



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE FISIOTERAPIA

**“IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE LA
HISTERECTOMÍA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Fisioterapia

Autora: Arévalo López, Andrea Alexandra

Tutora: Lcda. Mg. Tello Moreno, Mónica Cristina

Ambato – Ecuador

Marzo 2023

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación sobre el tema: **“IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA”** de Arévalo López Andrea Alexandra, estudiante de la Carrera de Fisioterapia de la Universidad Técnica de Ambato, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación por el Jurado examinador designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2023

LA TUTORA

.....
Lic. Mg. Tello Moreno Mónica Cristina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de grado de investigación: “**IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA**”, como también los contenidos, ideas, análisis y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona. Como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2023

LA AUTORA

.....
Arévalo López Andrea Alexandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Marzo del 2023

LA AUTORA

.....
Arévalo López Andrea Alexandra

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del tribunal Examinador, aprueba el informe del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA”**, de Arévalo López Andrea Alexandra, estudiante de la Carrera de Fisioterapia.

Ambato, Marzo del 2023

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE

.....
Lic. Cedeño María Narciza Mg.

.....
Lic. Moscoso Córdova Grace Mg.

DEDICATORIA

A Dios

A mis padres

A mi hermana

Max, Mini y Maya 

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida, la sabiduría, el conocimiento y las fuerzas necesarias para continuar, aun cuando yo misma me daba por vencida.

A mi madre Cecilia López, por brindarme todo su amor, instruirme en un camino de bien, nunca dejarme sola en mis peores momentos, enseñarme y demostrarme que en la vida lo más importante es confiar en Dios y seguir sus caminos.

A mi padre Juan Arévalo, por darme la oportunidad y los medios necesarios para realizar mi carrera, así como también por otorgarme su gran amor, fe, apoyo incondicional en cada paso que he dado y ser un gran ejemplo de fortaleza y perseverancia en mi vida.

A mi hermana Abigail Arévalo, por brindarme su apoyo, compañía, comprensión, paciencia y por provocar muchas sonrisas con sus ocurrencias.

De manera muy especial, a mi tutora la Lic. Mg. Mónica Tello por brindarme su conocimiento, instrucción y paciencia en la realización de este proyecto.

A Diana Marquina por ser una gran amiga, cómplice y apoyo incondicional durante toda mi carrera universitaria, por sus consejos y regaños que me han mantenido firme, así como también por ser digna de mi admiración y respeto.

A Lizbeth Tituaña por ser la persona y amiga más dulce que he conocido y, que, a pesar de todo, siempre me ayudó y motivó para seguir adelante en la carrera.

A Stalin Chamba por ser una gran persona en mi vida y demostrarme que, con esfuerzo, dedicación y una sonrisa en el rostro la vida puede ser más ligera.

A Karla, Karina, Mélany y Mayte, por ser unas amigas increíbles que han permanecido en mi vida a pesar de los años y por haberme brindado grandes momentos de risas y alegrías.

A cada una de las mujeres que aceptaron participar en este proyecto, sin las cuales, no hubiese sido posible llegar hasta aquí.

Dios bendiga la vida de todos

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO TEÓRICO	3
1.1. Antecedentes Investigativos	3
1.2. Objetivos.....	21
1.2.1. Objetivo General:	21
1.2.2. Objetivos Específicos:	21
CAPÍTULO II	22
METODOLOGÍA	22
2.1. Materiales.....	22
2.1.1. Australian Pelvic Floor Questionnaire	22
2.1.2. Cuestionario PFIQ – 7	22
2.2. Equipos	23
2.3. Métodos	23
2.3.1. Tipo de investigación	23
2.3.2. Selección de área o ámbito de estudio.....	24
2.3.3. Población y Muestra	24
2.3.4. Criterios de inclusión y exclusión	24
2.3.5. Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información	25
2.3.6. Aspectos éticos	26
CAPÍTULO III	27
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
3.1. Análisis e Interpretación de los datos obtenidos	27
Entrevista	27
Determinación de la importancia	28

Calidad de vida con el cuestionario PFIQ – 7	30
Evaluación de la sintomatología post histerectomía con el Australian Pelvic Floor Questionnaire	30
Sección Urinaria.....	30
Sección Intestinal	37
Sección de Prolapso	43
Sección de Función Sexual	45
CAPÍTULO IV.....	52
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
4.1. Conclusiones	52
4.2. Recomendaciones	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos Sociodemográficos	27
Tabla 2. Abordaje Quirúrgico de la Histerectomía.....	28
Tabla 3. Conocimiento sobre Fisioterapia Pélvica	28
Tabla 4. Recomendación de Fisioterapia después de la Histerectomía	29
Tabla 5. Importancia de conocer la Fisioterapia Post Histerectomía.....	29
Tabla 6. Ponderación PFIQ - 7	30
Tabla 7. Número de veces que orina en el día	30
Tabla 8. Número de veces que orina en la noche	31
Tabla 9. Moja la cama al despertarse.....	31
Tabla 10. Requiere apresurarse para orinar.....	32
Tabla 11. Escape de orina al acudir al baño	32
Tabla 12. Fugas de orina al toser, estornudar, reír o al realizar ejercicio	33
Tabla 13. Flujo urinario débil, lento y prolongado	33
Tabla 14. Vaciado incompleto de la vejiga	34
Tabla 15. Esfuerzo para vaciar la vejiga	34
Tabla 16. Uso de pañal.....	35
Tabla 17. Limitación de ingesta de fluidos para evitar fugas de orina.....	35
Tabla 18. Infecciones de la vejiga.....	36
Tabla 19. Dolor en la vejiga/uretra al vaciar la vejiga	36
Tabla 20. Afectación de las fugas de orina en las actividades diarias	37

