cochrane, entre los años 1996 y 2004. Se buscó a través de las palabras claves: hysterectomy, nursing care, nursing, dando como resultado 55 publicaciones.

Se realizó un análisis de contenido temático en torno a cuatro grandes variables predeterminadas: valoración de Enfermería en los períodos preintra y postoperatorio. De manera que este artículo expone los resultados sobre la valoración de Enfermería, organizada en los momentos pre, intra y postoperatorios de la HT y, posteriormente, se abordan los cuidados de Enfermería de acuerdo a los problemas enunciados en cada uno de los tiempos quirúrgicos. Se analizan los aspectos centrales de dicho proceso, en función de los problemas descritos y finalmente se concluye dando énfasis a los elementos fundamentales del artículo.

I. Valoración

1. *Valoración del período preoperatorio*

La decisión de someterse a la cirugía

La participación de la mujer en la decisión de someterse a la cirugía es un aspecto importante a considerar. Un estudio desarrollado el año 2001 por Lindberg & Nolan informa que las mujeres presentan en general tres tipos de actitudes frente a la decisión: “las buscadoras de múltiples soluciones” sin optar por ninguna, “las tolerantes” que manejan la sintomatología sin pretender resolver el problema y “las que se hacen cargo” y optan sin dificultad por la cirugía.

En general, la decisión tiende a realizarse tras un largo tiempo de presentar síntomas (Williams & Clark, 2000), pudiendo transcurrir años antes de consultar a un profesional. Para muchas mujeres la HT es considerada como última opción terapéutica, lo que hace que la decisión de operarse se retrase en muchas de ellas (Kuppermann y col., 2004).

Al decidir, las mujeres evalúan riesgos versus beneficios de la HT en los aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales y económicos. Aparentemente, incide con fuerza en esta decisión la severidad de los síntomas, la paridad, la edad de la mujer y el temor a equivocarse en la opción terapéutica o de enfermar de cáncer si no se les extrae el útero. En el ámbito social, destaca la

búsqueda de nueva información y la necesidad de apoyo de amigos, familiares y profesionales de la salud en el proceso de toma de decisión (Vuorma y col., 2002, Williams & Clark, 2000, Wade y col., 2000). Por último, la presencia de actividad laboral, el costo económico y el acceso a los servicios de salud también afectan en la decisión de la mujer (Ranson & John, 2001).

Williams & Clark (2000) estudiaron la participación de las parejas en la toma de decisión y apoyo a las mujeres que se someten a HT. Se encontró que los hombres, en su opinión, deben permanecer ajenos a la decisión, puesto que es una elección de la mujer junto con su médico tratante. El hombre se considera a sí mismo un "apoyador" que debe tener una actitud positiva durante todo el proceso, sin participar activamente en la decisión terapéutica. Las mujeres, por su parte, están en conocimiento de lo anterior, ya que señalan que sus parejas lo refieren como un proceso de decisión femenina en el cual no deben involucrarse. Algunas mujeres, sin embargo, señalan que el apoyo de la pareja es más relevante que el de otros familiares y amigos.

Necesidades educativas

La educación a la usuaria y su familia es otro elemento clave. Para Scriven & Tucker (1997) una causa importante de desagrado entre las usuarias hospitalizadas corresponde a la percepción que tienen de no recibir suficiente ni adecuada información sobre su condición de salud. Por su parte, Guezo (2003) señala que, si bien la información puede existir, muchas veces es inadecuada para satisfacer las necesidades educativas de las mujeres, pues una mujer hospitalizada retiene menos información por la ansiedad que presenta desde su ingreso al hospital y refiere, además, dificultades para expresar y consultar sus inquietudes al equipo de salud. Wade y colaboradores (2000) agregan que la mayoría de las veces la mujer desconoce al equipo de salud que realizará la atención, incluyendo al cirujano.

Uno de los temas de mayor interés para una mujer que será sometida a una histerectomía es lo referente a las potenciales complicaciones derivadas de la intervención (Scriven & Tucker, 1997). Al respecto, Le Cornu (1999) señala que las consecuencias de la HT no son bien comprendidas por las mujeres y que pueden alterar la autopercepción de femineidad. Muchas mujeres que se han sometido a HT refieren haber deseado más información respecto de las diferentes alternativas terapéuticas y los efectos colaterales de la cirugía, incluyendo los aspectos físicos, sexuales y emocionales (Williams & Clark, 2000). Respecto de la pareja, las mujeres señalan que ellos tienen muy poco conocimiento del cuerpo femenino y se quejan de la inexistencia de programas que les provean información sobre el sistema reproductivo de la mujer y características de la sexualidad posterior a la HT.

