

Los efectos del ejercicio en 10 pacientes operadas de histerectomía

E. Marín Martínez. *Fisioterapeuta. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza*

S. Caudevilla Polo. *Fisioterapeuta. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza*

M. O. Lucha López. *Profesora Asociada. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza*

J. M. Tricás Moreno. *Profesor Titular. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza*

E. Estébanez de Miguel. *Fisioterapeuta. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza*

R. Civitani Monzón. *Fisioterapeuta. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza*

RESUMEN

Se ha realizado un estudio sobre los efectos del ejercicio en 10 mujeres que habían sufrido una operación de histerectomía en el último año.

Teniendo en cuenta los efectos de la histerectomía, se decidió comprobar los posibles beneficios que podría reportarles el ejercicio, valorando especialmente la flexibilidad y el dolor constante e intermitente. Igualmente, se valoró la posibilidad de que este tipo de ejercicio les pudiera reportar un beneficio psicosocial derivado del sentido comunitario de la actividad y de la sensación de mejoría del estado físico general que pudieran adquirir.

La valoración se realizó tras ocho meses de ejercicio, lo que supone resultados a corto plazo. No se evaluó la duración de los resultados tras el cese de la actividad ni la necesidad o no de una continuidad en la actividad para el mantenimiento de éstos.

Palabras clave: Ejercicio, histerectomía, beneficio físico, beneficio psicológico.

ABSTRACT

Study about the training effects in ten women has been made. All the women suffered from hysterectomy last year.

Taking into account the hysterectomy effects, it was thought about the possible benefits of training, evaluating flexibility and intermittent or constant pain. It was evaluated a possible better of psychosocial condition and general health by the activity.

The study last eight months, that is short time results. It wasn't evaluated the lasting of results when the activity stopped, and if it is necessary to continue the training to maintain the benefits.

Key words: Training, hysterectomy, physical benefits, psychological benefits.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía consiste en la extirpación quirúrgica del útero. En la histerectomía radical se extirpan también los ovarios, las trompas, los ganglios linfáticos y los conductos linfáticos, junto con el útero y el cuello uterino. De cualquier modo, la menstruación cesa tras este tipo de intervenciones.

Los efectos que produce en las mujeres serían similares a una menopausia radical en un plazo de tiempo que no permite la adaptación al nuevo estado. La cantidad de estrógenos disminuye con rapidez y la progesterona desaparece. En particular, la pérdida de estrógenos es responsable de una serie de cambios fisiológicos intensos en la mujer: «sofocos», que se producen por una congestión brusca e intensa de la piel, percepción psíquica de disnea y ansiedad, fatiga, etcétera.

El objetivo de este estudio es comprobar si el ejercicio controlado puede paliar los efectos negativos que este tipo de intervención produce en la mujer a corto plazo. Se trata de intentar verificar si este tipo de ejercicio puede disminuir el dolor y aumentar la flexibilidad, mejorando así la postura general y ofreciéndole a la paciente una calidad de vida superior y una sensación subjetiva de bienestar que incluso podría modificar en cierta medida el estado pseudodepresivo o depresivo que muchas de ellas refieren tras este tipo de intervención quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo transversal que se ha realizado con 17 personas distribuidas en dos grupos: un grupo de 10 que participó en el protocolo de ejercicios y un grupo de 7 que no participó, actuando como grupo control.

Las 17 personas eran mujeres, de una media de edad de 50,6 años, y a todas ellas se les había realizado una histerectomía en el último año anterior al inicio del estudio.