Tabla 21.	Número de veces que vacía en intestino	37
Tabla 22.	Consistencia de las heces	38
Tabla 23.	Requiere esforzarse para defecar	38
Tabla 24.	Uso de laxantes para defecar	39
Tabla 25.	Sensación de estreñimiento	39
Tabla 26.	Escape involuntario de flatos	40
Tabla 27.	Sensación urgente por defecar	40
Tabla 28.	Evacuación de heces acuosas involuntariamente	41
Tabla 29.	Evacuación de heces normales involuntariamente	41
Tabla 30.	Sensación de vaciado intestinal incompleto	42
Tabla 31.	Uso de presión con dedos para evacuar el intestino	42
Tabla 32.	Sensación de protuberancia de tejido en la vagina	43
Tabla 33.	Sensación de presión/pesadez vaginal de arrastre	43
Tabla 34.	Necesidad de empujar el prolapso para orinar	44
Tabla 35.	Necesidad de empujar el prolapso para defecar	44
Tabla 36.	Sexualmente activa	45
Tabla 37.	Razones para inactividad sexual	46
Tabla 38.	Suficiente lubricación	46
Tabla 39.	Sensación vaginal durante el coito	47
Tabla 40.	Sensación de la vagina demasiado floja o laxa	47
Tabla 41.	Sensación de la vagina demasiado apretada	48
Tabla 42.	Sensación de dolor durante la actividad sexual	48
Tabla 43.	Zona en la que se produce el dolor durante la actividad sexual	49
Tabla 44.	Pérdidas de orina durante la actividad sexual	49

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I.	Australian Pelvic Floor Questionnaire	60
Anexo II.	Cuestionario PFIQ – 7	62
Anexo III.	Entrevista	63
Anexo IV.	Declaración de Consentimiento Informado	64

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE FISIOTERAPIA

“IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA”

Autora: Arévalo López, Andrea Alexandra

Tutor/a: Lic. Tello Moreno, Mónica Cristina Mg.

Fecha: Ambato, Marzo 2023

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo determinar la importancia de la fisioterapia después de la histerectomía. El tipo de investigación fue de tipo descriptiva, en la que, mediante el uso de cuestionarios validados, fue posible conocer la existencia de sintomatología urinaria, defecatoria, prolapso y sexual con un enfoque cuali – cuantitativo y diseño transversal. Se realizó el cuestionario Australian Pelvic Floor Questionnaire, para conocer la existencia de sintomatología de las pacientes en las secciones urinaria, intestinal, de prolapso y de función sexual. El cuestionario PFIQ – 7 tuvo objetivo determinar la calidad de vida después de la histerectomía y, la entrevista, tuvo como finalidad conocer sobre el tipo de información que las participantes poseían sobre la fisioterapia y, si consideran importante la recomendación médica sobre la fisioterapia después de la histerectomía. La población fue de 14 mujeres histerectomizadas. Los resultados señalaron apareamiento de sintomatología urinaria, intestinal y de la función sexual, además, las participantes no consideran su sintomatología como un problema médico. En conclusión, la fisioterapia no es conocida por la población de estudio y, no se la recomienda por parte del personal médico después de la histerectomía, además, las participantes consideraron importante conocer a la fisioterapia como método de tratamiento para la sintomatología que puede presentarse después de la histerectomía.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, FISIOTERAPIA, SÍNTOMAS, CALIDAD DE VIDA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

HEALTH SCIENCES FACULTY

PHYSIOTHERAPY CAREER

“THE IMPORTANCE OF PHYSICAL THERAPY AFTER HYSTERECTOMY”

Author: Arévalo López, Andrea Alexandra

Tutor: Lic. Tello Moreno, Mónica Cristina Mg.

Date: Ambato, March 2023

SUMMARY

The objective of this research project was to determine the importance of physical therapy after hysterectomy. The type of research was descriptive, in which, through the use of validated questionnaires, it was possible to know the existence of urinary, defecatory, prolapse and sexual symptomatology with a qualitative – quantitative approach and cross – sectional design. The Australian Pelvic Floor Questionnaire was used to determine the existence of patients’ symptoms in the urinary, bowel, prolapse and sexual function sections. The PFIQ – 7 questionnaire aimed to determine the quality of life after hysterectomy and the interview aimed to find out what kind of information the participants had about physiotherapy and whether they considered the medical recommendation about physiotherapy after hysterectomy to be important. The population consisted of 14 hysterectomized women. The results showed the appearance of urinary, bowel and sexual function symptomatology, and the participants didn’t consider their symptomatology as a medical problem. In conclusion, physical therapy isn’t know by the study population and isn’t recommended by the medical staff after hysterectomy, in addition, the participants considered it important to know physical therapy as a method of treatment for the symptomatology that may occur after hysterectomy.

KEY WORDS: SURGICAL INTERVENTION, PHYSIOTHERAPY, SYMPTOMS, QUALITY OF LIFE

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una intervención quirúrgica en la que el útero es removido de manera total o parcial por varios motivos como, fibromas, períodos abundantes o dolorosos, endometriosis y cáncer uterino, cervical u ovárico. Existen tres tipos principales de histerectomía: parcial, total y radical; estas intervenciones pueden ejecutarse por vía vaginal, laparoscópica o abdominal(1). Alrededor del 40% de las mujeres, a nivel mundial, se realizan la histerectomía a la edad de 64 años, por afecciones benignas(2); en Estados Unidos aproximadamente 600 000 mujeres se someten a histerectomía a los 60 años, refiriendo que 1 de cada 3 mujeres estadounidenses ha tenido esta intervención quirúrgica(3); en Ecuador la histerectomía es una de las intervenciones ginecológicas más comunes, alrededor del 65% de mujeres se la efectúan en edad reproductiva, el 30% lo hace en época perimenopáusica y el restante en mujeres mayores de 65 años(4). La histerectomía es una cirugía generalmente invasiva, excepto cuando se la realiza por vía laparoscópica y, por lo tanto, puede presentar secuelas con sintomatología urinaria, defecatoria, intestinal y sexual que pueden llegar a afectar la calidad de vida de las mujeres(5).

En Ecuador, las mujeres que han sido intervenidas por histerectomía(4) presentan dolor, sangrado y mayor tiempo de hospitalización en los primeros días después de la cirugía. De igual manera, con el paso de los años, se manifiestan molestias como incontinencia urinaria, problemas de deposición, sensación de abultamiento en la vagina e insatisfacción sexual(5)(6)(7). Además, existe desconocimiento sobre la existencia de tratamientos post quirúrgicos que permitan mitigar la sintomatología después de la histerectomía. La fisioterapia es una opción válida capaz de actuar en el momento posterior a la intervención quirúrgica y puede disminuir los síntomas urinarios, defecatorios, intestinales y sexuales, presentados en sus etapas leves y/o moderadas(8)(9).

