



**Universitat de les
Illes Balears**

FACULTAD ENFERMERÍA-FISIOTERAPIA

Memòria del Treball de Fi de Grau

MANEJO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO TRAS UNA HISTERECTOMÍA

M^aAnabel Lisalde Escobar

Any acadèmic 2015-2019

DNI de l'alumne: 43232223C

Treball tutelat per Rosa Miró

Departament de Enfermeria

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMEN

Introducción: la histerectomía por causas oncológicas pasa desapercibida y desatendida por el equipo sanitario. De esta forma, no pueden resolver las dudas ni ofrecer la suficiente información a las pacientes. La operación conlleva alteraciones en todos los ámbitos: físicos, relaciones sexuales, autoconcepto...

Objetivo: conocer cuál es el manejo, los efectos y la evaluación de una histerectomía en una mujer con un proceso oncológico. Definir métodos de evaluación prequirúrgico y que cantidad de información poseen las pacientes. Evaluar las secuelas prequirúrgicas de forma holística y sus posibles soluciones.

Estrategia de búsqueda: Se realiza una revisión de la literatura en las siguientes bases de datos: PUBMED, LILACS, Biblioteca nacional de salud, EBSCOHost, CINAHL, CUIDEN y Cochrane. Los descriptores empleados son: *hysterectomy, neoplasm, perception* (incluimos: *body imagen, selftconcept*), *sexual health and health care team*.

Discusión: se notifica la importancia de poseer información para una buena preparación prequirúrgica y, a su vez, el silencio que se hace en el ámbito asistencial. Una buena forma de evaluar a las mujeres para obtener una comparativa son los modelos ALARM, Schover o BETTER. Se evidencian las diferentes alteraciones tras la operación (físicas, sexuales, relaciones de pareja), donde el autoconcepto y percepción pasan desapercibidas.

Conclusión: un buen manejo durante todas las fases de la cirugía mediante el conocimiento e información aumenta la calidad de vida de las pacientes. Se necesita más investigación en torno a la histerectomía oncológica y sus repercusiones en el autoconcepto. Es importante formar a las mujeres, a sus parejas y a la sociedad para poder normalizar su estado tras la operación.

ABSTRACT

Introduction: Cancer-causing hysterectomy goes unnoticed and neglected by the health team. In this way, they cannot solve the doubts or provide enough information to the patients. The operation involves alterations in all areas: physicists, sexual relations, self-concept...

Objective: To know the management, effects and evaluation of a hysterectomy in a woman with a oncological process. Define pre-surgical evaluation methods and

how much information patients have. To assess the pre-surgical sequels holistically and their possible solutions.

Search strategy: A review of the literature is carried out in the following databases: PUBMED, LILACS, National Library of Health, EBSCOHost, CINAHL, CARE and Cochrane. The descriptors employed are: hysterectomy, neoplasm, perception (we include: Body image, selftconcept), sexual health and health care team.

Discussion: The importance of possessing information for a good pre-surgical preparation and, in turn, the silence that is made in the Care field is reported. A good way to evaluate women to get a comparison are the models ALARM, Schover or BETTER. It shows the different alterations after the operation (physical, sexual, couple relations), where the self-concept and perception go unnoticed.

Conclusion: good management during all phases of surgery through knowledge and information increases the quality of life of patients. More research is needed around oncological hysterectomy and its impact on self-concept. It is important to educate women, their partners and society in order to normalize their status after the operation.

PALABRAS CLAVE

Histerectomía, neoplasia, percepción, autoconcepto, equipo sanitario

ABREVIATURAS

Cáncer de mama: CM

Cáncer ginecológico (exceptuamos el CM): CG

Laparoscópia: LPS

Laparotomía: LPT

ÍNDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Estrategia y resultados de la búsqueda bibliográfica
4. Discusión
 - a. ¿Cómo llegan las mujeres a la cirugía?
 - b. Estrategias prequirúrgicas
 - c. Secuelas tras la operación
 - i. Secuelas: físicas
 - ii. Secuelas: imagen corporal y autoconcepto
 - iii. Secuelas: relación íntima-pareja
 - d. Estrategias postquirúrgicas
5. Conclusiones
6. Bibliografía
7. Anexos

1. INTRODUCCIÓN

Las mujeres representan el 39% de la población oncológica en España con una mayor prevalencia en cáncer de mama, seguido de neoplasias relacionadas con pulmón, bronquios y cérvix. En 2019, se prevé un aumento de la incidencia superior a los 40 mil casos en relación a afectaciones ginecológicas (1)(2).

El diagnóstico de cáncer representa una amenaza para la vida a pesar del avance de la ciencia en tratamiento radical. No solo perturba la idea de una enfermedad potencialmente mortal, dolorosa y/o de las posibles afectaciones físicas visibles; también el funcionamiento psicosocial, la sexualidad y la fertilidad se encuentran alterados en caso de una neoplasia ginecológica.

Existen programas de detección precoz en relación al cáncer de mama y cáncer de cérvix. Estos se llevan a cabo desde atención primaria en España como podría ser el cribado mediante mamografías entre mujeres de 50-60 años, o citologías trienales (la prueba Papanicolau) para la detección del virus del papiloma humano -principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer de cérvix- en mujeres de entre 25-60 años. Gracias a ellos se produce una detección temprana de afectaciones oncológicas (como el cáncer de cuello de útero); anticipando las cirugías radicales favoreciendo la supervivencia y aumentando la esperanza de vida.

La histerectomía, la extirpación total o parcial del útero, es uno de los tratamientos quirúrgicos radical más estresantes para las pacientes con cáncer ginecológico. Es considerada la segunda intervención quirúrgica ginecológica más frecuente después de la cesárea. Es un procedimiento inmediato y eficaz no exclusivo de enfermedades neoplásicas, también es tratamiento ante patologías como endometriosis, miomas uterinos o sangrados uterinos anormales (3).

Hay diferentes tipos de histerectomía dependiendo de la vía de abordaje: vaginal (extracción del útero a través de la vagina) o abdominal (extirpación del útero a través de una incisión abdominal). A su vez, se hace una subdivisión entre histerectomía subtotal o parcial (donde se extrae el útero completo con conservación intacta del cuello uterino), histerectomía total (se extrae de forma completa el útero -fundus y cuello uterino incluidos-, con conservación ovárica),

histerectomía con ooforectomía u ooforectomía bilateral (extracción del útero completo y la extirpación de uno -en caso de ooforectomía bilateral- o ambos ovarios) y la histerectomía radical (supresión del útero completo, ovarios, trompas y tejido que rodea el útero así como la sujeción a la pelvis. Se complementa ese tipo de histerectomía con la extracción de ganglios de la cavidad abdominal y el epiplón) (4).

Por cada mujer con dicha afectación de CG implica una experiencia vivida de una forma particular, socioculturalmente condicionada. Tras la cirugía, pueden existir sentimientos y percepciones que son comunes en las mujeres que se han sometido a una histerectomía: modificación del cuerpo, sentimientos de mutilación, sensación de vacío y ser menos femeninas. Cada persona se encuentra vinculada en el mundo a través de su propio cuerpo, por lo cual sería imposible desarraigar los sentimientos del mismo.

La histerectomía puede generar una discrepancia entre la imagen corporal que las mujeres tenían antes de la operación y sus ideales entorno a su nueva corporeidad, de esta forma se cuestionan su propia identidad de género (5).

En muchas sociedades, se considera que la mujer ha de poseer ciertas cualidades: capacidad de embarazo y fertilidad, el deseo gestacional y el “ser una buena esposa” (6). Por esta razón, el útero continúa siendo considerado como símbolo de feminidad, maternidad, sexualidad y fertilidad. Muchas pacientes piensan que mujer es sinónimo de una persona capaz de gestar a un niño e implica el tener útero. En las sociedades occidentales el atractivo físico adquiere gran valor, en ellas se imponen cánones de belleza y estereotipos, así como el pensamiento sociocultural de “la mujer ideal”. Tener cicatrices en la zona abdominal a causa de una histerectomía por vía laparoscópica o laparotómica, como una cesárea, puede llegar a disminuir la autoestima.

Algunas mujeres tienen una actitud más positiva frente a la adversidad de la patología y gran capacidad de resiliencia, capaces de aceptar su nueva imagen corporal. Por otro lado, un porcentaje de pacientes experimentan, a partir de la pérdida del órgano, a una nueva corporeidad, con connotaciones negativas (7).

Una alteración importante en la vida de las mujeres tras la histerectomía es la menopausia precoz, y con ello una infertilidad incipiente. La infertilidad se ha

caracterizado como una experiencia solitaria y aislante; donde las mujeres perciben incomprensión y estigmatización potencial, generando sentimientos de tristeza.