Cambios del ánimo

Dentro de los cambios del ánimo, destacan la ansiedad y la depresión como elementos centrales secundarios a la HT. Respecto de la ansiedad, Jawor y colaboradores en el año 2001 señalaron que la HT desencadena conflictos de autoestima y que el profesional de salud debe lidiar con los temores, creencias y ansiedad de las mujeres para prevenir síntomas depresivos posteriores al alta. Se establece que a mayor nivel de ansiedad mayor probabilidad de presentar complicaciones postoperatorias (Cheung, Callaghan & Chang, 2003). La hospitalización se asemejaría a encontrarse en un país desconocido, con toda la ansiedad y temor que esa situación genera (Guezo, 2003). Este temor se

podría asociar a la poca injerencia de la mujer en la decisión de realizarse una HT, al desconocimiento de la técnica quirúrgica, al potencial aumento de peso posterior a la cirugía y al impacto estético de una cicatriz, entre otras causas (Jawor y col, 2001; Katz, 2003).

Otros temas asociados a la ansiedad en la mujer que se somete a HT se relacionan con la sexualidad y el concepto de femineidad. Las mujeres refieren temor de no satisfacer sexualmente a sus parejas, de quedar "vacías" o "huecas" y de perder la capacidad de procrear. Al mismo tiempo, una participación pasiva y distante de la pareja o de la familia incrementan la predisposición a presentar ansiedad y depresión (Richter, McKeown, Corwin, Rheume & Frase, 2000, Williams & Clark, 2000).

Respecto de la depresión, no se ha demostrado que la HT produzca por sí sola este cuadro, aun cuando se postula que habría mayor incidencia del trastorno en mujeres ooforectomizadas (extirpación de ovarios) que mujeres con menopausia natural. Sin embargo, el estrés producido por las potenciales consecuencias de la HT en la sexualidad, atractivo y femineidad, conllevan a conflictos y miedos que pueden desencadenar trastornos del ánimo, en particular depresión (Cheung y col., 2003). Williams y Clark (2000) señalan que un buen predictor de alteración del ánimo posterior a la cirugía es la manifestación de síntomas depresivos previos a la HT.

2. Valoración del período intraoperatorio

Los diferentes tipos de HT, sus indicaciones, beneficios y riesgos están ampliamente estudiados (Garry y col., 2004, Taylor, Romero, Kammerer-Doak, Qualls & Rogers, 2003, Reich & Roberts, 2003; Merryl, 2001). La importancia para la Enfermería de conocer los distintos tipos de HT no radica simplemente en la diferencia de algunos cuidados preoperatorios, sino, por el contrario, en la severidad de los síntomas postoperatorios y el período de hospitalización y recuperación de la mujer, que puede variar considerablemente entre una vía de abordaje y otra.

En general, se prefiere la vía vaginal por el corto tiempo quirúrgico en manos de cirujanos expertos, menor tiempo postoperatorio y de recuperación posterior al alta. Así lo demuestra Rock (2001) en un estudio comparativo entre HT abdominal, HT laparoscópica e histerectomía vaginal (HV) donde se concluyó que esta última es la cirugía que presenta menor tiempo de hospitalización (un día menos que la vía laparoscópica y la abdominal) y menor tiempo en retornar a las actividades cotidianas. Lo anterior lo confirman otros estudios (Garry y col, 2004, Batra y Tuffnell, 2004, Benassi y col, 2002, Kovac, 2000).

Aun considerando los beneficios de la HV, se sabe que ésta no es totalmente inocua. Un estudio comparativo concluyó que la urgencia miccional y la defecación incompleta pueden presentarse con mayor frecuencia posterior a la HV versus la HT abdominal (Roovers, Van der Bom, Van der Vaart, Fousert & Heint, 2001). Sin embargo, esto es discutible dada la exigencia de habilidad y experiencia del cirujano que la realiza.

Respecto a la HT abdominal, algunos cirujanos optan por esta vía de abordaje (Reich & Roberts, 2003), aun cuando existe literatura que avala el riesgo de complicaciones como infección o fiebre (Roovers, van der Bom, Van der Vaart, Fousert & Heint, 2003; Kovac, 2000).

En cuanto a la HT vía laparoscópica, se sabe que su costo es mayor que las otras dos vías de abordaje y que aparentemente no sería de mayor costo-efectividad que la vaginal (Schulper y col., 2004, Garry y col, 2004, Learman, 2004).

3. Valoración del período postoperatorio

Cambios corporales

Si bien la percepción general de la HT es positiva por parte de las mujeres, también surgen experiencias negativas. El dolor y la fatiga son manifestaciones corporales frecuentes, que se presentan por meses e incluso años antes de que la mujer se decida por la cirugía y que pueden permanecer hasta seis meses posteriores a la misma (DeCherney y col., 2002). Respecto del dolor, se debe considerar que el dolor pélvico de origen ginecológico es más invalidante que el no ginecológico. Las mujeres que refieren este síntoma como el principal son las que tienen mayores niveles de deterioro del rol, deterioro sexual y del ánimo, siendo además las que presentan menores niveles de salud general (Rowe y col., 1999). La fatiga, por su parte, afecta la percepción de bienestar y las actividades de la vida diaria de las mujeres que se someterán a HT.