La presente investigación trata de dar a conocer la importancia que la fisioterapia puede poseer en las mujeres histerectomizadas, puesto que, generalmente no se recomienda o ejecuta la rehabilitación del suelo pélvico después de esta intervención quirúrgica. Por tal motivo, se evaluó la incidencia de la sintomatología pélvica post histerectomía con el cuestionario Australian Pelvic Floor Questionnaire, mismo que se divide por secciones, tales como bladder section, bowel section, prolapse section y

sexual function section, en las que es posible encasillar de manera concisa y precisa la sintomatología de la mujer en cuanto a suelo y órganos pélvicos(10).

La calidad de vida en las mujeres histerectomizadas fue evaluada mediante el cuestionario PFIQ – 7, en el que se consideran aspectos de la vida diaria que se hayan afectado por alteraciones en la vejiga, intestino y vagina, obteniendo la mayor puntuación en la zona más afectada(11).

La aplicación de estas encuestas permitió conocer la existencia de alteraciones en el suelo y órganos pélvicos en las mujeres histerectomizadas que no recibieron ningún tipo de rehabilitación física una vez intervenidas quirúrgicamente y, que tiempo después, experimentaron molestias físicas que infirieron en su calidad de vida, con la finalidad de demostrar que la fisioterapia puede ser de gran utilidad para disminuir la sintomatología pélvica y, mejorar la calidad de vida de las mujeres en tal aspecto.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes Investigativos

Hanife Dogan et, al. (2022) en su estudio controlado aleatorizado “**Short – Term Effects of Connective Tissue Massage After Hysterectomy: A Randomized Controlled Study**” en Turquía, tuvo como objetivo, investigar los efectos del masaje del tejido conjuntivo (MTC) sobre la severidad del dolor postoperatorio, la primera expulsión de flatos y la primera defecación, además, de la funcionalidad en pacientes después de una histerectomía laparoscópica total (HLT) o una histerectomía abdominal total (HAT). Con un total de 60 pacientes divididas de acuerdo con la intervención quirúrgica que recibieron, fueron subdividas en grupos de control e intervención. El MTC se realizó dos veces en el postoperatorio y a las 24 horas, los puntajes de severidad de dolor y limitación funcional se evaluaron mediante la escala analógica visual, y, además se registró el número de analgésicos y la primera expulsión de flatos, así como también la primera defecación. Como resultado, se obtuvo que el primer paso de flatos, primera defecación, intensidad de dolor y uso de analgésicos en el grupo de intervención HLT, fueron más bajos en comparación con los grupos control TLH y TAH ($P < 0,001$), así como también su funcionalidad fue mayor en comparación con los grupos anteriores, por lo tanto, se concluye que la MTC fue capaz de reducir la severidad del dolor postoperatorio, uso de analgésicos, primer paso de flatos y primera defecación después de la histerectomía laparoscópica o abdominal total(12).

M. Ø. Nyhus et, al. (2020), en su ensayo controlado aleatorizado “**Effect of preoperative pelvic floor muscle training on pelvic floor muscle contraction and symptomatic and anatomical pelvic organ prolapse after surgery: randomized controlled trial**” con 151 mujeres programadas para cirugía de prolapso de órganos pélvicos (POP) en el Hospital Universitario de Trondheim, Noruega, entre enero de 2017 y marzo de 2019 tuvo como objetivo, evaluar el efecto del entrenamiento pélvico preoperatorio de los músculos del piso pélvico sobre la contracción de los músculos del piso pélvico, síntomas del POP, el POP anatómico, 6 meses después de la cirugía de prolapso, y evaluar los cambios generales en la contracción de los músculos del suelo pélvico. Las mujeres incluidas tenían indicación de cirugía POP, POP

sintomático de etapa ≥ 2 , eran mayores de 18 años y necesitaban comprender el idioma noruego o inglés. Se dividió de manera aleatoria a las pacientes en un grupo control (76) y otro de intervención (75) sin embargo todas las pacientes fueron examinadas en la inclusión, en la cirugía y 6 meses después de la cirugía. Para evaluar la contracción del suelo pélvico se utilizó la escala de Oxford Modificada, ecografía transperineal y electromiografía de superficie además de la evaluación de POP con el sistema de cuantificación de POP (POP – Q). Las mujeres del grupo de intervención debían realizar de 8 a 12 contracciones de 6 a 8 segundos tres veces al día, también necesitaban realizar las contracciones al realizar actividades como estornudo, levantar objetos y toser, además, se les indicó que evitaran hacer esfuerzo al defecar hasta el día de la cirugía. Como resultado, después de la intervención no se demostró desigualdad entre grupos de intervención y control en relación con la contracción del suelo pélvico evaluada mediante palpación vaginal (MOS, 2,4 frente a 2,2; $P = 0.101$), manometría (19,4 frente a 19,7 cmH₂O; $P = 0,793$), EMG de superficie (33,5 vs 33,1 mV; $P = 0,815$) y ultrasonido (cambio en APD hiatal, 20,9% vs 19,3%; $P = 0,211$), tampoco se evidenciaron diferencias entre las divisiones grupales correspondientes a la sensación de protuberancia vaginal (EVA, 7,4 frente a 6,0 mm; $P = 0,598$), la distancia de POP desde el himen en el compartimento de prolapso dominante (-1,8 frente a -2,0 cm; $P = 0,556$) y la ecografía, descenso de la vejiga (0,5 frente a 0,8 cm; $P = 0,058$), cuello uterino (-1,3 frente a -1,1 cm; $P = 0,569$) y ampolla rectal (0,3 frente a 0,4 cm; $P = 0,434$). Por lo tanto, en relación con los hallazgos en el examen inicial, la contracción muscular mejoró después de la intervención quirúrgica, de acuerdo con lo evaluado por palpación (MOS, 2,1 frente a 2,3; $P = 0,007$), ultrasonido (cambio en APD hiatal, 17,5% vs 20,1%; $P = 0,001$), y, en comparación con el examen inicial, la distancia POP desde el himen en el compartimento de prolapso dominante (1,9 frente a -1,9 cm; $P < 0,001$) y el descenso ecográfico de la vejiga (1,3 frente a 0,6 cm; $P < 0,001$) se redujeron, por consiguiente, se concluye que, no existió ningún efecto con el entrenamiento preoperatorio en la contracción de la musculatura del suelo pélvico después de la cirugía, sino que, la contracción del suelo pélvico y la sintomatología de POP, progresaron a los 6 meses de seguimiento, muy probablemente, ocasionado por la rectificación anatómica de POP(13).