Para valorar la flexibilidad de la columna dorsal se utilizó el *signo de Ott*, es decir, con el paciente en bipedestación, se marca la apófisis espinosa de C7 y otro punto situado 30 cm por debajo. Después se le pide una flexión y se vuelve a medir la distancia entre los puntos marcados, y se utiliza el mismo procedimiento para la extensión. En cuanto a la flexibilidad de la columna lumbar, se utilizó el *signo de Schober*, es decir, también con el paciente en bipedestación, se marca la apófisis espinosa de S1 y otro punto situado 10 cm por arriba; después se le pide al paciente una flexión y se vuelve a medir la distancia que separa estos dos puntos y lo mismo en extensión. Los datos considerados normales son:

- Signo de Ott: flexión: 2-4 cm.
extensión: 1-2 cm.
- Signo de Schober: flexión: hasta 5 cm
extensión: 1-2 cm

Todas las mujeres que participaron en el estudio, tanto en el grupo de tratamiento como en el de control estaban incluidas dentro de los parámetros normales en lo que se refiere a estos dos signos de flexibilidad de la columna.

También se midieron las inclinaciones laterales del tronco, tomando como referencia la distancia entre los dedos y el suelo tanto en la inclinación izquierda como en la derecha.

Para valorar el dolor, se les preguntaba sobre el dolor constante y sobre el dolor intermitente. Se les ofrecían unos dibujos de cuerpo entero, tanto de frente como de espalda, en los que debían pintar el dolor constante por un lado y el dolor intermitente por otro,