Dentro de los cambios postoperatorios, destacan los relacionados con síntomas urinarios e intestinales, secundarios a lesiones de vejiga, uretra, mucosa intestinal o rectal durante la cirugía (Roovers y col., 2001). Se describen también infecciones del tracto urinario por uso prolongado de sonda en el caso de la HT radical; sin embargo, esta complicación puede ser prevenida con el apoyo antibiótico profiláctico (Cardosi, Cardosi, Gredas, Fiorica & Hoffman, 2003). Por último, la literatura describe diversos cambios asociados a la patología de base, como son trastornos de la salud mental, en la sexualidad, sangramiento, dolor pélvico, fatiga, percepción de alteración de la salud e interferencia en actividades de la vida diaria (Rowe y col., 1999). Respecto del sangramiento, es relevante mencionar que es un cambio frecuentemente referido por las mujeres, caracterizado por ser irregular, impredecible, severo y generalmente asociado a anemia (Williams & Clark, 2000).

Riesgo de Trombosis Venosa Profunda (TVP)

La TVP corresponde a una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes sometidos a cirugías mayores, dentro de las cuales se encuentra la histerectomía, dado que esta cirugía predispone de manera particular a la aparición de esta complicación (Schorge, Goldhaber, Duska, Goodman & Felman, 1999, Hsieh, Lan, Luk, Wang & Jawan, 2003).

Los principales factores de riesgo para TVP son: edad mayor de 45-50 años, obesidad, enfermedades malignas, antecedentes de TVP previas, terapia estrogénica, presencia de miomas del cuerpo uterino, uso de anticonceptivos orales, várices, inmovilización prolongada y duración de la cirugía y de la anestesia mayor a 30-60 minutos (Geerts y col., 2001, Stanko, Severson y Molpus, 2001; Nishikawa y col., 2000, Agu, Hamilton & Baker, 1999; Díaz & Andresen, 1998). Si observamos en la valoración de enfermería el perfil característico de una mujer que se somete a HT, con frecuencia encontramos a una persona mayor a 35 a 40 años, con sobrepeso u obesa, que utiliza anticonceptivos orales, sedentaria y con antecedentes o presencia de miomatosis uterina. Se comprende, entonces, el alto riesgo de desarrollar una TVP secundaria a la intervención.

La decisión de iniciar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

En lo que a TRH se refiere, actualmente destaca lo controversial de su uso dado los resultados de los últimos estudios. Con toda mujer que se encuentra en situación de optar por el uso de THR (como lo

es la mujer con HT y ooforectomizada), se deben tener en consideración los síntomas menopáusicos que afectan en distinto grado la calidad de vida y el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y cáncer de mama. Schapira, Gilligan, McAuliffe y Nattinger (2002) en un estudio señalaron que afecta significativamente a la mujer estadounidense la decisión del uso de THR, el temor al cáncer de mama (aún en mujeres sin factores de riesgo) y el deseo de presentar una menopausia natural. Muchas mujeres refieren no comprender la necesidad de la THR y manifestar desagrado por ser antinatural y por el costo económico que significa (Williams & Clark, 2000).

Por otro lado, se sabe que la THR no compensa totalmente los síntomas menopáusicos. Un estudio del año 2004 realizado por Kritz-Silverstein y colaboradores encontró que la mujer postmenopáusica que no usaba THR obtuvo puntajes más elevados de bienestar y menores niveles de síntomas molestos que la mujer con uso de THR de larga data. Apoyan el uso de THR el temor de padecer osteoporosis y los síntomas secundarios al cese de la función ovárica. Además, mujeres sometidas a HT con ooforectomía son en general receptivas al uso de THR en comparación a quienes no se han sometido a la extirpación de ovarios (Schapira y col., 2002).

Percepción de impacto de la HT en la sexualidad

Existe la idea que el bienestar sexual varía según el tipo de HT. Esto, basado en la hipótesis de que la técnica quirúrgica pueda dañar la inervación y el soporte de estructuras del piso pélvico de diferentes maneras: a través de una lesión de plexo pélvico durante la resección de ligamentos cardinales, daño de la inervación vesical durante la separación quirúrgica entre la vejiga y útero y cérvix, lesión de nervios en una separación quirúrgica extensa de los parametrios o en la resección del cuello uterino que resultaría en pérdida de tejido estrechamente relacionado al plexo nervioso (Roovers y col., 2003; Katz, 2003).