Musa Kayondo et, al. (2021) en su estudio de cohorte prospectivo “**Impact of surgery on quality of life of Uganda women with symptomatic pelvic organ prolapse: a**

prospective cohort study” realizado con 117 mujeres con prolapso de órganos pélvicos (POP) sintomático, que fueron programadas para cirugía en la unidad de uroginecología del Hospital Regional de Referencia de Mbarara, tuvo como objetivo, evaluar la calidad de vida entre las mujeres con POP sintomático, en las zonas rurales del sudoeste de Uganda antes y después de la cirugía en siete dominios de la vida: física, interacción social, psicológica, actividad sexual, higiene personal, sueño y función de la vejiga, dichas mujeres fueron estadificadas preoperatoriamente con el sistema POP – Q, y también se determinó su calidad de vida mediante el Cuestionario de salud de King. La intervención quirúrgica fue realizada en mujeres con POP sintomático en etapa II, III y IV, una vez culminada la cirugía, las pacientes acudieron al hospital un año después para una visita de seguimiento, por lo tanto, como resultado, se obtuvo una tasa de finalización del 97,5% con 117 participantes de 120 iniciales, la edad media de tales participantes fue de 55 años. La mayoría de mujeres (n = 85; 70,8%) padecían prolapso uterino, siendo la etapa III la más común (n = 56; 46,7%). La intervención quirúrgica más común en los participantes fue la histerectomía vaginal con fijación de la bóveda del ligamento sacroespinoso en 66 (55%) de las participantes, La principal complicación postoperatoria fue la infección del maguito vaginal ocurrida en 10 (8,3%) pacientes. Aquellas mujeres que presentaban POP tenían calidad de vida deficiente, con puntuación media del 45,5% (IC del 95%; 41,7 – 49,3%). Existieron puntuaciones medias altas de calidad de vida en los dominios físico, social, emocional, sexual y del sueño, oscilando entre el 40,4 y el 61,9%. La higiene personal y función urinaria obtuvieron puntuaciones medias de calidad de vida más bajas de 19,9% (95% IC; 15,1 – 24,8%) y 13,6% (95% IC; 10,1 – 17,2%) respectivamente. Después de la intervención, hubo mejora en la calidad de vida en general, así como también, en los distintos dominios, 1 año después de la cirugía por POP sintomático. La calidad de vida general disminuyó de 45,5% a 38,9%, además existió disminución en todos los dominios específicos de calidad de vida un año después como, actividad física (55,1% de 66,7%), interacción social (52,9% de 61,9%), estado emocional (52,8% de 58,4), rendimiento sexual (55,6% de 69,1%) y calidad de sueño (35,5% de 40,4%), además, existió disminución en las puntuaciones medias de higiene personal y función de la vejiga un año después en un 19,4%, entonces, se concluye que, para las mujeres con POP sintomático en etapas III y IV la cirugía es la opción más viable para mejorar su calidad de vida, sin embargo se recomienda que el POP sintomático sea tratado de

manera multidisciplinaria para un manejo preciso, además, después de la intervención quirúrgica se les debe ofrecer a las mujeres apoyo psicosocial y consejería puesto que mostraron tener problemas emocionales, sociales y sexuales(14).

Edgar Manoel Martins et, al. (2020) en su revisión sistemática “**Physiotherapeutic approach in women undergoing hysterectomy: A systematic review**” desarrollada en la Universidade do estado de Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, tuvo como objetivo, identificar en la literatura científica los enfoques fisioterapéuticos en mujeres histerectomizadas. Para esta revisión se utilizaron artículos publicados en bases de datos como LILACS, MEDLINE, PEDro, PubMed y SCiELO, mediante la escala PEDro para clasificar la calidad metodológica de los estudios, creada por la base de datos PEDro, compuesta por 11 preguntas utilizadas para la clasificación de ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Para clasificar la recomendación y evidencia se utilizó la escala del Centro de Oxford para la Medicina Basada en la Evidencia, que se divide por grado de recomendación, que se subdivide en A, B, C y D, siendo A el mayor grado de recomendación y nivel de evidencia. Se obtuvieron 195 artículos, de los cuales 9 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para realizar la revisión sistemática, estos fueron: 7 ECA, 1 estudio de cohorte y 1 reporte de caso. Como resultado de la revisión los temas principales que se enfocan en actividades fisioterapéuticas fueron: técnicas para el fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico, ejercicios respiratorios, ejercicios aeróbicos, fortalecimiento de extremidades superiores e inferiores, electroestimulación transcutánea, evaluación del rendimiento físico, fatiga, dolor y calidad de vida, también se encontraron técnicas complementarias como: acupuntura, electroacupuntura, electroestimulación auricular, acuestimulación eléctrica y acupresión. Se concluye que existe variedad de estudios que muestran evidencia positiva sobre las distintas intervenciones realizadas, por lo tanto, son de suma importancia, puesto que, ofrecen distintos enfoques y/o técnicas que contribuyan a un correcto abordaje fisioterapéutico, de acuerdo con los requerimientos de aquellas pacientes que han sido histerectomizadas(15).

Andrea Espiño Albela et, al. (2022) en su revisión sistemática “**Effects of Pelvic – Floor Muscle Training in Patients with Pelvic Organ Prolapse Approached with Surgery vs. Conservative Treatment: A Systematics Review**” realizada en España, tuvo como objetivo, explorar la efectividad del entrenamiento muscular del suelo