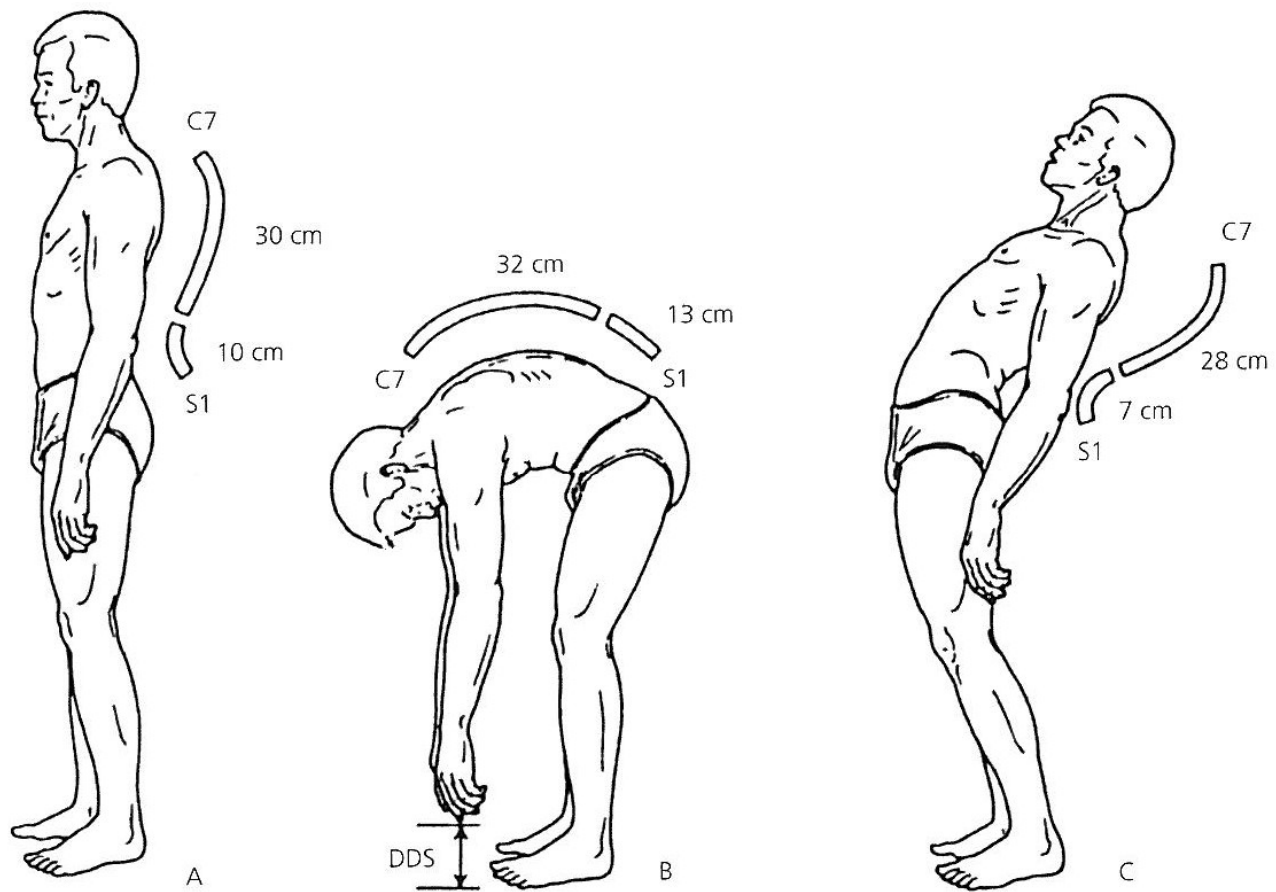


FIG. 1. Signos de Ott y de Schober. A) Bipedestación. B) Flexión. C) Extensión.

valorando en ambos casos el dolor con una cuantificación que podía variar entre 1 y 5.

Por último se les realizó una valoración subjetiva en la que explicaban cómo se encontraban en general, cuáles eran sus problemas en la vida diaria, su estado de agilidad, qué esperaban del estudio en caso de que fueran a realizar el tratamiento...

Las sesiones de ejercicio se llevaron a cabo con una frecuencia de 2 a la semana, teniendo cada una de ellas una duración de 50 minutos. Estas sesiones continuaron durante ocho meses ininterrumpidamente, sin faltar ninguna sesión, es decir, con un total de 70 sesiones. En estas sesiones se realizaba un protocolo que seguía el siguiente esquema:

1. Estiramientos específicos según casos, siendo comunes isquiotibiales, psoas, piramidal de la pelvis, pectoral mayor, trapecio y angular.
2. Potenciación de la faja abdominal.
3. Potenciación de los músculos espinales, de forma específica por segmentos.
4. Una autopostura del método de Re-programación Postural Global, que constaba de dos partes: una que permite ejercitar los músculos de la parte interna de los muslos, las piernas y los pies, y otra parte que ejercita los músculos de la respiración y los de la columna vertebral, los hombros, brazos, antebrazos y manos, ambas al mismo tiempo, progresando de la una a la otra.

5. Ejercicios dinámicos, que podían variar entre ejercicios de estabilidad y coordinación de miembros inferiores en relación con los miembros superiores, ejercicios que mejoran la velocidad de reacción, ejercicios de entrenamiento respiratorio... con una duración de 15 minutos.

El resto de los días de la semana ninguna de ellas realizaba actividad física fuera de las actividades diarias normales de su trabajo, tanto las componentes del grupo de tratamiento como las del grupo control.

RESULTADOS

Se tomaron de nuevo todos los datos, tanto objetivos como subjetivos, tras los ocho meses de tratamiento en el grupo control y en el grupo de tratamiento.

Signo de Ott

En todas las componentes del grupo de tratamiento hubo variaciones, tanto en la flexión como en la extensión. En flexión se observó una ganancia media de 0,94 cm y en extensión la ganancia media fue de 0,58 cm.

En el grupo control, se dividieron los resultados en tres grupos, tanto en la flexión como en la extensión. En flexión, se observó ganancia en dos de los casos, con una media de 0,4 cm. De las cinco restantes, dos de ellas no presentaron cambios y las otras tres presentaron una disminución de una media de 0,13 cm. En lo referente a la extensión, en una de ellas se observó una ganancia de 0,2 cm, cinco no presentaron variaciones y en una se observó una pérdida de 0,2 cm.

Signo de Schober

En la valoración del grupo de tratamiento se registró variación de esta medición en 6 de los casos. En los 6 casos se produjo ganancia, con una media de 0,75 cm en flexión y de 0,32 cm en extensión. En los 6 casos en los que se apreció variación, ésta aparecía tanto en flexión como en extensión, mientras que en las otras cuatro pacientes no se produjo ningún cambio en ninguno de los dos movimientos.