La esterilidad provoca la pérdida del deseo gestacional provocando rabia y pena a mujeres sanas con un ideal de maternidad que no podrán cumplir. A día de hoy existen nuevas formas de cumplir el deseo gestacional eliminado en la histerectomía: trasplantes de útero o madres de alquiler. Nuestra sociedad ha podido desvincular la maternidad y el embarazo, ya que no es necesaria la gestación con el hecho de ser madre mediante la gestación subrogada, por ejemplo. Pero el útero es el lugar en el que el feto se desarrolla, se gesta y se nutre. Esta variable es intangible e indiscutible (4). Sin embargo, la infertilidad y la infecundidad es una preocupación secundaria. El miedo más importante tras el diagnóstico es la supervivencia y su recurrencia tras la histerectomía (8).

A nivel físico, la histerectomía puede interrumpir la síntesis y la acción de los esteroides sexuales, neurotransmisores y neuropéptidos que están implicados en el funcionamiento sexual. Inevitablemente, en pro del beneficio de la paciente, durante la histerectomía combinada con ooforectomía se eliminan los ovarios, la fuente de hormonas de estrógenos en el sistema reproductor femenino. Una de las consecuencias más destacadas del hipoestrogenismo es la atrofia a causa de la ablación quirúrgica. Los niveles de estrógenos modulan la densidad nerviosa a través de sus propios receptores, que se hallan en las paredes vaginales. Mediante estos receptores se regula la contracción de las paredes vaginales gracias a los vasos sanguíneos que inervan la zona. Las mujeres sometidas a sustracción de ovarios mediante la operación nombrada anteriormente tienen una menor densidad de nervios parasimpáticos en la pared vaginal.

La prevalencia relativa de la inervación simpática no genera la suficiente relajación del músculo liso del plexo vaginal (considerado en la literatura como una fase "premenopáusica") y provoca falta de lubricación vaginal (9). A consecuencia de la interrupción de la inervación de los órganos genitales provoca una disminución de la sensibilidad en relación al placer provocando sentimientos negativos sobre el sexo (10).

Haber sufrido una histerectomía tiene un gran impacto en la vida de las mujeres incluso en las relaciones con el entorno; un apoyo importante en dichas pacientes suele ser la pareja sentimental. La intimidad sexual muchas veces sirve como un recordatorio de todo lo sufrido hasta ahora, no solo por las marcas físicas visibles (por ejemplo, cicatrices), también por la variación del funcionamiento sexual antes descrito.

La sexualidad es algo más que un acto físico, contiene un significado más profundo, agrupa la feminidad, la autoestima y, sobre todo, las relaciones de pareja. La comunicación de parejas debería ser fomentada por los equipos de salud, pero solo se centran en la afectación física, olvidándose de los efectos secundarios o percepciones de la mujer tras la histerectomía.

Una buena comunicación basada en una relación de confianza para prevenir los trastornos emocionales y disfunciones sexuales postquirúrgicos modificaría la percepción de sí misma que tiene la mujer.

Durante mis prácticas en el servicio de ginecología y oncología comprobé que la esperanza de vida de las mujeres que entraban a causa de una cirugía radical oncológica ha aumentado. Pero a pesar de ello, como ya he comentado anteriormente, no implica calidad de vida.

En el momento de las valoraciones holísticas el patrón de sexualidad en dichas pacientes no era evaluado de ninguna forma ni por parte de medicina ni de enfermería.

Por otro lado, las mujeres mastectomizadas cuentan con un abanico de recursos: tiendas de sujetadores específicos, un seguimiento para el control de complicaciones, tratamiento de los problemas de imagen corporal...; las pacientes tratadas por neoplasias ginecológicas no reciben ese trato. La mama, al contrario que el útero, es un órgano visible; provocando como un propio tabú: si el órgano no se ve, es como si no se hablase de él; no se habla del procedimiento y ni las consecuencias.

La razón principal por la cual se eligió este tema es la invisibilidad y el silencio en relación a una mujer histerectomizada por causas oncológicas en la práctica clínica. No es de interés para este trabajo las alteraciones benignas ya que

suelen reportar aspectos positivos postquirúrgicos e interesa más saber la realidad de las mujeres con CG, remarcando el agravante “cáncer”.

Ni el cuerpo, ni el órgano o la enfermedad es tratada de forma holística, generando un vacío cultural e histórico; un silencio que también se reproduce en el propio sistema sanitario.

2. OBJETIVOS

Conocer cuál es el manejo, los efectos y la evaluación de una histerectomía en una mujer con un proceso oncológico.

Los objetivos específicos son:

1. Conocer que información poseen las pacientes en el momento de la cirugía.
2. Definir métodos de evaluación sexual prequirúrgico
3. Identificar las secuelas que se producen en las mujeres tras la histerectomía.
4. Describir los recursos y las estrategias que indica la literatura con los que cuenta el equipo sanitario que atiende a estas mujeres.

3. ESTRATEGIA Y RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realizó la estrategia de búsqueda en las siguientes bases de datos: PUBMED, LILACS, Biblioteca Nacional de Salud (BNS), CUIDEN y EBSCOhost.

Inicialmente la búsqueda se iba a centrar en la vulvectomía, pero tras hacer una breve búsqueda sobre la prevalencia se objetivó que es de carácter radical y su incidencia es menor. Por ello, incidimos en la histerectomía de tipo oncológico para trabajar con el añadido de enfermedad neoplásica. Obviamos la histerectomía por razones benignas ya que produce cambios positivos ya que se elimina el motivo de dolor o sangrado, como una endometriosis.

La pregunta inicial se ha visto modificada a lo largo de la búsqueda bibliográfica teniendo en cuenta la literatura hallada: incluyendo nuevos descriptores,

combinaciones no contempladas en el inicio y la reevaluación de la cuestión. El objetivo de estas modificaciones son enriquecer la documentación de este y poder dar una visión más holística; generando la pregunta que encabeza este trabajo: ¿cuál es el manejo, los efectos y la evaluación tras una histerectomía?

Los descriptores DECS para nuestra pregunta son: hysterectomy, neoplasm/cancer, perception/self concept y health team care. Variamos el descriptor DECS “perception” por otros relacionados también con la percepción corporal, así como las repercusiones sexuales; de esta forma se incluyen dos nuevos descriptores: “body imagen” y “sexual function, sexual health or sexual disfunction”.

La combinación de descriptores DECS es la siguiente:

- (Hysterectomy) and (perception)
- (Hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (perception)
- (Hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (self concept)
- (Hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (body imagen)
- (Hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (sexual function or sexual function)
- (Hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (sexual health)
- (Hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (health care team)

Se realiza este esquema durante la búsqueda en las bases de datos. Se detalla de forma específica en cada base de datos que combinación ha dado resultados positivos y de provecho en la búsqueda.

Se debe de tener en cuenta que no toda la información es extraída de estas bases de datos. Antes de proceder por las distintas fuentes de evidencia científica, en primera instancia se inicia una pequeña pero útil búsqueda en páginas más generalistas: Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), American Cancer Society, Canada Cancer Society; para obtener información de tratamientos y epidemiología sobre el cáncer ginecológico. También páginas como la OMS, Instituto Nacional de Estadística (INE), Sociedad Española

Oncológica Médica (SEOM); en ellas se nos informa sobre la tasa de mortalidad del cáncer ginecológico, epidemiología...

Inicialmente no se aplica ningún filtro en relación a los años de publicación, salvo que la búsqueda nos diera un gran resultado (en estos casos se especifica si se ha usado o no). Así mismo, tampoco se usan filtros en relación al idioma o la disponibilidad del artículo en la base de datos. La estrategia de búsqueda en las bases de datos se efectúa mediante una preselección de artículos primero con una lectura rápida del título y, si es relevante para la pregunta, a continuación, el resumen.

- Búsqueda en LILACS: 9 posibles resultados

Mediante la combinación de descriptores DECS (hysterectomy) and (perception) se obtienen cinco resultados de los cuáles se preseleccionan dos. Al existir tan pocos resultados se decide eliminar el descriptor DECS "perception" en la búsqueda utilizando únicamente el descriptor DECS hsyterectomy. Con ello se obtiene un resultado de 203 textos, de los cuales se preseleccionan siete estudios.

Cabe destacar que la mayoría de los artículos en esta búsqueda tratan diferentes tipos de cirugía a nivel comparativa, la resolución de la enfermedad tras la operación a nivel físico o las complicaciones que genera una histerectomía; una gran mayoría enfocados a tratamiento benigno.

- Búsqueda en PUBMED: 20 artículos preseleccionados

Se realiza la búsqueda con los siguientes descriptores DECS: (hysterectomy) and (perception) con 218 resultados. Se decide restringir la búsqueda con un filtro de 10 años de publicación con 97 posibles artículos de los cuáles se eligen tres. Se realiza una nueva búsqueda con (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (perception) con 61 resultados y se escogen tres artículos.