pélvico (EMSP) en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos (POP) en mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente o que solo recibieron tratamiento conservador. Fue necesario tomar en consideración que existen diversos tipos de POP de acuerdo con el compartimento vaginal en el que se produce el descenso, como, por ejemplo, el prolapso apical suele suceder después de la histerectomía. Esta revisión sistemática se basó en las normas PRISMA, además, se utilizaron las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL, Cochrane Library y PEDro, las búsquedas se llevaron a cabo entre Abril (2021) hasta Octubre (2021). Como resultado, se utilizaron 18 estudios en la revisión. De acuerdo con POP – Q en cuatro estudios con 240 pacientes se encontró una mejora considerable ($p < 0,03$ y tamaño del efecto (ES) de 0,44) en el POP anterior en el grupo EMSP, pero no existieron cambios en el POP posterior. En malestar del suelo pélvico (PFDI – 20) y subescalas se mostró mejora significativa en los síntomas urinarios, intestinales y pélvicos. El cuestionario POP – SS, con dos estudios, permitió evaluar cambios en los síntomas de POP y se demostró que el EMSP mejoró significativamente esta sintomatología a los 6, 12 y 24 meses ($p < 0,0001$, $p = 0,0053$ y IC del 95% -1,01 (-1,7 a 0,33) $p = 0,004$, respectivamente). Función sexual (PISQ – 12 y Cuestionario específico), con cinco estudios, informaron cambios en la función sexual utilizando el cuestionario PISQ – 12, y, Braekken, et al., usó un cuestionario específico y validado para mujeres con POP, pero no se evidenciaron cambios significativos en los grupos de los estudios. La función del suelo pélvico mediante evaluación manual, EMG o manometría, con cuatro estudios, de los cuales, dos mostraron incremento de la contracción voluntaria máxima, fuerza y resistencia del suelo pélvico en el grupo de EMSP, Alves, et al., demostró aumento en la fuerza del suelo pélvico. de los cuales diez estudios evaluaron la eficacia del EMSP como tratamiento para pacientes con POP y ocho estudios evaluaron la eficacia del EMSP como tratamiento complementario a la cirugía de POP. Para calidad de vida se utilizaron las evaluaciones P – QOL, ICIQ – VS, PFIQ – 7 y subescalas, de modo que, mediante cinco estudios con grupos control (417) e intervención (428) se evaluó la calidad de vida en pacientes con POP y, se evidenció mejora en la calidad de vida en ambos grupos, y no existieron diferencias significativas, dos estudios demostraron mejoras significativas en CRAIQ – 7 en el grupo EMSP en comparación con el grupo control a los 6 y 12 meses después de la intervención y, un último estudio presentó mejoras significativas en P – QOL en el grupo EMSP ($p = 0,084$). Como conclusión

se obtuvo que el EMSP posee gran efectividad para aliviar los síntomas pélvicos, urinarios e intestinales asociados al POP y calidad de vida, además, cabe recalcar que el EMSP fue capaz de aumentar la fuerza y resistencia de la musculatura pélvica pero no mejoró la etapa POP ni la función sexual, así como también no se hallaron beneficios al utilizar el EMSP para la cirugía en comparación con el tratamiento quirúrgico únicamente(16).

Katarzyna Skorupska et, al. (2021) en su estudio **“Impact of Hysterectomy on Quality of Life, Urinary Incontinence, Sexual Functions and Urethral Length”** en Polonia, tuvo como objetivo, evaluar la influencia de diferentes tipos de histerectomía sobre los síntomas de la incontinencia urinaria (IU), la calidad de vida (CV) y funciones sexuales mediante cuestionarios específicos. El estudio tuvo como grupo a 500 mujeres remitidas al Departamento de Ginecología para histerectomía por indicación benigna, por lo tanto, 121 pacientes se sometieron a histerectomía vaginal (VH), 171 a histerectomía supracervical laparoscópica (LSH), 96 fueron intervenidas mediante histerectomía abdominal supracervical (SH), 68 mediante histerectomía abdominal total (TAH) y 44 fueron intervenidas a través de histerectomía total laparoscópica (HTL). Las pacientes completaron los siguientes cuestionarios: Inventario de angustia urogenital – 6 (UDI – 6), Cuestionario de impacto de la incontinencia – 7 (IIQ – 7), Cuestionario de consulta internacional sobre la incontinencia (ICIQ) y el Índice de función sexual femenina (FSFI), antes y 12 meses después de la histerectomía, además, el prolapso de órganos pélvicos se evaluó mediante el sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (POP – Q). Como resultado, 399 (79,8%) mujeres culminaron el seguimiento. Antes de la cirugía, 137 (34,3%) de 399 mujeres manifestaron síntomas de IU: 43 (28,6%) de LSH, 14 (29,7%) de TAH, 5 (17,8%) de TLH, 53 (51,4%) de VH y 22 (30,9%) de SH. Después de la cirugía 139 (34,8%) mujeres manifestaron síntomas de IU: 43 (28,6%) de LSH, 28 (59,5%) de TAH, 11 (39,2%) de TLH, 40 (38,8%) de VH y 17 (23,9%) de SH. Tomando en cuenta los resultados, la diferencia no se consideró significativa. Existió mejora de la CV en el IIQ – 7 solo en el grupo LSH. En el ICIQ, las mujeres sometidas a SH mostraron síntomas significativos de IU postoperatorio. EL UDI – 6 no mostró cambios en la IU ni en la CV. En función sexual el 37% de las pacientes refirieron disminución en la función sexual, puesto que, la longitud vaginal es uno de los factores que afectan la satisfacción sexual. Como conclusión, de acuerdo con la evidencia, los

efectos de la histerectomía se enmarcan en la función sexual y la incontinencia urinaria, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada. La LSH se considera como el método más efectivo de histerectomía que no presenta agravación de IU existente(17).

Kalani Weerasinghe et, al. (2022) en su ensayo controlado aleatorizado **“Effectiveness of face – to – face physiotherapy training and education for women who are undergoing elective caesarean section: a randomized controlled trial”** tuvo como objetivo, investigar la efectividad del entrenamiento y la educación en fisioterapia cara a cara antes de la cesárea electiva, para mejorar los resultados postoperatorios. Fueron incluidas 54 mujeres divididas en grupos de intervención y control en la unidad de profesores, De Soysa Hospital for Women, Colombo. El grupo intervención recibió capacitaciones fisioterapéuticas presenciales y sesiones educativas, con ejercicios dirigidos por un fisioterapeuta capacitado, además, debían realizar los ejercicios dos veces al día con 10 a 12 repeticiones por sesión, y, ambos grupos recibieron atención estándar por parte del departamento de enfermería. Como resultados primarios, la puntuación media de dolor postoperatorio pasadas las 48 horas de la cesárea entre el grupo control e intervención demostró que el primer grupo obtuvo puntuación media de dolor postoperatorio más baja con respecto al grupo control (intervención $1,7 \pm 0,7$; control $4,2 \pm 0,4$). Los resultados secundarios mostraron que el grupo intervención obtuvo dosis medias más bajas de los analgésicos adicionales para los medicamentos Supositorio de diclofenaco (grupo intervención: $2,0 \pm 0,00$; grupo control: $2,2 \pm 0,4$; diferencia: 0,2), Paracetamol (grupo intervención: $3,5 \pm 0,6$; grupo control: $4,0 \pm 0,0$; diferencia: 1,8), Petidina (grupo intervención: $0,0 \pm 0,0$; grupo control: $1,8 \pm 1,3$; diferencia: 1,8) y Tramadol (grupo intervención: $0,0 \pm 0,0$; grupo control: $1,5 \pm 1,3$; diferencia: 1,5), fue posible concluir que, la intervención fisioterapéutica antes de la cesárea selectiva puede ser de gran ayuda, puesto que, es capaz de reducir el dolor postquirúrgico, así como también, evita la ingesta de analgésicos adicionales, la estancia hospitalaria se reduce y, las pacientes tiene la capacidad de llevar de mejor manera el dolor al regresar a sus actividades cotidianas(18).