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del individuo, que se puede deteriorar significativamente en la mujer durante el climaterio, aumentando incluso al triple las disfunciones sexuales en este período (Blümel, Araya, Sánchez & Gramegna, 2002). El potencial deterioro sexual se presenta tanto en mujeres menopáusicas naturales como en ooforectomizadas y se basa en los múltiples efectos de los estrógenos en la función sexual. La disminución de los niveles de estrógenos afecta la lubricación vaginal, la mecánica del piso pélvico, cambia la configuración corporal y aumenta los trastornos del ánimo, traducándose en una pérdida de la autoestima y del deseo sexual. Esto produce gran preocupación en las mujeres, por cuanto podría afectar su bienestar y atractivo sexual (Roovers y col., 2003; Hilditch y col., 1996). Si a esto se le agrega el impacto que tiene la visión de la sociedad, que mira a la mujer de edad mayor como carente de atractivos sexuales, no es sorprendente que las mujeres postmenopáusicas puedan presentar disfunciones sexuales (Blümel y col., 2002).

La disfunción sexual en las histerectomizadas ha sido ampliamente discutida, encontrando algunos autores que la histerectomía mejora la sexualidad y otros, que la deteriora. Sin embargo, en una revisión de dieciocho estudios, Farrel & Keiser (2000) concluyeron que la histerectomía por sí sola no afecta la sexualidad. Esta idea la sostienen otros autores, quienes postulan que la actividad sexual antes y después de HT no se modificaría. Más aún, mujeres sexualmente activas mantienen una frecuencia coital similar previa y posterior a la HT, independiente del tipo de cirugía. De las mujeres que no tienen actividad sexual antes de la HT, más del 50% comienza a tener luego de la cirugía, independien-

te del tipo de HT, lo cual asegura que la resección del cuello uterino no afecta la sexualidad de la mujer sometida a HT total (Roovers y col., 2003). Katz (2003) argumenta que la libido aumenta, la presencia de orgasmo no varía y que incluso aumenta la calidad de vida sexual posterior a la HT.

Calidad de vida global tras la HT

De acuerdo a lo descrito en la literatura, la calidad de vida mejora en la mayoría de las mujeres posterior a la HT (Learman, 2004). Se describen múltiples efectos positivos: liberación de síntomas molestos, desaparición del riesgo de embarazo, percepción de reducción del riesgo de padecer cáncer y mayor satisfacción respecto de la relación sexual. Estos efectos pueden ser aún más favorables si la familia la acompaña durante el proceso de hospitalización (Williams & Clark, 2000). Los efectos beneficiosos de la HT son independientes de la edad de la mujer, por lo que esta variable no es motivo para limitar la posibilidad de cirugía en mujeres mayores (Toglia & Nolan, 2003; Badzakov, Lazarevski, Chakmakov & Iliev, 2000). Se ha comprobado que la calidad de vida de las mujeres histerectomizadas es mucho mayor que aquellas mujeres que han recibido tratamiento farmacológico. Además, la menopausia quirúrgica logra niveles de calidad de vida similares a la menopausia natural a partir de los dos años posteriores a la HT (Kritz-Silverstein, Von Muhlen, Ganitas & Barrett-Connor, 2004; Dunn-Georgiou, Back, Courey, Pérez & Chen, 1997).

II. Proceso de cuidado de Enfermería

Continuando con la estructura previa, los cuidados de Enfermería se abordarán de acuerdo a los problemas enunciados en cada uno de los tiempos quirúrgicos.

Respecto del período *preoperatorio*, destaca el proceso de toma de decisión para someterse a la cirugía como un aspecto relevante en Enfermería. Resulta ser un fenómeno complejo, que exige el enfrentamiento de conflictos tanto físicos como mentales por parte de la mujer. En general, se recomienda que el profesional de Enfermería centre su cuidado en la orientación, información y apoyo emocional de las mujeres que están en el proceso de decidir respecto de la manera de resolver su situación de desviación de salud. El cuidado debe considerar, además, la asistencia integral del proceso, favoreciendo el diálogo e involucrando a la pareja en todo momento, así como también a otras personas significativas, como familiares y amigos cercanos (Guezo, 2003).

El acompañamiento, la entrega de información basada en la evidencia de manera simple y ordenada y la posibilidad de contar con espacios de comunicación abiertos y centrados en la confianza mutua, son elementos fundamentales del cuidado comprensivo a la hora de tomar la decisión de someterse a la HT por parte de la mujer. Por último, reconociendo la autonomía y capacidad de discernimiento de la mujer, se le deben entregar todas las alternativas terapéuticas. Es la enfermera quien debe velar por que esa información sea entregada de manera completa y oportuna y por que la mujer tenga la posibilidad de reflexionar junto con todo el equipo de salud en torno a la decisión.

En cuanto a las necesidades educativas, es necesario primero diagnosticarlas de acuerdo al contexto y vivencia de cada mujer en particular. Luego, sobre la base de este diagnóstico individual, se debe establecer una estrategia educativa utilizando el diálogo con la mujer y su pareja. La consideración de la pareja en este proceso reduce considerablemente los síntomas ansiosos y/o depresivos y la

mujer siente mayor participación en la toma de decisiones relativas a su proceso quirúrgico y a su situación de vida (Scriven & Tucker, 1997, Williams & Clark, 2000). Por otro lado, Cheung y colaboradores, en el año 2003 recomendaron considerar en la educación de las mujeres la anatomía y fisiología del aparato reproductor, las características esenciales de la cirugía, los criterios médicos para decidir la cirugía y algunos ejercicios de relajación y de movilización precoz de extremidades para el período postoperatorio. Otros elementos a incorporar en la educación de la mujer son los integrantes del equipo de salud y los procedimientos más frecuentes desde su ingreso hasta el alta, explicando la importancia de realizar cada uno de ellos para su recuperación.