En cuanto al grupo control, en flexión se apreciaron cambios en 3 de las 7 mujeres; de éstas una presentó una ganancia de 0,4 cm y las otras dos presentaron una disminución media de 0,25 cm; en extensión sólo hubo cambios en un caso, en el que se observó una ganancia de 0,3 cm.

Inclinación lateral

En el grupo de tratamiento, cinco presentaron cambios. En este caso, se valoró el aumento o la disminución de la diferencia entre la inclinación lateral derecha y la izquierda. En los 5 casos se produjo una disminución de esta diferencia, con una media de 0,96 cm. En el grupo control se observaron variaciones en tres casos, en dos de ellos se apreció una disminución de la diferencia con una media de 0,55 cm y en el otro caso se produjo un aumento de la diferencia de 0,5 cm.

Dolor

a) *Dolor constante*. De las 10 mujeres que componían el grupo de tratamiento, 6 (60 %) referían algún tipo de dolor inicial; 5 de ellas lo situaban en la zona de trapecios, cervical y lumbar media, 3 en la zona dorsal, 2 en

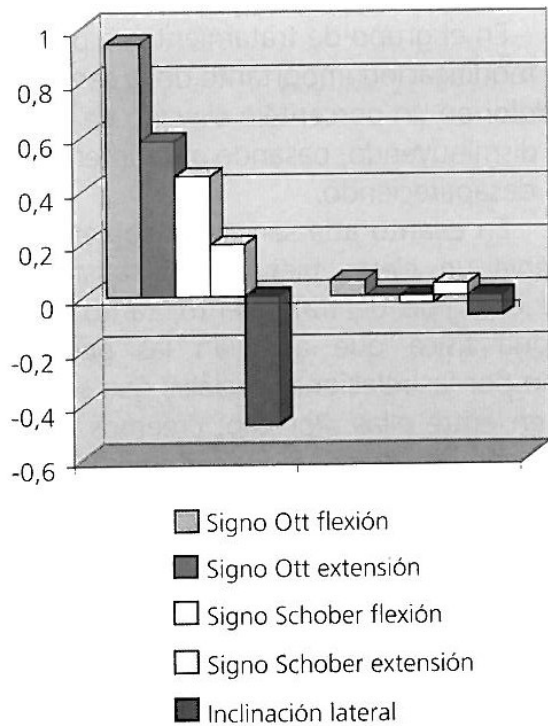


FIG. 2. Variaciones medias de las mediciones de los signos de Ott y Schober tanto en flexión como en extensión, comparando el grupo de tratamiento con el grupo de control.

ambas rodillas y 1 en ambos codos. Al final del tratamiento, sólo 3 referían algún tipo de dolor constante, dibujando el dolor con la siguiente distribución: 2 en zona de trapecios, 1 en la rodilla derecha y 1 en ambos codos, pero en todos los casos en los que quedaba dolor constante, la cuantificación de éste había disminuido en al menos 1 punto. De las otras tres que referían dolor inicial, 2 de ellas presentaban dolor intermitente en la zona de los trapecios, y lumbar media y el resto de los dolores iniciales había desaparecido.

En cuanto al grupo control, 5 de ellas referían dolor inicial, situándolo de la siguiente forma: 4 en la zona de los trapecios, cervical y lumbar media, 1 en el tobillo derecho, 2 en ambos codos y 1 en la zona dorsal media. Tras los ocho meses, sólo 4 referían dolor

constante, dibujándolo 3 en la zona de los trapecios, cervical y lumbar media, 1 en ambos codos y 1 en la zona dorsal media, con una disminución del dolor en dos de los casos en 1 punto y un mantenimiento de los restantes. El resto de los dolores (tobillo derecho y 1 caso de dolor en la zona de los trapecios, cervical y lumbar media) habían desaparecido.

b) *Dolor intermitente.* De las componentes del grupo de tratamiento, dos refirieron dolor intermitente inicial en los codos y dos en la zona cervical. Tras los ocho meses, uno de los casos de dolor cervical había remitido, uno de los casos de dolor en los codos había disminuido en dos puntos y los demás se habían mantenido. Algunos de los dolores referidos como constantes se transformaron en intermitentes, tal como se ha expuesto en el apartado a. Dolor constante.