Helena C. Frawley et, al. (2020) en su estudio controlado no aleatorizado **“An allied health rehabilitation program for patients following surgery for abdomino – pelvic cancer: a feasibility and pilot clinical study”** realizado en Australia, tuvo

como objetivo, investigar la viabilidad de llevar a cabo un programa de rehabilitación para aquellos pacientes que han sido sometidos a una cirugía por cáncer abdomino – pélvica, para lo cual se tomó en consideración pacientes con diagnóstico de cáncer abdomino – pélvico en etapa I – III. Los pacientes que fueron tratados de manera fisioterapéutica recibieron un programa de educación y de ejercicios a realizar durante 8 semanas con un diario de ejercicios y llamadas telefónicas, también, se los añadió a programas dietéticos y de ayuda psicológica. Las medidas de factibilidad fueron controladas en el inicio (tiempo 1), inmediatamente después de la intervención (tiempo 2) y 6 meses posteriores al inicio (tiempo 3). Como resultado, la satisfacción general con el programa fue del 96%, se mostró incremento en cuanto a la capacidad de ejercicio funcional, fuerza de prensión manual en los hombres, sintomatología intestinal, niveles de actividad física, depresión y calidad de vida ($p < 0,05$) en el tiempo 2, y estas mejoras se mantuvieron incluso en el momento 3. Además, el grupo de rehabilitación mejoró sus niveles de actividad física, depresión y calidad de vida con respecto al grupo de comparación 2 y 3 ($p < 0,05$) Como conclusión se pudo demostrar que un programa de rehabilitación multidisciplinario es efectivo en pacientes intervenidos quirúrgicamente por cáncer abdomino – pélvico(19).

Pedro Santiago Borrego Jimenez et, al. (2020) en su estudio observacional prospectivo **“Effects on Health – Related Quality of Life of Biofeedback Physiotherapy of the Pelvic Floor as an Adjunctive Treatment Following Surgical Repair of Cystocele”** realizado en España, tuvo como objetivo, demostrar los beneficios de la Fisioterapia con biorretroalimentación del suelo pélvico en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud al utilizarse como método complementario después del tratamiento quirúrgico del cistocele en aquellos casos en los que persiste el dolor o las molestias perineales, de las cuales la histerectomía fue una de las condiciones de salud concomitante al cistocele. Este estudio contó con la participación de 226 mujeres quienes acogieron la terapia complementaria una vez culminado el tratamiento quirúrgico de cistocele por molestia o dolor perineal. Se organizaron dos grupos de estudio que fueron: GA (78) mujeres intervenidas con 25 mg de pregabalina oral cada 12 horas más biofeedback consistente en 20 sesiones fisioterapéuticas una vez a la semana comuna durabilidad de 20 minutos; GB (148) mujeres intervenidas con pregabalina oral de 25 mg cada 12 horas sin biofeedback. Como resultado, 63 (80,80%) mujeres obtuvieron un tratamiento exitoso en GA, mientras que en GB el

tratamiento tuvo éxito en 78 (53,80%) mujeres, al analizar la puntuación SF – 36 posterior al tratamiento, fue posible conocer que la calidad de vida aumentó en un 11,5%. En GA, la probabilidad de mejorar la CVRS fue del 23,80% con notable diferencia entre el éxito y el fracaso. En GB, la probabilidad de mejorar la CVRS fue del 11,11% sin encontrar diferencia entre el éxito y el fracaso, por lo tanto, se concluye que al utilizar el biofeedback como terapia complementaria del suelo pélvico mejora la calidad de vida en las mujeres intervenidas por cistocele(20).

Priya Tikhile et, al. (2021) en su reporte de caso “**A Case Report of Effective Physical Therapy for Post – Operative Non – descent Vaginal Hysterectomy Patient**” realizado en la India con una mujer de 42 años proveniente de Godhani tuvo como objetivo destacar la importancia de un diagnóstico, tratamiento y, sobre todo rehabilitación, de manera que la paciente vuelva a su estado funcional. La paciente acudió al Hospital rural Acharya Vinoba bhava Sawangi Meghe Wardha por sangrado menstrual excesivo y dolor en extremidades inferiores asociado con hormigueo y entumecimiento, con la ayuda de ecografía y exámenes de laboratorio fue posible diagnosticarla con menorragia motivo por el cual fue sometida a una histerectomía vaginal sin descenso. La fisioterapia inició dos días después de la cirugía puesto que la paciente refería dolor bilateral en extremidades inferiores, cara posterior del muslo y en toda la pierna junto con entumecimiento y hormigueo que la paciente clasificó como un dolor 7/10 en la escala NPRS. Las sesiones fisioterapéuticas fueron por 15 días con un fisioterapeuta comunitario calificado. El tratamiento fisioterapéutico inició con el asesoramiento sobre las correctas posiciones que debía adquirir la paciente al acostarse y levantarse de la cama así como también al sentarse y pararse de una silla, en el progreso del tratamiento se realizaron ejercicios de suelo pélvico, además para aliviar el dolor de espalda, rigidez y flatos se realizaron ejercicios abdominales como inclinación pélvica y rodar rodillas juntamente con contracciones abdominales estáticas en posición de cuclillas. La paciente fue motivada a realizar caminatas cortas, además, se le recomendó no levantar objetos con peso superior a 1 kg por cuatro semanas. Como resultados, la puntuación NPRS fue de 2/10 después del tratamiento fisioterapéutico, la paciente presentó mejoras en cuanto a su dolor abdominal y de extremidades inferiores. Antes del tratamiento fisioterapéutico y después de 15 días de dicho intervención, se aplicó el cuestionario WHOQOL – BREF, en donde se evidenciaron los presentes resultados en los siguientes dominios: físico

(antes: 19%; después: 81%), psicológico (antes: 31%; después: 75%), social (antes: 50%; después: 69%) y ambiental (antes: 50%; después: 69%), por lo tanto, se pudo concluir que, la intervención fisioterapéutica después de la histerectomía, fue beneficiosa y capaz de mejorar la funcionalidad de la paciente, además, minimizó las complicaciones postquirúrgicas y, las mejoras se reflejaron en la paciente de manera progresiva después del tratamiento fisioterapéutico(21).