Se decide realizar una nueva búsqueda en PUBMED más general: (hysterectomy) and (cancero or neoplasm) con 21857 artículos, se restringe hasta 5 años anteriores de publicación con 3968 artículos. Por esta razón, se

busca especificar el tipo de cáncer con cáncer uterino ya que en España es uno de los más prevalentes en mujeres (2). Por lo cual, se añade una nueva combinación que exclusivamente es usada en PUBMED: (hysterectomy) and (uterine neoplasm) con 15653 resultados. Se modifica la combinación de descriptores DECS añadiendo un nuevo descriptor para especificar la búsqueda: (hysterectomy) and (uterine neoplasm) and (sexual disfunctions o sexual functions) con 0 artículos. Ya que esta última búsqueda no ha dado resultado, se decide modificar el último booleano con esta nueva combinación de descriptores DECS (hysterectomy) and (uterine neoplasm) and (sexual disfunctions), se obtienen 31 artículos de los cuáles se añaden cuatro artículos a la preselección. Sorprende que en esta lectura la mayoría de los artículos sean asiáticos, no se han encontrado estudios de origen estadounidense o europeos. Durante la búsqueda (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (health care team) se obtienen 40 artículos, solo un artículo de interés para nuestro trabajo. Una última búsqueda en PUBMED combinando (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (sexual health) proporciona 115 artículos, de los cuales se eligen en un primer momento nueve artículos.

- Búsqueda en CUIDEN: 2 artículos

Se realiza la búsqueda regida por las combinaciones de descriptores DECS descritas, pero con resultados poco gratificantes. De ese modo, se realiza una búsqueda más general utilizando únicamente el descriptor DECS (hysterectomy). En esta búsqueda solo existen 33 artículos, de los cuáles solo se seleccionan dos de ellos para leer más adelante.

- Biblioteca Nacional de Salud: 2 artículo

Se repite el mismo proceso de búsqueda sin resultados satisfactorios. Cabe destacar que en la búsqueda de la siguiente combinación (hysterectomy) and (cancer or neoplasm) and (perception) con 42 resultados se obtiene un artículo para incluir en la preselección.

Mediante la combinación (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (health care team) se obtienen 21 artículos, solo se reserva uno de la fuente de Medline en la preselección.

Hay que destacar que se engloba en este apartado las siguientes bases de datos y metabuscadores: Medline, IBECs, ScieloEspaña, Red Scielo. Además, la mayoría de los artículos en estas bases iban enfocados a tratar enfermedades ginecológicas benignas.

En este momento de la búsqueda empieza a existir una saturación de artículos.

- EBSCOhost: 17 artículos preseleccionados

En este metabuscador se incluyen las dos siguientes bases: CINAHL full text y PsycINFO. Se repite la misma estrategia de búsqueda: con la combinación (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (perception) se obtienen 29 artículos, de los cuales se reserva uno. Una segunda combinación con resultados es la siguiente (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (self concept) con 15 resultados, y se preselecciona un artículo para poder utilizar más adelante.

En la búsqueda (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (sexual health) se hallan 13 artículos, solo tres sirven para contestar a la pregunta inicial. Una segunda combinación de booleanos con resultados positivos ha sido: (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (sexual function or sexual dysfunction) con 79 resultados, se decide acortar la búsqueda con artículos posteriores al año 2000 con 59 resultados de los cuales solo uno es apto para nuestro trabajo.

Se utiliza la combinación (hysterectomy) and (neoplasm or cancer) and (health care team) con 285 resultados en la base CINAHL full text. Se incluye como filtro artículos posteriores a 2010 con 172 artículos, de los cuales 11 son de interés.

- Cochrane: no hallamos nada nuevo que aportar a nuestro trabajo.

Esta es la última base de datos que se usa para la búsqueda a la pregunta. Un dato relevante es la saturación de la información, en este punto muchos de los

artículos seleccionados con anterioridad salen como preseleccionados en otras bases de datos.

Se finaliza la búsqueda con 50 artículos y se inicia una lectura crítica en la que se descartan todos aquellos artículos en los cuales se hable de la histerectomía en afectaciones benignas, ya que los resultados suelen ser favorecedores en comparación a causas oncológicas y se generaría un sesgo. A su vez, se ignoran todos aquellos artículos que no aporten información nueva.

La mayoría de los artículos seleccionados tratan las disfunciones sexuales producidas a raíz de la cirugía de forma cuantitativa mediante diferentes tipos de escalas como el índice de función sexual. Cabe destacar que, en estos artículos, también se abordaban el autoconcepto y la autoestima, pero de forma cuantitativa mediante escalas, como ya se ha señalado.

Alrededor del 30% de los estudios citados que abordan autoconcepto y percepción se realizan mediante entrevistas a mujeres tras la operación y de forma tardía, también se autoevalúan mediante entrevistas las disfunciones y percepciones que ellas tienen tras la cirugía.

Exceptuando dos artículos que de forma específica tratan la información y cómo influye esta en la calidad de vida postquirúrgica de las mujeres; ningún artículo nombra que información han recibido en su proceso de enfermedad. Solo un artículo señala la necesidad de información por parte de las pacientes.

Al finalizar la primera lectura crítica, se revisan de nuevo los artículos y se realiza un resumen del número de artículos preseleccionados y seleccionados clasificados según las bases de datos en la cual se obtuvo. En la tabla anexo 1 se clasifican los resultados según la base de datos en preseleccionado y el número seleccionado de estudios.

Por último, se valora el nivel de evidencia mediante la herramienta de lectura crítica CASPe y se atribuye el nivel de evidencia en cada artículo, incluidos en el anexo 2.

4. DISCUSIÓN

La discusión se ha dividido en diferentes ítems para poder abordar el proceso de la histerectomía de una forma global: desde la información prequirúrgica y la situación basal sexual hasta las recomendaciones para gozar de una buena salud sexual. Se tienen en cuenta las afectaciones sufridas a causa de dicha cirugía en el campo físico, autoconcepto o imagen corporal y las relaciones de pareja, teniendo en cuenta la situación sexual.

4.1 ¿CÓMO LLEGAN LAS MUJERES A LA CIRUGÍA?

La experiencia vivida frente a una cirugía como la histerectomía es dinámica, multidimensional y, puede contener, elementos positivos o negativos dependiendo de su situación prequirúrgica. Por esta razón es importante la educación que se da a las pacientes sobre su salud sexual, para así poder satisfacer las necesidades que tenga la mujer y contribuir a generar percepciones positivas.

Por ello es conveniente tratar la futura experiencia biopsicosocial y los sentimientos que pueden surgir tras la operación. Se debe tener en cuenta que las mujeres se encuentran en un periodo estresante y angustioso a causa de la histerectomía por lo que pueden ser incapaces de asimilar la información (11).

El conocimiento es considerado un componente vital dirigido al tratamiento y a la rehabilitación de las pacientes, es visto como un método fundamental para poder proteger la sexualidad tras una histerectomía. El poseer información realista es considerada uno de los ítems más positivos: reduce el temor y la angustia frente a una situación de incertidumbre, aumenta el propio conocimiento y disminuye el impacto en la calidad de vida (12).

A pesar de ello, la evidencia demuestra que las mujeres no llegan con todos los datos que consideran necesarios a la cirugía, generando sentimientos de angustia e ira. El equipo sanitario rara vez inicia las discusiones con las pacientes histerectomizadas para tratar afectaciones sexuales. Es un tema que no suele surgir por parte de las mujeres, de esta forma el personal sanitario cree

que el paciente se ha adaptado a la nueva función sexual o que no tiene preocupaciones (13).

Según Stead et al, un 70% del profesional sanitario considera que al menos un 75% de mujeres experimentará problemas sexuales de una duración indeterminada tras la histerectomía. Casi el 98% de equipo sanitario siente que los pacientes deberían estar informados del daño o recurrencia en referencia a la actividad sexual, posiciones durante las relaciones sexuales, uso de lubricantes.... Ese mismo 98% considera importante discutir y abordar los problemas de enfoque sexual pero solo un 21% lo hace (13).

Más de un 70% de los profesionales coinciden en que deben esperar a que las mujeres inicien la conversación para resolver las dudas generadas por la histerectomía y futura actividad sexual. Entre las razones por las cuales el equipo sanitario no aborda estos temas son vergüenza, mujeres de edad avanzada, a la espera de que la conversación la inicie la paciente, tabú... Destacar que dos de 16 médicos consideran que tratar afectaciones sexuales postquirúrgicas no son una entidad médica que tratar y que el rol de consejo pertenece a enfermería exclusivamente (13).

Por parte de las pacientes, se evidencia una falta de conocimiento y una necesidad de favorecer procesos comunicativos. El hecho de recibir una información realista sobre el proceso y el tratamiento genera una mayor implicación por parte del paciente en la toma de decisiones, resultando positivo como indica Stead et al:

“Mi médico y mi enfermera me explicaron todo el proceso y respondieron a cualquier pregunta que tuviera. Entré en el hospital con una buena actitud y me llevó tener una recuperación más rápida” (13)

Se observó, que poseer unos buenos conocimientos sobre el proceso aumentará la satisfacción de la paciente, con un aumento de calidad de vida tras la cirugía. Las mujeres perciben muchos beneficios en la recepción del conocimiento, consideran que pueden prepararse de una forma más adecuada para las futuras consecuencias y que información les genera tranquilidad y garantía (13).