Los cuidados de Enfermería respecto de los síntomas ansiosos y depresivos, por su parte, se basan en dos aspectos: la intervención educativa y la relación de ayuda. Respecto del primero, existe evidencia que sostiene que la educación por parte del profesional de Enfermería reduce los niveles de ansiedad en la mujer sometida a HT (Cheung y col., 2003). Se agrega a los cuidados mencionados en el párrafo anterior la consideración de la dimensión espiritual como actividad de Enfermería de alto impacto para reducir la ansiedad y la depresión preoperatoria (Cheung y col., 2003, Williams y Clark, 2000). En cuanto a la relación de ayuda, el cuidado de Enfermería exige experticia en habilidades interpersonales como empatía, escucha activa y no enjuiciamiento de la mujer. Otras habilidades reconocidas por Watson son la coherencia, la acogida no posesiva y la comunicación eficaz (Marriner & Railey, 2003, pp. 149). Debe tomarse en consideración también por parte del profesional el movimiento de la etapa reproductiva a la no reproductiva, con los conflictos de identidad, rol y autoestima que este proceso conlleva. Nuevamente el diálogo abierto y centrado en el respeto y la confianza permiten que una intervención de ayuda logre grandes satisfacciones. Watson en este sentido señala, bajo la influencia de Rogers, que es el cliente quien sabe lo que le duele y que su cuidador debería permitir que las directrices terapéuticas surjan de quien es cuidado. En otras palabras, la enfermera matrona, motivada por su gran interés, puede clarificar y favorecer la expresión de sentimientos de la mujer y, en consecuencia, juntas comprender el significado de la experiencia para la usuaria (Marriner & Railey, 2003, p. 149). Por último, se recomienda establecer objetivos precisos y realistas, que permitan una relación de ayuda de gran riqueza y un cuidado de Enfermería exitoso y de crecimiento personal.

Considerando los *períodos intra y postoperatorios*, destaca la importancia del cuidado de Enfermería en ambos para la recuperación y reincorporación de la mujer a actividades cotidianas. En este sentido, los ejes del cuidado son el manejo del dolor, la prevención de infecciones y la valoración de complicaciones postoperatorias. La reducción del tiempo de recuperación intrahospitalaria deberá ser, en todo tipo de cirugía, la principal meta de Enfermería. La enfermera es el motor del cuidado integral que permite una evolución satisfactoria, con miras a la pronta reincorporación de la mujer a su vida diaria. Respecto del dolor en particular, la intervención de Enfermería es de gran importancia, ya que se ha comprobado que la percepción postoperatoria del dolor varía según la intervención de Enfermería previa. Se recomiendan las técnicas de relajación y la educación desde el período preoperatorio como actividades bien evaluadas por las mujeres (Cheung y col., 2003).

La deambulación precoz de la mujer posterior a la HT y la administración de terapia anticoagulante y/o compresión neumática intermitente son una de las medidas más importantes para reducir el riesgo de TVP (Buhs, Bendice & Glover, 1999; Williams y col., 1996). El vendaje de extremidades inferiores podría tener algún efecto preventivo particularmente en el período postoperatorio (Byrne,

2001; Geerts y col., 2001). Es de absoluta responsabilidad de la enfermera-matrona conocer los factores de riesgo, categorizar el riesgo de las usuarias, manejar eficazmente medidas profilácticas oportunas y mantenerse alerta en el postoperatorio a la aparición de signos y síntomas, ya que el riesgo de presentar TVP en una mujer que se somete a HT persiste, puesto que ninguna de las medidas descritas en la literatura reducen totalmente el riesgo.

Respecto de la TRH, el rol de Enfermería se orienta a la educación oportuna de los beneficios y riesgos de la TRH, a guiar el proceso de decisión participativa junto al equipo de salud respecto del inicio de la hormonoterapia, a significar en la mujer la necesidad del control periódico y a informar del seguimiento posterior al alta con médico especialista.

En cuanto a los temores referidos hacia la HT, una de las tareas de Enfermería más importantes corresponde a desmitificar los efectos negativos de esta cirugía. Frases como “quedar hueca” son escuchadas frecuentemente entre las mujeres histerectomizadas, reflejando el desconocimiento de su propio cuerpo. El concepto “del interior”, a pesar de no ser una categoría reconocida en el ámbito de la salud, es utilizada por las mujeres para referirse a los órganos genitales, estableciéndolos probablemente como una zona delicada y compleja (Ahumada, Aliaga & Bolívar, 2001). El camino más adecuado para apoyar a la mujer en este aspecto es develar primero, mediante una entrevista de ayuda, los significados que para ella tiene perder su útero y que significa física y afectivamente perder la capacidad reproductiva. Sólo escuchando su perspectiva personal acerca de esto es posible comprender el impacto subjetivo de la histerectomía. En este proceso delicado, el cuidado se desarrolla en la relación de acompañamiento y de escucha activa de su experiencia personal. Esto está ampliamente abordado por los estudios cualitativos especialmente realizados por enfermeras brasileñas (Saupe, 1994; Geib & Saupe, 2000).