Madhura Darware et, al. (2021) en su reporte de caso “**Physiotherapy Rehabilitation of Post – Hysterectomy Geriatric Patient: A Case Report**” realizado en la India en una mujer de 62 años sometida a histerectomía quien refería molestias postquirúrgicas como dolor en la zona inferior abdominal de tipo ardiente y constrictivo que empeoraba al toser y al moverse, el dolor fue calificado 6/10 en escala NPrS, además, la paciente poseía dificultad para moverse en la cama y mantener la posición de decúbito lateral. Los objetivos del caso fueron: **a corto plazo:** reducir el dolor, aumentar la fuerza de los abdominales inferiores, incrementar la fuerza de la musculatura pélvica, mejorar las actividades de movilidad en la cama e incrementar la eficiencia respiratoria; **a largo plazo:** mantener la fuerza en la musculatura abdominal, conservar la fuerza en los músculos del piso pélvico, lograr que la paciente sea funcionalmente independiente, prevenir caídas y actividades de soporte de peso además de proporcionar programas de ejercicios en el hogar. La intervención fisioterapéutica se realizó en fases antes de la cirugía (educación a la paciente, prevención de complicaciones respiratorias y circulatorias, movilidad en cama, incremento de fuerza muscular en suelo pélvico e higiene postural), y continuaron hasta el período postquirúrgico de 6 semanas (Fase 1: educación a la paciente, cambios de posiciones, manejo del dolor, movilidad e independencia y fortalecimiento muscular de suelo pélvico y abdomen; Fase 2: Incremento de independencia, prevención de complicaciones respiratorias, fortalecimiento muscular abdominal y pélvica; Fase 3: Fortalecimiento de musculatura de suelo pélvico, mantenimiento de la fuerza muscular, regreso seguro a la actividades diarias, programa de ejercicios) y, al ser finalizadas, la paciente se realizó un examen físico que dio como resultado, el informe de ausencia de quejas, regreso a labores domésticas 7 semanas después de la cirugía, ROM completo de las articulaciones de la cadera y rodilla, además, la paciente calificó el dolor 1/10 NPrS y no presentó complicaciones postquirúrgicas. Como conclusión de acuerdo con el reporte de caso se demostró que la fisioterapia después

de una intervención ginecológica mejora la calidad de vida de las pacientes y, que un programa de ejercicios planificado puede ayudar a la paciente de manera más completa que con la fisioterapia tradicional, por lo tanto, durante por lo menos 6 semanas después de la cirugía, es necesario realizar ejercicios suaves, además, la ejecución de ejercicios del suelo pélvico deben ser constantes y los ejercicios de alto impacto no deben realizarse por lo menos hasta 12 semanas después de la cirugía(22).

Yu – ting Lai et, al (2022) en su estudio cualitativo **“Perceptions of pelvic floor dysfunction and rehabilitation care amongst women in southeast China after radical hysterectomy: a qualitative study”** realizado en un hospital en el sureste de China desde marzo de 2019 hasta julio de 2019 tuvo como objetivo investigar las percepciones de la disfunción del piso pélvico (DPP) y la atención de rehabilitación entre las mujeres después de una histerectomía radical y explorar formas de mejorar la calidad de la atención. Se reclutaron a 36 mujeres mediante muestreo intencional de acuerdo con sus niveles de educación (educación secundaria básica, secundaria superior y superior). Los datos fueron recolectados mediante entrevistas con preguntas sobre la percepción de DPP y la atención de rehabilitación. Como resultado siete participantes tenían sintomatología de DPP antes de la cirugía y la mitad de los participantes desarrollaron sintomatología después de la cirugía, por lo tanto, se crearon cuatro temas a partir de las entrevistas: grave falta de conocimiento (conocimiento limitado de DPP, conocimiento limitado del cuidado de la rehabilitación del suelo pélvico), gran carga psicológica (miedo y preocupación, vergüenza y autodesprecio, culpa y culpabilidad propia), diferentes estrategias de afrontamiento (estrategias de afrontamiento positivas y estrategias de afrontamiento pasivo) y gran afán (esperanza de recibir apoyo de familiares, espero recibir apoyo de profesionales y esperanza de recibir apoyo de la sociedad), por obtener el apoyo de las partes de rehabilitación de DPP. Como conclusión se obtuvo que las mujeres histerectomizadas no poseían conocimiento sobre la DPP ni la atención de rehabilitación, por lo que soportaban incomodidad y no obtenían apoyo social ni familiar, por lo tanto, es necesario que las pacientes sean educadas sobre la DPP y la rehabilitación de suelo pélvico antes de someterse a histerectomía, además es primordial que conozcan los síntomas del daño en la función del piso pélvico después de la histerectomía y se debe alentar a las pacientes a expresar libremente sus necesidades de apoyo familiar en la etapa postquirúrgica(23).

Raden Khairiyatul Afiyah et, al. (2019) en su estudio observacional analítico **“Recovery time period and quality of life after hysterectomy”** se seleccionaron 103 mujeres histerectomizadas provenientes de varios centros de salud en la comunidad de Surabaya, Indonesia, cuyo objetivo fue, describir las relaciones entre el tiempo de recuperación y los componentes de la calidad de vida después de la histerectomía. Las mujeres fueron seleccionadas mediante la técnica de muestreo total de tres centros de salud en la comunidad en Wonokromo, Jagir y Kebonsari, se utilizaron cuestionarios para cuantificar el período de recuperación y la calidad de vida (WHOQL – BREF). Los resultados demostraron que las mujeres experimentaron disminución en la actividad sexual, pasados de 12 a 24 meses su relación personal mejoró y fueron capaces de retomar sus actividades y obligaciones de la vida diaria pero, mostraron inseguridad en la realización de nuevas actividades además de negarse a tener relaciones sexuales por ansiedad y depresión, por lo tanto, se concluye que las mujeres histerectomizadas necesitan apoyo familiar y médico para sobrellevar los cambios que su cuerpo experimenta al someterse a esta intervención quirúrgica a fin de evitar el estrés y mejorar su calidad de vida(24).