A pesar de ello, un alto porcentaje de los estudios aquí citados, no tratan de averiguar qué información tienen las pacientes.

Como se ha comentado anteriormente, la histerectomía es una operación estresante por lo cual no siempre se asimila la información. Las mujeres destacan la importancia de la información escrita y afirman que es el formato electo.

“En el momento del diagnóstico, mi cabeza da vueltas y creo que cualquier información probablemente sea demasiado para retener” (12)

En base a la formación y educación, no solo se debe enfocarla educación hacia las mujeres con una relación estable para motivar la comunicación en pareja; también se ha de informar a mujeres sin una relación sentimental sobre su nueva sexualidad.

Se ha de tener en cuenta que la idea de la sexualidad es un componente socialmente construido: un estudio realizado en Croacia más del 50% de las mujeres tras la operación no tenían dudas para consultar respecto a su vida sexual; sucedió parecido en Tailandia donde el 53% de mujeres no tenía dudas o pregunta mientras el 47% si tenía dudas, la gran mayoría eran recurrencia de la enfermedad y salud sexual; un artículo en Turquía resalta no solo la idea de la información solo a mujeres, sino también a su pareja como componente del vínculo; un estudio realizado en Irlanda señala la influencia religiosa como un problema a la hora de poder abordar asuntos sexuales....

4.2 ESTRATEGIAS PREQUIRÚRGICAS

Dar información antes de la cirugía sobre todos los posibles efectos secundarios para no crear alarma ante la futura sintomatología, sistemas y tratamientos de apoyo, permite conseguir una disminución de la ansiedad prequirúrgica (11).

Comprobar la situación basal de las pacientes antes de la operación es un ítem relevante para poder realizar una comparativa prequirúrgica y evaluar, mediante comparativas, los cambios que se han producido. La evaluación y valoración se

puede llevar a cabo mediante diferentes escalas, se presentan las tres escalas más destacadas en referencia a cambios en la sexualidad en el anexo 3:

- Modelo ALARM: valora cada etapa de la actividad sexual junto con el historial médico, el estado de salud sexual antes de la cirugía; obteniendo una comparativa (14).
- Método Schover: evalúa la condición sexual pasada y actual. Identifica conocimientos sexuales, deseos y metas (14).
- Método BETTER: tiene en cuenta los efectos del cáncer y su tratamiento en la sexualidad y en la intimidad. Es útil y práctico para poder iniciar discusiones sobre los problemas sexuales de los pacientes (10).

Tras la cirugía se pueden reevaluar de nuevo la sexualidad de las pacientes para poder apreciar el cambio y la evolución de las mujeres.

Mediante la evaluación se buscan los puntos débiles en las actitudes de las mujeres para reforzarlos mediante educación, generando una opinión positiva de ella mismas. Las mujeres con opiniones negativas pueden experimentar un peor funcionamiento sexual y menor capacidad de respuesta a comparación con aquellas mujeres con opiniones positivas (15).

4.3 SECUELAS TRAS LA OPERACIÓN

4.3.1. SECUELAS FÍSICAS

La histerectomía en situaciones oncológicas puede dar un giro de 180° a la sexualidad de las mujeres. Para evaluar la nueva situación sexual se utiliza la escala Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI), de esta forma podemos obtener una comparativa con los resultados prequirúrgicos. La escala se encuentra desarrollada en el anexo número 4 con los ítems a cumplimentar. La sexualidad se encuentra alterada de forma comparativa en la mayoría de los estudios (8,9,10,12,15,16,17,18,19,20,21) a causa de la cirugía: disfunción sexual, dispareunia, disminución del deseo sexual, sequedad vaginal, anorgasmia, sudores nocturnos, acortamiento y distrofia vaginal.

Dependiendo del tipo de cirugía existen alteraciones diferentes: la histerectomía radical se asocia a una disminución del flujo sanguíneo alterado durante la excitación sexual en relación a la extirpación uterina (22). Un estudio comparativo entre histerectomía LPS y LPT demostró que la vía de abordaje sí influía. A pesar de que las repercusiones para ambas vías eran parecidas, por vía LPT se notificó una mejor función en referencia a la excitación, lubricación y orgasmo (18). La histerectomía total con salpingooforectomía puede generar una menopausia precoz con toda la sintomatología que eso conlleva: trastornos del deseo y la excitación, sofocos, sequedad vaginal, aumento de peso, dispareunia, depresión y pérdida del control de la vejiga (8).

La sintomatología puede durar hasta 2 años tras la cirugía: las pacientes expresan sentimientos de depresión, dolor, sintomatología menopáusica. En supervivientes de largo plazo, tras 5 años después de la cirugía continúan evitando el sexo a causa de los problemas sexuales. Una cohorte con un seguimiento de 12 años notificó falta de interés y ansiedad por el rendimiento sexual. Existe controversia en relación al trastorno orgásmico a largo plazo, sin llegar a un consenso claro acerca de si se mantiene o no (9,23).

Existe una dicotomía en relación a la sensación de mutilación. En un estudio, el 52% de mujeres notaban su cuerpo cambiado y diferente, pero no mutilado (24); mientras que en otros estudios la sensación de mutilación difiere (7). Las pacientes expresaron que notaban su cuerpo extraño y marcado, completamente alterado. En este caso, el concepto se dividió en la extracción del órgano en sí y del impacto que genera, dando lugar a dos significados diferentes: mutilación física y mutilación social. Se determinó que la mutilación era un concepto relativo y cambiante, acorde con la comprensión e impacto de la cirugía de la propia mujer. (7)

“Sí, es un pedazo de nosotras ¿verdad? Nacemos con todos nuestros órganos ¿verdad? Es una pieza” (7)

Es decir, en relación a percepción, a las mujeres occidentales les afectan más las “marcas y huellas” mientras que en países orientales preocupa, en mayor medida, el deseo gestacional y “el vacío” que genera la falta de útero.

4.3.2 SECUELAS EN LA IMAGEN CORPORAL Y AUTONCEPTO

Los sentimientos de sexualidad y feminidad se relacionan con la imagen corporal, estos se ven alterados tras la histerectomía, dando paso a la infertilidad y a la propia pérdida de identidad. Las mujeres sufren alteraciones en su imagen corporal tras el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico oncológico acompañado de sentimientos de temor, tristeza, depresión, vergüenza, soledad; entre otros (3,5,6,7,12,15,17,19).

La pérdida de identidad, con frecuencia, va asociada a una autoestima negativa relacionada a unos síntomas depresivos repercutiendo al bienestar mental-emocional. La imagen corporal y la autoestima se ve disminuida en las pacientes, respecto a mujeres sanas; repercutiendo negativamente a su vez en las relaciones de pareja (5,25). En un artículo donde se evalúa la autoconcepción de las mujeres histerectomizadas se obtuvo, como valor a destacar, que la autoidentidad se mantenía intacta (3).

Tras la operación, muchas mujeres se comparan y se autoevalúan para realizar las mismas funciones que antes de la operación. En el estudio de Silva et al, se muestra como surgen connotaciones negativas lo largo de su discurso en las entrevistas realizadas a las mujeres. Ellas devalúan su propio cuerpo, refiriéndose a si mismas como anormales, incompletas y deconstruidas. Estas percepciones les conducen a un rechazo, sintiéndose excluidas, inferiores y/o desfiguradas (7).

La edad se ha determinado como un factor a tener en cuenta ya que juega un papel muy importante respecto a la imagen corporal. Las mujeres histerectomizadas más jóvenes sufren mayor morbilidad psicológica y una peor calidad de vida (5,17,25); solo un estudio reportó lo contrario respecto a la edad (21). Las mujeres más jóvenes tienen que afrontar unos cambios anómalos en su cuerpo que no corresponden a su franja de edad como podría ser la menopausia precoz, la infertilidad y disfunciones sexuales.

Una de las afectaciones que más perduran es la noticia de no poder dar a luz y la infertilidad. Este problema es el que más notifican las mujeres jóvenes las cuáles la mayoría no ha cumplido aún su deseo gestacional.

A pesar de existir ese pensamiento, más del 70% de mujeres en un estudio consideró que no variaría el sentido de su vida versus cerca de un 40% que creen que su vida no tiene sentido sin un hijo. Provocando en más de un tercio de las participantes sensaciones amargas y de inseguridad a raíz de su dificultad para gestar (8).

“Ni siquiera he podido tener un hijo, y tengo una cicatriz de cesárea” (7)

4.3.3. SECUELAS EN LA RELACIÓN ÍNTIMA-PAREJA

La sexualidad abarca mucho más que la capacidad de poder tener relaciones sexuales, también las relaciones con la pareja, el sentirse atractivas y bien consigo mismas. La intimidad es un componente fundamental de las propias relaciones que incluye comunicación, sentimientos y acciones íntimas. La necesidad de intimar no se limita solo a mantener relaciones sexuales, también besos, abrazos y caricias. La pareja es de gran importancia para conseguir una buena evolución y una mejora de la calidad de vida de las mujeres.