Finalmente, la sexualidad es uno de los mayores hitos de la HT. Un aspecto interesante a analizar en el cuidado es el momento en que la mujer se siente capacitada para reiniciar su vida sexual, es decir el “alta subjetiva”. Para el reinicio de las relaciones sexuales post HT, cobran gran importancia las expectativas, el sentimiento de seguridad y confianza en sí misma y el estilo de la relación de pareja. Si la mujer tiene expectativas sexuales negativas, enfrentará esta etapa con ansiedad y conductas de evitación, postergando el alta subjetiva. Se debe tener en consideración que para la mujer el reinicio de la vida sexual es una prueba que le permite saber si realmente quedó bien y si su pareja percibe o no alguna diferencia (Ahumada y col., 2001). En definitiva, existen grandes temores y conflictos acerca de la sexualidad que tendrán las usuarias y sus parejas posteriores a la cirugía. La enfermera matrona debe preocuparse del aspecto sexual, aplicando estrategias para abordar este tema como son brindar oportunidades de diálogo en torno al tema, nuevamente escuchar los significados sexuales que la histerectomía tiene para ella, y sólo entonces seleccionar la información adecuada, relevante y actualizada. En este aspectos sexual, se debe incorporar a la pareja estimulando el desarrollo de una relación centrada en la confianza y la comunicación entre ellos. Si es necesario, se debe contemplar la derivación de las parejas a un especialista (Katz, 2003).

Consideraciones finales

El rol de la enfermera matrona se centra en la valoración completa y oportuna, en la identificación de problemas sentidos y la búsqueda constante de nuevas estrategias de solución, que permitan entregar

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

herramientas concretas para fortalecer a las mujeres en la resolución de sus temores y conflictos relacionados a la HT. El proceso de cuidado de Enfermería debe centrarse en contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres a través de actividades específicas de acuerdo al momento quirúrgico, sin olvidar que son temas transversales presentes en todo momento del proceso quirúrgico y que cada uno de ellos por sí solo es de particular relevancia. El proceso de cuidado de Enfermería considera a la mujer de manera integral, en su dimensión física, psicológica, social y espiritual, que pueden verse afectadas por la cirugía y el significado que la mujer le atribuye para su autoestima, sexualidad y capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria.

La calidad del cuidado por parte del profesional de Enfermería dependerá de la preparación y disposición a detectar los temas relevantes para las mujeres, los problemas objetivos secundarios a la intervención, así como la consideración de que el proceso de cuidado de Enfermería es secuencial y dinámico. De esta manera, el cuidado permite valorar e intervenir a través de estrategias combinadas de relación de ayuda, educativa y terapéutica, que apoyan la toma de decisiones durante todo el proceso. El proceso de cuidado comienza antes del ingreso al hospital y concluye meses e incluso años posteriores a la intervención quirúrgica y al alta. La enfermera matrona debe desarrollar experticia en los elementos esenciales del proceso de cuidado específico para estas mujeres, como es la comprensión de su experiencia integral, el reconocimiento de los problemas de Enfermería a abordar y la selección de las intervenciones de cuidado con objetivos precisos y alcanzables, que permitan el crecimiento de la mujer, desde su propia vivencia de la HT y el de la enfermera, como mujer profesional que la acompaña en este proceso. La evaluación de Enfermería tiene dos dimensiones: la inmediata que consiste en pesquisar el impacto del proceso de cuidado y realimentar el proceso de diagnóstico e intervención o inspira para realizar estudios sistemáticos que permitan ir acumulando evidencia cualitativa y cuantitativa, para depurar y fundamentar el proceso específico de cuidado con estas mujeres. Esta evidencia, al ser publicada, fortalece la autonomía profesional y hace visible su contribución académica y social.

Finalmente, la Enfermería debe asumir su liderazgo en el cuidado de la mujer histerectomizada, entregar una atención oportuna, continua y considerar en todo momento que la mujer es el centro de la atención brindada.