En el grupo control, 4 de las 7 mujeres dibujaron algún tipo de dolor intermitente, 3 de ellas en la zona cervical, 1 en zona lumbar alta y 2 de ellas en ambos codos. Tras los ocho meses, 1 caso de dolor cervical había remitido y los demás se mantenían igual.

Valoración subjetiva

La mayoría de ellas refería un estado de cansancio generalizado, síntomas depresivos, sensación de agotamiento físico y mental, etcétera, al comienzo del estudio.

La valoración final sólo se realizó en el grupo de tratamiento. En general, todas expusieron una mejoría en su estado global, es decir, mayor agilidad y movilidad con menor esfuerzo, satisfacción con la disminución del dolor y con el aumento de la flexibilidad que ya habían apreciado de forma subjetiva. En general, todas ellas valoraron la experiencia de forma positiva, tanto emocional como físicamente, expusieron como especialmente

positiva y enriquecedora la experiencia de conocimiento personal entre ellas y las relaciones que se establecieron tras compartir este tiempo de convivencia, planteando incluso la posibilidad de repetir la experiencia el año próximo.

CONCLUSIONES

1. Se registró ganancia tanto de flexión como de extensión dorsales en todos los casos del grupo de tratamiento, mientras que no ocurrió así con el grupo de control. La media centimétrica de aumento también fue mayor en el grupo de tratamiento.

2. En el grupo de tratamiento la flexión y extensión lumbares aumentaron en un 60 % de los casos. En los que se observó modificación, ésta se presentó tanto en flexión como en extensión. La ganancia media fue similar en el grupo de tratamiento y en el grupo control, pero se debe matizar que en el grupo de tratamiento no hubo pérdida en ningún caso, mientras que en el grupo control sí la hubo en algún caso en flexión y otros mantuvieron los mismos resultados iniciales, sin ninguna variación. Esto podría sugerir que la flexibilidad lumbar es más difícil de modificar que la dorsal, sobre todo en extensión, ya que las variaciones generales en el grupo de tratamiento son menores y no existe tanta diferencia entre el grupo de tratamiento y el grupo control.

3. En el grupo de tratamiento también se observó una tendencia a la igualación de inclinación lateral hacia la izquierda y hacia la derecha, tendencia que no fue tan significativa en el grupo control.

4. En el grupo de tratamiento se produjo una modificación importante de la sensación de dolor en un porcentaje elevado de los casos, disminuyendo, pasando a ser intermitente o desapareciendo.

5. En cuanto a la sensación subjetiva, se observa un cierto bienestar y satisfacción ante este tipo de tratamiento, tanto por la mejoría física que aprecian las pacientes como por las relaciones sociales que se establecen entre ellas. Por ello, creemos que la sensación pseudodepresiva o depresiva post-histerectomía puede ser en cierto modo mitigada por este tipo de actividades.

6. En vista de los datos se puede concluir que el ejercicio en las mujeres posthisterectomizadas favorece la ganancia de flexibilidad en la columna vertebral en general, ganancia que es mayor en la columna dorsal, y es capaz de mitigar o eliminar ciertos dolores del aparato locomotor en un porcentaje importante de los casos.

7. Estos datos pueden no ser concluyentes tanto por el escaso número de personas estudiadas como por el posible sesgo de la toma de datos centimétricos y la variabilidad de interpretación de la valoración subjetiva solicitada.

BIBLIOGRAFÍA

- Guyton, A. C.: *Tratado de Fisiología Médica*. Madrid. Ed. Interamericana-McGraw Hill, 1988.
- Buckup, K.: *Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular*. Dortmund. Ed. Masson, 1997.
- Evjenth, O., Hamberg, J.: *Autostretching*. Schweden. Ed. Alfa Rehab Förlag. 1990.
- Souchard, Ph.: *Auto-gym. Autoposturas de la Reducción Postural Global*. Barcelona. Ed. Ars Médica, 1992.