Según un estudio, todas las pacientes sentían inseguridad o cambios en los sentimientos de sus parejas en referencia a ellas: en gran medida afirman miedo al dolor durante la penetración; por ende, la calidad de vida de las mujeres disminuyó significativamente (6). De ahí la importancia en hacer hincapié en la inclusión conjunta a la pareja sentimental, de esta forma ambas partes reciben apoyo emocional y educación.

La mayoría de las mujeres están satisfechas respecto a su vida sexual antes de la histerectomía, este porcentaje se redujo en gran medida tras el tratamiento con cifras de satisfacción. A pesar de ello, un porcentaje ínfimo afirma que no sería capaz de tener relaciones sexuales (6,10,12,21).

Mencionar que la mayoría de las mujeres con una vida sexualmente activa no detuvieron sus relaciones durante la patología oncológica (9). La mayoría de las mujeres no observó que la conducta de sus parejas se volviera negativa tras la cirugía. Un 27,56% no discutió su vida sexual con su pareja después del tratamiento. Tratar la vida sexual de la pareja antes y después del tratamiento quirúrgico demostró que se obtenían resultados satisfactorios (24).

La falta de comunicación y la intimidad dentro de la pareja puede conducir a un aumento de la fatiga en las mujeres y disminución de la satisfacción de las relaciones diádicas; incluyendo la carga del diagnóstico de cáncer. Debido a la infertilidad y considerarse “una mujer vacía” en muchas culturas las mujeres tienen miedo de que sus parejas se divorcien por ello (6).

Un estudio realizado en Irlanda con resultados similares en relación a grado de satisfacción anotó como nota positiva la relación sentimental, en la cuál la comunicación se mantuvo sin grandes cambios. Es un dato importante ya que en la mayoría de la literatura vemos grandes dificultades y fracasos para la comunicación de sentimientos (17).

Por ello, comunicar sentimientos dentro de las relaciones de parejas ha sido catalogado por las mujeres como el aspecto más difícil de abordar. Ellas prefieren que el tema sea abordado de forma conjunta con su pareja por un profesional sanitario, ya que consideran que ayudaría a la comunicación marital (13).

Destacar que en la evidencia no se aborda a todas las mujeres, las mujeres sin una relación estable no podían continuar con las entrevistas, los cuestionarios... Provocando que las personas solteras no recibieran cierta información por el hecho no estar en una relación (12,17).

4.4 ESTRATEGIAS POSTQUIRÚRGICAS

El equipo enfermero es clave para una recuperación óptima del paciente. La manera en la cual se educa tiene un gran peso en las acciones de las pacientes, dar la información objetiva y poder ir aumentando los temas sensibles. Por ello, es relevante capacitar a los profesionales para la atención a las mujeres histerectomizadas en el área sexual.

La supervivencia y la esperanza de vida en las mujeres histerectomizadas han aumentado, por ello se considera una prioridad la existencia de métodos para poder satisfacer las necesidades de las pacientes tanto emocionales como físicas. Existen diferentes modelos integrales de educación para poder abordar

los problemas sexuales y poder dar soluciones como sería el modelo PLISSIT desarrollado en el anexo 5 (22).

Proporcionar a las pacientes un buen asesoramiento reproductivo, eliminando ideas preconcebidas sobre su futura sexualidad, derribando mitos y volver a su vida cotidiana.

Las mujeres histerectomizadas pueden disfrutar sexualmente y de su propia sexualidad sin ningún tipo de limitaciones. A pesar de ello, si que pueden necesitar alguna pauta durante la penetración debido a la cirugía.

Se puede educar e informar de diversos aspectos (16,26):

- Recomendar un tiempo adicional y extra a caricias, juegos sexuales y otras formas de estimulación previa, que permitan y aseguren una extensión suficiente de la vagina.

Con ello, se busca una buena lubricación de la vagina para su movilidad y su extensión.

Si no se consigue, recomendar lubricantes neutrales, o de sabores/sensaciones para animar los juegos sexuales. En caso de utilizar un lubricante vaginal, escoger un gel con base de agua sin aditivos ya que estos químicos podrían resultar irritantes en los tejidos delicados de la región genital.

- En caso de anorgasmia, se recomienda: generar fantasías en el entorno sexual, usar vibradores de mano, cambiar de posición durante el acto sexual, contraer y relajar los muslos de manera rítmica; y expresar sus propios deseos guiando a su pareja en sus zonas erógenas.
- En caso de sentir dolor, utilizar la postura más cómoda o aquella donde tenga más movimiento libre.
- Realizar ejercicios de Kegel para relajar la musculatura vaginal.
- En caso de vaginismo, hacer uso de dilatadores vaginales.
- Si se produce acortamiento de la vagina y se presenta poca profundidad se puede generar un aumento de dicha sensación aplicando gel lubricante en los labios genitales exteriores y en la parte superior de sus muslos; también puede ejercer presión con los muslos o cubrir con sus manos la base del pene de su pareja.

- Es posible el uso de anillos vibradores en la base del pene para disminuir la profundidad de la penetración.
- En caso de sufrir premenopausia precoz se puede considerar el uso de la terapia de reemplazamiento hormonal para eliminar sofocos y sequedad vaginal.

Existen diversas formas para dar la información como panfletos, libros (por ejemplo, *Sexuality and Cancer*), clases prequirúrgicas en las cuáles tratar dudas, grupos de apoyo con pacientes proactivos, entre otros. (12) Otros formatos de formación más actuales serían CancerBACUP, CancerLink y Ovacome.(13)

Como ya hemos dicho anteriormente, otras de las causas que más preocupación genera es la infertilidad. Las posibles soluciones al deseo gestacional es la adopción o la gestación subrogada (en caso de preservación ovárica se podría fecundar a la madre de alquiler para tener un hijo biológicamente).

Se debe tener en cuenta que estas posibilidades rápidamente se descartan. El proceso de adopción es costoso y requiere de años de espera, pasando por diferentes listas y entrevistas. Por otro lado, la gestación subrogada es un proceso de alto coste económico e ilegal en nuestro país, lo que requiere de la movilidad de los padres a otros países.

5. CONCLUSIONES

El conocimiento prequirúrgico es fundamental para la preparación de las mujeres ante la cirugía. Una evaluación de la situación sexual basal de las pacientes oncológicas contribuye a saber qué aspectos son más importante de tratar y sería una forma de poder iniciar una conversación sobre sexualidad cuando existen sentimiento de vergüenza.

Se debe proporcionar a las mujeres información precisa y realista tanto oral como escrita, de esta forma la paciente puede conocer todas las opciones de procedimientos y tratamiento fomentando la toma de decisiones. Así mismo, comentar algunos posibles efectos secundarios para no crear alarma ante diferente sintomatología.

El poseer información y poderla comentar con el equipo sanitario genera efectos positivos en salud de la mujer disminuyendo el impacto en la calidad de vida que le puede provocar las afectaciones físicas. Así mismo, se disminuye la ansiedad prequirúrgica ya que las mujeres serán conocedoras de su situación física tras salir de quirófano.

Acompañado en todo momento de la educación sobre cómo será su nueva sexualidad; dando unas pautas en relación a las relaciones sexuales vaginales mientras el resto de las prácticas sexuales se pueden llevar a cabo sin problema. Desmitificando mitos en relación a la extirpación uterina o a causa de su infertilidad.

Las alteraciones físicas están presentes y evidencias a lo largo de la literatura en la vida de las mujeres, todo lo contrario, en relación a la imagen corporal. Muy pocos estudios tratan la percepción que tiene la mujer tras pasar el proceso quirúrgico. La mayoría de los estudios que tratan el autoconcepto son en países socioculturalmente diferentes: países asiáticos donde la cultura patriarcal pesa en relación a la fertilidad y la idea de feminidad. Ese motivo puede ser un posible sesgo ya que no hay un estudio que evidencie cómo se siente las mujeres occidentales. Se destaca un vacío en los países occidentales o americanos, en los cuáles no tratan el autoconcepto ni en la literatura. Es un añadido más al propio tabú de hablar sobre temas sexuales y de cómo nos sentimos, por eso no existe un buen abordaje.

De ahí la importancia de realizar un trabajo holístico y multidisciplinar, de esta forma abarcar todas las dimensiones de las mujeres, así como sus preocupaciones. Por ello, es conveniente una evaluación prequirúrgica para poder abordar las dudas y preocupaciones de las pacientes.

Acompañado en todo momento de la educación sobre cómo será su nueva sexualidad; dando unas pautas en relación a las relaciones sexuales vaginales mientras el resto de las prácticas sexuales se pueden llevar a cabo sin problema. Desmitificando mitos en relación a la extirpación uterina o a causa de su infertilidad.