Referencias bibliográficas

- Agu, O., Hamilton, G., & Baker, D. (1999). Graduated compression stockings in the prevention of venous thromboembolism. *British Journal of Surgery*, 86, 992-1004.
- Ahumada, A., Aliaga, P., & Bolívar, N. (2001). Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 12 (3), 294-34.
- Ahumada, S., & Trujillo, S. (1994). La histerectomía: repercusiones psicosociales. Documento de trabajo N° 23. SERNAM, Chile.
- Anderson, A. (2003). *Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. (6ª Ed). Madrid, España: Mosby.
- Badzakov, N., Lazarevski, M., Chakmakov, D., & Iliev, V. (2000). Quality of life in elderly patients and vaginal hysterectomy for vaginal prolapse. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70(1), 138-145.
- Batra, N., & Tuffnell, D. (2004). Vaginal Hysterectomy. *Reviews in Gynaecological Practice*, 4, 82-88.
- Benassi, L., Rossi, T., Kaihura, C., Ricci, L., Bedocchi, L., Galanti, B., & Vadora, E. (2002). Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*, 187(6), 1561-1565.
- Blümel, J., Araya, H., Sánchez, E., & Gramagna, R. (2002). Prevalencia de trastornos de la sexualidad en mujeres climáticas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev. Méd. Chile*, 130 (10), 1131-38.

- Buhs, C., Bendick, P., & Glover J. (1999). The effect of graded compression elastic stockings on the lower leg venous system during daily activity. *Journal of Vascular Surgery*, 30(5), 830-835.
- Byrne, B. (2001). Deep vein thrombosis prophylaxis: the effectiveness and implications of using below-knee or thigh-length graduated compression stockings. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 30(4), 277-84.
- Cardosi, R., Cardosi, R., Grendys, E., Fiorica, J., & Hoffman, M. (2003). Infectious urinary tract morbidity with prolonged bladder catheterization after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*, 189, 380-384.
- Cheung, L., Callaghan, P., & Chang, A. (2003). A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 207-216.
- DeCherney, A., Bachmann, G., Isaacson, K., & Gall, S. (2002). Postoperative fatigue impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Obstet Gynecol*, 99 (1), 51-7.
- Díaz, O., & Andresen, M. (1998). Embolia Pulmonar: fisiopatología y diagnóstico. *Boletín Escuela de Medicina*, Pontificia Universidad Católica de Chile, 27, 152-156.
- Dunn-Georgiou, E., Buck, G., Courey, N., Pérez, K., & Chen, C. (1997). Quality of life after hysterectomy. *Fertility and Sterility*, 68(1), S176-S177.
- Farrel, S., & Kieser, K. (2000). Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol*, 95, 1045-51.
- Ferrater Mora, J. (1975). *Diccionario de Filosofía*. (7ª Ed). Madrid, España: Alianza.
- Garry, R., Fountain, J., Mason, S., Hawe, J., Abbott, J., Clayton, R., Phillips, G., Whittaker, M., Lilford, R., Bridgeman, S., & Brown, J. (2004). The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ*, 328 (7432), 129.
- Geib, L., & Saube, R. (2000). Educare: ensaiando a pedagogia do cuidado. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 9, (2), 497-508.
- Geerts, W., Chair, J., Clagett, P., Pineo, G., Colwell, C., Anderson, F., & Wheeler, B. (2001). Prevention of deep venous thromboembolism. *CHEST*, 119, 132S-175S.
- Guezo, J. (2003). Total abdominal hysterectomy: development of a patient centred care pathway. *Nursing Standard*, 18(3), 38-42.
- Hilditch, J., Lewis, J., Peter, A., van Maris, B., Ross, A., Fransen, E., Guyatt, G., & Dunn, E. (1996). A menopause quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24, 161-75.
- Hsieh, S., Lan, K., Luk, H., Wang, C., & Jawan, B. (2003). Massive pulmonary embolism presented as sudden cardiac arrest in the immediate postoperative period after laparoscopic hysterectomy. *J Clin Anesth*, 15(7), 545-8.
- Jawor, M., Dimter, A., Marek, K., Dudek, D., Wojtys, A., & Szproch, A. (2001). Anxiety-depressive disorder in women after hysterectomy. Own study. *Psychiatr Pol*, 35(5), 771-80. Revisado el 5 de Agosto, 2004, base de datos ScienceDirect.
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 297-303.
- Kovac, S. (2000). Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. *Obstet & Gynecol*, 95(6), 787-793.
- Kritz-Silverstein, D., Von Muhlen, D., Ganiats, T., & Barrett-Connor, E. (2004). Hysterectomy status, estrogen use and quality of life in older women: the Rancho Bernardo Study. *Quality of Life Research*, 13(1), 55-62.
- Kuppermann, M., Varner, R., Summit, R., Learman, L., Ireland, C., Vittinghoff, E., Stewart, A., Lin, F., Richter, H., Showstack, J., Hulley S., & Washington, A. (2004). Effect of hysterectomy v/s medical treatment on health related quality of life and sexual functioning. *JAMA*, 291(12), 1447-1455.
- Le Cornu, J (1999). The need of counselling of woman who undergo hysterectomy: a femini perspective. *Contemp Nurse*, 8 (2), 46-52.
- Learman, L. (2004). Rate of Major Complications is Higher in Laparoscopic than Abdominal Hysterectomy but quality improves with both procedures. Evidence-Based Healthcare. Artículo en impresión.
- Lindberg, C., & Nolan, L. (2001). Women's decision making regarding hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 30 (6), 607-16.
- Marriner, A., & Raile, M. (2003). *Modelos y Teorías en Enfermería*. (5ª Ed). Madrid, España: Mosby.
- Merryl, R. (2001). Prevalence Corrected Hysterectomy Rates and Probability in Utah. *American Epidemiology*, 11, 127-135.
- Nishikawa, H., Ideishi, M., Nishimura, T., Kawamura, A., Kamochi, H., Tahara, H., Tsuchiya Shirai, K., Okabe, M., & Arakawa, K. (2000). Deep venous thrombosis and pulmonary thromboembolism associated with a huge uterine myoma-a case report. *Angiology*, 5(2), 161, 6.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Ranson, M., & John, KR. (2002). Quality of Hysterectomy Care in Rural Gujarat: The Role of Community-Based Health Insurance. *Reproductive Health Matters*, 10(20), 70-81.
- Reich, H., & Roberts, L. (2003). Laparoscopic hysterectomy in current gynecological practice. *Reviews in Gynaecological Practice*, 3, 32-40.
- Richter, D., McKeown, R., Corwin, S., Rheame, C., & Frase, J. (2000) The role of male partners in women's decision making regarding hysterectomy. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 9(2), S51-S61.
- Rock, J. (2001). Quality of life assessment in gynecologic surgery. *The Journal of Reproductive Medicine*, 46 (5), 515-19.
- Roovers, J.P., van der Bom, J., van der Vaart, C., Fousert, D., & Heintz, P. (2001). Does mode of hysterectomy influence micturition and defecation? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(10), 945-51.
- Roovers, J.P., van der Bom, J., van der Vaart, C., Fousert, D., & Heintz, P. (2003). Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *BJM*, 327(4), 1-5.
- Rorarius, M., Mennander, S., Suominen, P., intala, S., Puura, A., Pirhonen, R., Salmelin, R., Haanpää, M., Kujansuu, E., & Yli-Hankala, A. (2004) Gabapentin for the prevention of postoperative pain after vaginal hysterectomy. *Pain*, 110, 175-181.
- Rowe, M., Kanouse, D., Mittman, B., & Bernstein, S. (1999). Quality of life among women undergoing hysterectomies. *Obstetrics & Gynecology*, 93(6), 915-921.
- Saupe R. (1999). Comedores de números versus contadores de estórias. *Texto & Contexto Enfermagem*, 3, (1), 128-36.
- Schapiro, M., Gilligan, M., McAuliffe, T., & Nattinger, A. (2002). Menopausal therapy decisions: insights from a multi attribute model. *Patient education and counselling*, 52 (1), 89-95.
- Schneider, H. (2002). The quality of life in the postmenopausal woman. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 16(3), 395-409.
- Schorge, J., Goldhaber, S., Duska, L., Goodman, A., & Feldman, S. (1999). Clinically significant venous thromboembolism after gynecologic surgery. *J Reprod Med*, 44(8), 669-673.
- Sculpher, M., Manca, A., Abbott, J., Fountain, J., Mason, S., & Garry, R. (2004). Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomised trial. *BMJ*, 328 (7432), 134.
- Sriven, A., & Tucker, C. (1997). The quality and management of written information presented to women undergoing hysterectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 6 (2), 107-113
- Stanko, C., Severson, M., & Molpus, K. (2001). Deep venous thrombosis associated with large leiomyomata uteri. A case report. *J Reprod Med*, 46(4), 405-7.
- Taylor, S., Romero, A., Kammerer-Doak, D., Qualls, C., & Rogers, R. (2003). Abdominal hysterectomy for enlarged myomatous uterus compared with vaginal hysterectomy with morcellation. *Am J Obstet Gynecol*, 189(6), 1579-82.
- Toglia, M., & Nolan, T. (2003). Morbidity and mortality rates of elective gynecologic surgery in the elderly woman. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189 (6), 1584-87.
- Vuorma, S., Teperi, J., Hurskainen, R., Aalto, A., Rissanen, P., & Kujansuu, E. (2002). Correlates of women's preferences for treatment of heavy menstrual bleeding. *Patient Education and Counseling*, 49(2), 125-132.
- Wade, J., Pletsch, P., Morgan, S., & Menting, S. (2000). Hysterectomy: what do woman need and want to know? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 29 (1), 33-42.
- Williams, R., & Clark, A. (2000). A qualitative study of women's hysterectomy experience. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 9(2), S15-S25.
- Williams, A., Davies, P., Sweetnam, D., Harper, G., Pusey, R., & Lightowler, R. (1996). Knee-length versus thigh-length graduated compression stockings in the prevention of DVP. *British Journal of Surgery*, 83, 1553.

Correspondencia a Báltica Cabieses V. Correo Postal: Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile Correo electrónico: bcabiese@uc.cl