Si la paciente se encuentra en una relación sentimental se ha de priorizar a dar la información en pareja. Se ha mostrado efectos positivos en la comunicación en las relaciones sentimentales, dar formación sobre las diferentes técnicas y dispositivos: lubricantes, conos para el vaginismo... Transmitirles seguridad y confianza, de esa forma podemos conseguir una comunicación sólida en la cuál se puede hablar de miedos e inquietudes.

Todavía queda mucho que estudiar en relación a las afectaciones oncológicas, ya que la gran mayoría de literatura se enfoca en alteraciones benignas dando resultados positivos a la histerectomía cuando es diferente en casos neoplásicos. En la misma literatura se evidencia el silencio en relación a esta cirugía y sus repercusiones, así como en las propias plantas ginecológicas donde no existen protocolos de abordaje o de acogida para estas pacientes.

No solo en lo campo de investigación, también se debe trabajar a nivel social para poder educar y poder normalizar la situación de estas mujeres. Uno de los ítems que más angustia genera es la infertilidad, desde la educación a la sociedad se debe fomentar y llegar a normalizar “el no poder ser madre” o “el sentirse triste” delante de esta nueva situación.

Por lo cual, uno de los mayores retos para los profesionales sanitarios es educar a la población para llegar a desvincular el útero de maternidad, sexualidad y feminidad.

6. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Fallecidos por cáncer en España. Día Mundial del Cáncer - 4 de Febrero [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 30]. Available from: https://www.ine.es/infografias/infografia_fallecidos_cancer.pdf
2. Sociedad Española de Oncología médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 29]. Available from: www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-epidemiologia-am-
3. Huerta-Franco M-R. EL AUTOCONCEPTO DE MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA. 2010 [cited 2019 Mar 3];29(1):23–7. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91213729005>
4. Solbrække KN. Absent organs—Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women’s accounts of hysterectomy. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2015 Jan 30 [cited 2019 Mar 16];10(1):26720. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v10.26720>
5. Gómez-Campelo P, Bragado-Álvarez C, Hernández-Lloreda MJ. Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery. *Psychooncology* [Internet]. 2014 Apr [cited 2019 Mar 8];23(4):459–66. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.3439>
6. SRIA N, ENGIN R, INGEC M, BAG B. A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2008 Sep [cited 2019 Mar 6];18(5):921–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18081790>
7. Silva C de MC e, Vargens OM da C. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 19];24(0):1–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100403&lng=en&tlng=en
8. Carter J, Rowland K, Chi D, Brown C, Abu-Rustum N, Castiel M, et al. Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2005 Apr [cited 2019 Mar 11];97(1):90–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090825804010194>
9. Vrzackova P, Weiss P, Cibula D. Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* [Internet]. 2010 Jul 10 [cited 2019 Feb 23];10(7):1037–42. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/era.10.89>
10. Alves L, Lara S, Moreira De Andrade J, Consolo D, Peterson A, Romão MS. Women’s Poorer Satisfaction With Their Sex Lives Following Gynecologic Cancer Treatment. *Clin J Oncol Nurs* • [Internet]. 2004 [cited 2019 Mar 20];16(3):273–2. Available from:

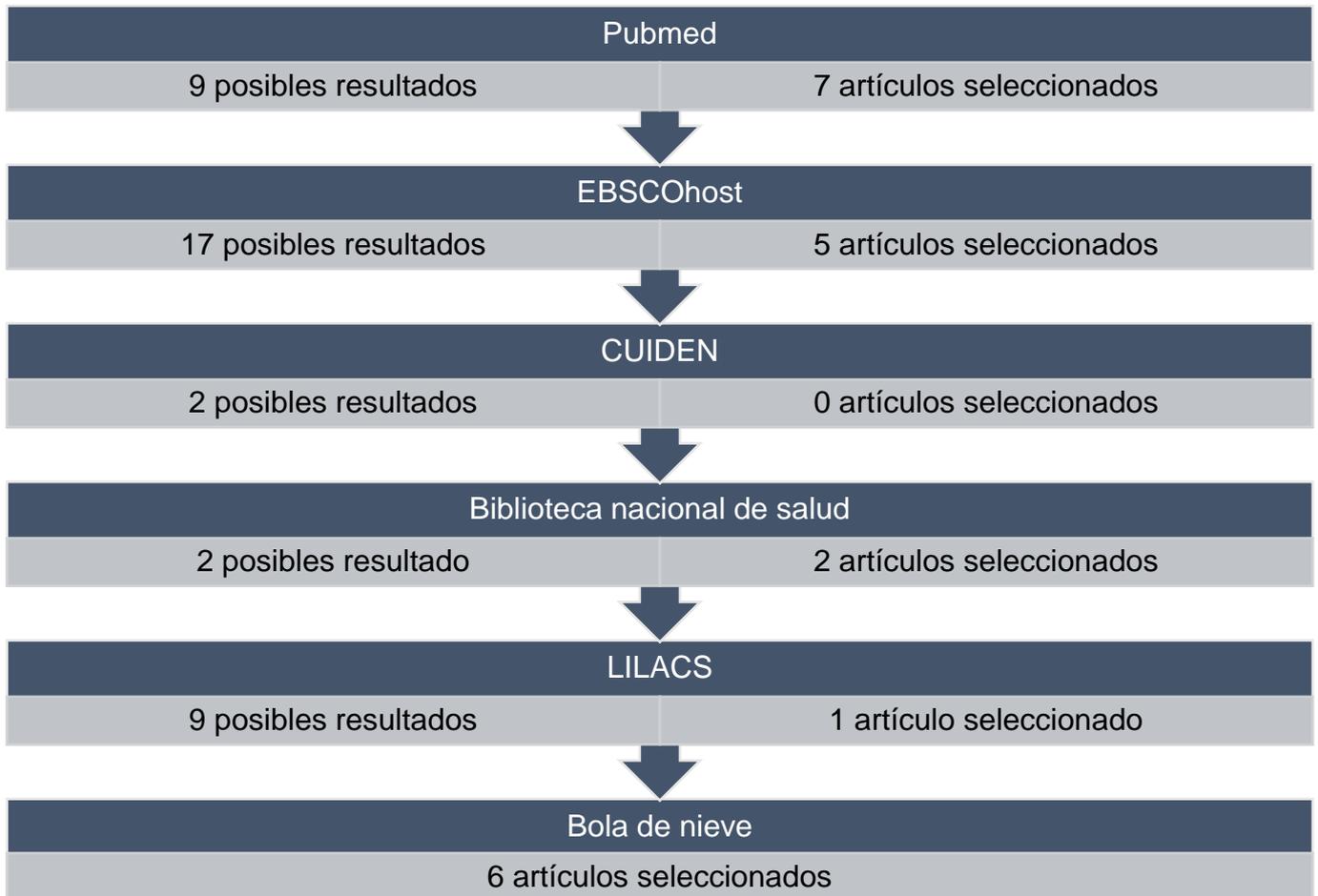
<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?EbscoContent=dGJyMN Xb4kSeqK44y9fwOLCmr1GeprNSs624SLSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr0u0qLdOuePfgex9Yvf5ucA&T=P&P=AN&S=R&D=c8h&K=104452475>

11. Wade J, Pletsch PK, Morgan SW, Menting SA. Hysterectomy: What Do Women Need and Want to Know? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2000 Jan 1 [cited 2019 Mar 15];29(1):33–42. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515337862>
12. Cleary V, Hegarty J. How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. 2013 [cited 2019 Mar 20];12(1). Available from: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?EbscoContent=dGJyMN Xb4kSeqK44y9fwOLCmr1GeprRSrqe4SbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr0u0qLdOuePfgex9Yvf5ucA&T=P&P=AN&S=R&D=c8h&K=104236686>
13. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer* [Internet]. 2003 Mar 4 [cited 2019 Mar 16];88(5):666–71. Available from: <http://www.nature.com/articles/6600799>
14. Krebs L. What Should I Say? Talking With Patients About Sexuality Issues. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2006 Jun 1 [cited 2019 Mar 11];10(3):313–5. Available from: <http://cjon.ons.org/cjon/10/3/what-should-i-say-talking-patients-about-sexuality-issues>
15. Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2011 Feb 1 [cited 2019 Apr 9];15(1):38–45. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S146238891000089X>
16. American Cancer Society. Tratamiento de los problemas sexuales para las mujeres con cáncer [Internet]. [cited 2019 Apr 16]. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer/problemas.html>
17. Cleary V, Hegarty J, McCarthy G. Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer [Internet]. Vol. 38, *Oncology Nursing Forum*. 2011 [cited 2019 Mar 11]. Available from: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?EbscoContent=dGJyM MvI7ESep684y9fwOLCmr1GeprJSsqi4SLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr0u0qLdOuePfgex9Yvf5ucA&T=P&P=AN&S=R&D=c8h&K=104826404>
18. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Laterza RM, Cromi A, Ghezzi F, et al. Sexual Function after Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer: Is There a Difference between Laparoscopy and Laparotomy? *J Sex Med* [Internet]. 2008 Sep [cited 2019 Mar 5];6(9):2516–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549091>
19. Wilmoth MC, Hatmaker-Flanigan E, Laloggia V, Nixon T. Ovarian Cancer

- Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality [Internet]. Vol. 38, Oncology Nursing Forum •. 2011 [cited 2019 Mar 12]. Available from: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?EbscoContent=dGJyMN Lr40Sep7A4y9fwOLCmr1GeprZSrqm4SbGWxWXS&ContentCustomer=d GJyMPGnr0u0qLdOuePfgex9Yvf5ucA&T=P&P=AN&S=R&D=c8h&K=10 4637900>
20. White ID. The Assessment and Management of Sexual Difficulties after Treatment of Cervical and Endometrial Malignancies. Clin Oncol [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2019 Feb 26];20(6):488–96. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0936655508001714?via%3Dihub>
 21. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kasemsarn P, Soonthornthum T, Leelahakorn S, et al. Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. Int J Gynecol Cancer [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2019 Mar 16];17(5):1104–12. Available from: <http://ijgc.bmj.com/lookup/doi/10.1111/j.1525-1438.2007.00907.x>
 22. Silva M. MA. Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Mar 4];82(6):659–74. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600666&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 23. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Laterza RM, Cromi A, Ghezzi F, et al. Sexual Function after Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer: Is There a Difference between Laparoscopy and Laparotomy? J Sex Med [Internet]. 2009 Sep 1 [cited 2019 Feb 26];6(9):2516–22. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609515326503?via%3Dihub>
 24. Buković D, Silovski H, Silovski T, Hojsak I, Šakić K, Hrgović Z. Sexual Functioning and Body Image of Patients Treated for Ovarian Cancer. Sex Disabil [Internet]. 2008 Jun 26 [cited 2019 Mar 8];26(2):63–73. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11195-008-9074-z>
 25. Pinar G, Okdem S, Dogan N, Buyukgonenc L, Ayhan A. The Effects of Hysterectomy on Body Image, Self-Esteem, and Marital Adjustment in Turkish Women With Gynecologic Cancer. Clin J Oncol Nurs [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2019 Feb 27];16(3):E99–104. Available from: <http://cjon.ons.org/cjon/16/3/effects-hysterectomy-body-image-self-esteem-and-marital-adjustment-turkish-women>
 26. American Cancer Society. La cirugía puede afectar la vida sexual de la mujer [Internet]. [cited 2019 Apr 15]. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer/cirugia-pelvica.html>

7. Anexos

Anexo 1



Anexo 2

TÍTULO Y AÑO	AUTOR	REVISTA	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN-RESULTADO	CASPe	Base de datos
Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery (2016)	Coutinho S., Carolina de Mendoza. Munizda C.V., Octavio	Rev. Latino- americana, enfermería:	Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Incluye entrevista no estructurada y entrevista semiestructurada.	El estudio compara las diferentes experiencias que sufren las mujeres (n= 13) tras una cirugía ginecológica. Se observaron percepciones negativas en relación a la pérdida física de órganos ginecológicos un “cuerpo diferente o mutilado” y su evaluación sobre el valor de ser mujer.	CASPe: cualitativo: 9/10	LILACS: hysterectomy and perception
Women’s Poorer Satisfaction With Their Sex Lives Following Gynecologic Cancer Treatment (2004)	Alves S., Lucía Lara; Moreira D.A, Jurandy; Donaire C., Flavio;	Clinical Journal of Oncology Nursing.	Estudio retrospectivo	Evalúa la calidad de vida y las repercusiones en el ámbito sexual tras una histerectomía (n= 37). Se demostró que no existen terapias psicológicas para mejorar las relaciones de parejas tras dicha cirugía. Además de una disminución de la frecuencia y calidad en referencia a sus relaciones maritales.	Grado de recomendación: B Grado de evidencia: II-3	CINAHL: Health care team and hysterectomy and neoplasm

El autoconcepto de mujeres sometidas a histerectomía (2010)	Morales E., Arnulfo; Huerta F., M ^a Raquel; Páramo C., Daniel;	Revista del Hospital Materno Infantil Ramón	Estudio de tipo observacional, prospectivo y longitudinal	Se evalúa el autoconcepto de las pacientes (n=39) preoperatorio mediante la escala Tennessee. Se demostró que el autoconcepto en mujeres histerectomizadas disminuye tras la operación (el único ítem que no sufrió variación fue la autoidentidad).	Grado de recomendación: C Grado de evidencia: II-3	Biblioteca nacional de salud: Cancer and hysterectomy
How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality (2012)	Cleary, Vicky; Hegarty, Josephine	Cancer nursing practice.	Estudio descriptivo cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas	El estudio (n=8) engloba la variación de las siguientes esferas en el proceso de diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico: función/relaciones sexuales, autoconcepto, sexualidad e información. Informaron de las alteraciones dolorosas en las áreas antes citadas y la necesidad de información por parte de equipo sanitario.	Grado de recomendación: B Grado de evidencia: II-3	CINAHL: health care team and neoplasm or cancer and hystrectomy

Sexual Function after Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer: Is There a Difference between Laparoscopy and Laparotomy? (2008)	Serati, Maurizio Salvatore, Stefano Uccella, Stefano Laterza, Rosa M ^a Cromi, Antonella	The Journal of Sexual Medicine	Estudio de casos y controles	Evalúa la función sexual mediante la escala FSFI en mujeres histerectomizadas por abordaje laparoscopico (n= 20) y laparotomito (n=18) versus un grupo control sano (n= 35). No hubo diferencias significativas entre el mismo grupo caso, pero si respecto al grupo control con tasas de FSFI inferior.	Grado de recomendación: B Grado de evidencia: II-3	PUBMED: Hysterectomy and cancer and sexual health
A 2-year prospective study assessing the emotional, sexual, and quality of life concerns of women undergoing radical	Carter, Jeanne Sonoda, Yukio Baser, Raymond E. Raviv, Leigh Et al	Journal Gynecologic Oncology	Estudio prospectivo mediante encuestas de autoinforme	Describe y compara la traquelectomía y la histerectomía en relación a los problemas sexuales, emocionales y la calidad de vida de las pacientes (n= 71) antes de someterse a un tratamiento oncológico. No difieren las puntuaciones de forma significativas en los ítems antes descritos tras la	Grado de recomendación: B Grado de evidencia: II-2	PUBMED: hysterectomy and uterine neoplasm and sexual disfunction

trachelectomy versus radical hysterectomy for treatment of early-stage cervical cancer (2010)				cirugía y su seguimiento (evaluación inicial – 24 meses).		
Absent organs— Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women’s accounts of hysterectomy (2015)	Solbrække, Kari N. Bondevik, Hilde	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico basado en entrevistas en profundidad.	El estudio (n= 8) trata, a través de vivencias personales, cómo las mujeres se sienten tras una histerectomía dividido en dos grupos: mutiladas si tenían deseo gestacional y el enfriamiento de las relaciones maritales; y por otro lado agradecidas si ya habían completado sus deseos de la maternidad y cómo abordar las vivencias con una edad más elevada. En este estudio, las participantes advierten de forma más negativa el no	CASPe cualitativo: 10/10	Bola de nieve: artículo Silva M. Et al

				ser madres antes que la función sexual/autoconcepto.		
Sexual Functioning and Body Image of Patients Treated for Ovarian Cancer (2008)	Buković, Damir Silovski, Hrvoje Silovski, Tajana Hojsak, Iva Et al	Journal Sexual and Disability	Ensayo clínico	El estudio (n= 483) evalúa cómo afecta los diferentes tipos de tratamiento oncológico (histerectomía -G1-, cirugía + quimioterapia adyuvante -G2-, quimioterapia -G3-) a la imagen corporal y la sexualidad. No se apreciaron diferencias significativas en los ítems: menarquía, actitudes sexuales/relación marital e implicaciones psicológicas.	Grado de recomendación: B Grado de evidencia: II-1	EBSCOhost: Hysterectomy and neoplasm and perception
The Effects of Hysterectomy on Body Image, Self-Esteem, and Marital Adjustment in Turkish Women	Pinar, Gul Okdem, Seyda Dogan, Nevin Et al	Clinical Journal of Oncology Nursing	Estudio de casos y controles	El estudio evaluó (n= 100 casos/ 1000 control) las correlaciones entre la imagen corporal, la autoestima y la relación sentimental. Se demostró que la histerectomía disminuía la imagen corporal y de forma proporcional la autoestima. La autoestima negativa se	Grado de recomendación: C Grado de evidencia: III	PUBMED: hysterectomy and perception and cancer

With Gynecologic Cancer (2011)				correlaciona con un mayor desajuste diádico.		
A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey (2008)	REIS, N. ENGIN, R. INGEC, M. BAG, B.	International Journal of Gynecological Cancer	Estudio cualitativo descriptivo basado en la teoría fundamentada mediante entrevistas semiestructuradas	El objetivo del estudio (n= 31) es explorar las sensaciones tras la pérdida de órganos y su significado, el post-quirurgico tras la histerectomía y las ideas preconcebidas así como los efectos en sus vidas. El 54% se sentía triste, “saco vacío” y consideraba el útero un órgano fundamental. El 49% pensó que afectaría a su relación marital/sexual, mientras que solo un 19% su principal problemática era en relación al dolor.	CASPe cualitativo: 9/10	PUBMED: Hysterectomy and cancer and sexual health
Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una	Silva M., Ma. Antonieta	Revista chilena de obstetricia y ginecología	Revisión de sistemática	Revisión de 106 artículos con el objetivo de determinar la importancia psicoeducativa. Valora los efectos psicoemocionales y sexuales en las mujeres histerectomizadas, reportando beneficios en caso de patología	CASPe: revisión sistemática 8/10	BNS: hysterectomy and cancer

histerectomía. Una revisión de la literatura (2017)				benigna, y al contrario en pacientes oncológicas (tristeza, temor, disfunciones sexuales...). Por otra parte, las intervenciones psicoeducativas mediante el método Precede y Plissit. Se reconoce las barreras existentes para la comunicación equipo- paciente y la desinformación de estas.		
Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer (2010)	Vrzackova, P Weiss P. Cibula, P.	Expert Review of Anticancer Therapy	Revisión sistemática	Aborda las siguientes aéreas tras una histerectomía radical: trastorno del deseo sexual, trastornos de excitación, dispareunia, trastornos del orgasmo y la satisfacción sexual.	CASPe: revisión sistemática	PUBMED: Hysterectomy and uterine neoplasm and sexual disfunction
Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the	Wilmoth, Margaret C Hatmaker-Flanigan, Elizabeth	Oncology Nursing Forum	Método descriptivo cualitativo mediante grupos focales	Se pasó las siguientes preguntas a las participantes (n= 13): “¿cómo describe los cambios en su sexualidad desde el diagnóstico? ¿Cómo los maneja?” y “¿qué información y educación sienten	CASPe: cualitativo 9/10	Hughes EBSCOhost: Hysterectomy and neoplasm/cancer

Symptom of Sexuality (2011)	Laloggia, Vanessa Nixon, Traci			que necesitan en relación al tratamiento oncológico?”. Un 72% informó de un impacto negativo sobre su sexualidad. Se diferenció la sexualidad y la vida sexual íntima (más entrelazada en conceptos de amor y relación no física)		and sexual health
What Should I Say? Talking With Patients About Sexuality Issues (2004)	Marrs, Joyce A. Krebs, Linda	Clinical Journal of Oncology Nursing	Estudio descriptivo	Aborda la situación fisiopatológica de las pacientes con diagnóstico neoplásico oncológica y las herramientas de los profesionales de salud.		Bola de nieve: artículo no incluido en el trabajo
Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility (2005)	Carter, Jeanne Rowland, Katherine Chi, Dennis Brown, Carol	Elvesier-Gynecologic Oncology	Estudio transversal mediante encuesta autoinforme	El estudio (n= 33) evaluó función sexual (mediante la escala FSFI), la depresión y una escala de impacto de eventos (IES) Un 62% informó de dolor durante la penetración, un 58% falta de lubricación, un 58% anorgasmia, aun	Grado de recomendación: C Grado de evidencia: II-3	Bola de nieve: artículo Cleary V. et al

				así un 83% declara estar satisfechas por la cercanía emocional en sus relaciones. Mientras un 35% experimentaba niveles severos de depresión. Un 75% refiere ninguna o una leve sensación de disgusto por su infertilidad.		
Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer (2011)	Cleary, Vicki Hegarty, Josephine Mccarthy, Geraldine	Oncology Nursing Forum	Estudio descriptivo correlacional	El artículo evalúa (n= 106) mediante escalas y autocuestionarios el autoconcepto sexual, las relaciones/funcionamiento en dicho ámbito y las relaciones entre estos y diferentes variables demográficas. Demostró que la sexualidad es un constructo multidimensional. Todas las pacientes demostraron cambios negativos en las áreas antes descritas.	Grado de recomendación: B Grado de evidencia: II-3	EBSCOhost: Hysterectomy and neoplasm and self-concept

Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery (2014)	Gómez-Campelo, Paloma Bragado-Álvarez, Carmen Hernández-Lloreda, Maria José	Psycho-Oncology	Estudio cuantitativo transversal	Compara la autoestima, la imagen corporal, la depresión, la ansiedad y el apoyo social en mujeres con cáncer de mama (n= 100) y pacientes con cáncer ginecológico (n= 100) tras el tratamiento radical. Se demostró que afecta más negativamente la edad en los ítems antes descritos que el tipo de cáncer. Así mismo, no demostró diferencias significativas en los resultados dependientes de patología oncológica.	Grado de recomendación: B Grado de evidencia: II-2	PUBMED: hysterectomy and cancer
Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy (2007)	Tangjitgamol, S. Manusirivithaya, S. Hanprasertpong, J. Kasemsarn, P.	International Journal of Gynecologic Cancer	Estudio cuantitativo descriptivo	El estudio evaluó (n= 105) mediante entrevistas personales y un cuestionario diversos aspectos en relación a la función sexual. El 92,4% de mujeres reanudaron su actividad sexual en un plazo de 4-5 meses. La satisfacción sexual se mantuvo en el 42% de pacientes., abordando a su	Grado de recomendación: C Grado de evidencia: II-2	PUBMED: Hysterectomy and cancer and sexual health

				vez la relación marital y sus factores. En relación a la información, la pregunta más destacada era recurrencia de la enfermedad y salud sexual (97,8%) en el 52,4%.		
Hysterectomy: what do women need and want to know? (2000)	Wade, Jeannette Pletsch, Pamela K. Morgan, Sarah W.	Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	Estudio cualitativo descriptivo	Mediante un cuestionario, las pacientes (n= 102) pudieron describir su histerectomía, sus cuestiones o miedos y la educación que consideraban necesaria o les gustaría saber. El 61% enfatizó los aspectos positivos de la operación en relación a alivio e información, con un aumento de la calidad de vida.	CASPe: cualitativo 8/10	Bola de nieve: artículo no incluido (abordaje benigno)
Lack of communication between healthcare professionals and	Stead, M L Brown, J M Fallowfield, L	British Journal of Cancer	Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas	Se identificaron 16 médicos y 27 enfermeros (n= 53) para tratar el cuidado y el tratamiento en mujeres con cáncer de ovario. Por otra parte, 15 mujeres fueron entrevistadas para	CASPe: cualitativo 9/10	Bola de nieve: Artículo Bukovic D. et al

women with ovarian cancer about sexual issues (2003)				conocer la sexualidad a priori y las alteraciones en la función sexual tras el diagnóstico. Solo un 25% de médicos y un 15% de enfermeros inician conversaciones en relación a la sexualidad, salvo que las inicien antes las pacientes. Se demostró que la edad y el estado de salud eran obstáculos para discutir dichos temas, así como la vergüenza y el desconocimiento por parte del equipo de salud.		
Understanding sexuality in women with gynaecological cancer (2011)	Cleary V Hegarty J	European Journal of Oncology Nursing	Revisión sistemática	Tras una revisión de la literatura se demuestra que la sexualidad en pacientes oncológicas es multidimensional y, por ello, hay que evaluarla de forma holística.	CASPe revisión sistemática: 8/10	Bola de nieve: V. Cleary et al.

** GRADO DE RECOMENDACIÓN Y DE EVIDENCIA, *Canadian Task Force on Preventive Health Care*

Anexo 3. Métodos de evaluación prequirúrgicos

	EVALUACIÓN
ALARM	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad sexual - Libido - Orgasmo - Resolución, liberación, relajación - Excitación - Información médica
SCHOVER	<ul style="list-style-type: none"> - Evalúa de forma pasada y presente: <ul style="list-style-type: none"> o Prácticas sexuales o Función sexual o Relaciones sexuales - Conocimientos y estado del paciente. <ul style="list-style-type: none"> o Fase de la neoplasia o Estado del tratamiento citostático o Existencia de condiciones médicas concomitante o Condición psicológica
BETTER	<ul style="list-style-type: none"> - Plantear el tema de la sexualidad - Hay que explicar que la sexualidad es parte de la calidad de vida - Informar sobre los recursos disponibles - Programar la discusión según preferencias y acorde al paciente; informar a la paciente y su pareja - Educar a las pacientes de los posibles cambios sexuales y efectos secundarios que afectan a su sexualidad o reproducción - Grabar las evaluaciones y discusiones en los registros

Anexo 4. Escala de valoración de alteraciones físicas sexuales.

	Dominios
Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI) (Rosen y Cols)	<ul style="list-style-type: none">• Deseo• Excitación• Lubricación• Orgasmo• Satisfacción• Dolor

Anexo 5. Modelo de abordaje en la educación sexual.

Modelo PLISSIT: el objetivo es	Ítems
ayudar a los profesionales de la salud a abordar problemáticas sexuales	<ol style="list-style-type: none">1. Permiso2. Información limitada3. Sugerencias específicas4. Terapia intensiva