K. Baessler et, al. (2021), en su estudio de cohorte retrospectivo **“Sexual bladder and bowel function following different minimally invasive techniques of radical hysterectomy in patients with early – stage cervical cancer”** en Alemania, tuvo como objetivo, evaluar la vejiga, el intestino y la función sexual en mujeres sometidas a cirugía mínimamente invasiva por cáncer de cuello uterino en estadio temprano. Se incluyeron 261 pacientes sometidas a intervención quirúrgica mínimamente invasiva por cáncer de cuello uterino en estadio temprano (\leq estadio II de la FIGO), entre 2005 y 2013 completaron un cuestionario sobre piso pélvico validado. De 2005 a 2007, 98 mujeres se realizaron la histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia (LARVH), después 104 mujeres se sometieron a histerectomía radical laparoscópica asistida por vía vaginal (VALRH), 24 mujeres fueron intervenidas para histerectomía radical robótica asistida por vía vaginal (VARRH) y 35 mujeres se realizaron la resección mesometrial total abdominal (TMMR) laparoscópica se realizó desde 2011. Se solicitó a las pacientes que completen la versión alemana del Australian Pelvic Floor Questionnaire (PFQ) a fin de evaluar síntomas de la vejiga, intestino, prolapso y síntomas sexuales. Como resultado la primera deposición posoperatoria no fue distinta entre los grupos, sin embargo, las mujeres del grupo TMMR (54%) requirieron

mayor uso de laxantes, en comparación con LARVH (37%), VALRH (34%) y VARRH (25%; $p < 0,001$). El cuestionario de suelo pélvico fue completado por 131 mujeres (45 LARVH, 51 VALRH, 10 VARRH, 25 TMMR) y, de acuerdo con los resultados el 70% en LARVH, 57% en VALRRH (VALRH y VARRH) y 44% en TMMR reportaron deterioro subjetivo en la funcionalidad vesical. La incontinencia urinaria de esfuerzo se presentó en el 62% de los casos y la sintomatología de vejiga hiperactiva estuvo presente en el 38% de las mujeres. La función intestinal se deterioró en un 72% después de la TMMR, además, este grupo obtuvo la puntuación más baja en cuanto a disfunción intestinal, se informó mayor frecuencia en estreñimiento, esfuerzo en la deposición y vaciado intestinal incompleto. La función sexual fue completada por 122 mujeres, de las cuales 87 eran sexualmente activas, la abstinencia sexual se debió a, falta de pareja (47%), pareja impotente (15%), dispareunia (12%), sequedad vaginal (6%) y bajo deseo (6%). Las mujeres refirieron incapacidad para llegar al clímax durante la actividad sexual, además de deseo reducido, dispareunia superficial, dispareunia profunda. El 38% de mujeres consideró su vagina como corta y demasiado estrecha. Los síntomas sexuales se consideraron moderadamente y muy molestos por el 40% de las pacientes. Como conclusión, se obtuvo que la disfunción del suelo pélvico comúnmente se deteriora y genera impacto negativo en la calidad de vida después de la histerectomía, especialmente en la función intestinal después de la TMMR(25).

Neal M, Lonky et. al, (2017) en su estudio observacional “**Hysterectomy for benign conditions: Complications relative to surgical approach and other variables that lead to post – operative readmission within 90 days or surgery**” se sustrajeron los datos clínicos de 3106 pacientes, que fueron sometidas a histerectomía en 10 centros médicos de Kaiser Permanente al sur de California entre los años 2010 y 2011, cuyo objetivo fue, examinar las variables asociadas con las complicaciones relacionadas con la histerectomía, en relación con el abordaje quirúrgico y otras variables que conducen a la readmisión dentro de los 90 días posteriores a la cirugía. Los datos fueron recopilados mediante una herramienta de registro incorporada al sistema de registro de salud electrónico existente, misma que pudo utilizarse para sintetizar la indicación preoperatoria y los datos de diagnóstico quirúrgico posoperatorio. Se obtuvo como resultado que 109 pacientes experimentaron complicaciones posoperatorias relacionadas con la histerectomía requiriendo readmisión hospitalaria. Las

complicaciones postoperatorias registradas relacionadas con la histerectomía, que dirigen al reingreso hospitalario dentro de los 90 días fueron: herida (14), infección (61), complicación intestinal (29), víscera perforada (5), sangrado (9), hematoma (9), manguito vaginal (20), manejo de dolor (12), lesión/obstrucción uretral (6) y fístula vesicovaginal (3). Se evidenciaron 168 complicaciones respectivas de las cuales las más comunes fueron abscesos pélvicos como resultado de histerectomía laparoscópica total y de histerectomía abdominal total; obstrucción intestinal y complicaciones de la cúpula vaginal predominantes en la histerectomía laparoscópica total. Las variables asociadas con mayor riesgo de reingreso incluyeron pérdida de sangre estimada alta y estancia prolongada de 3 días o más. Se concluye que existe mayor riesgo de complicaciones en pacientes de raza negra sometidas a histerectomía supracervical laparoscópica o histerectomía laparoscópica total que evidenciaron pérdida de sangre de más de 300 ml, sufrieron complicaciones quirúrgicas hospitalarias y aquellas con una hospitalización de 3 días o más(26).

Daniel Michael et. al, (2020) en su estudio transversal **“Gynecological hysterectomy in Northern Tanzania: a cross – sectional study on the outcomes and correlation between clinical and histological diagnoses”** realizado de julio de 2018 a mayo de 2019, en un centro terciario en el norte de Tanzania en donde 178 mujeres se sometieron a histerectomías ginecológicas electivas, cuyo objetivo fue, determinar los resultados quirúrgicos, factores de riesgo asociados, patrón histológico de las muestras uterinas y la correlación entre los diagnósticos clínicos e histológicos preoperatorios. Mediante el uso de cuestionarios se recolectó la información de las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, así como también fue necesario obtener el consentimiento informado y una entrevista personal con el uso de un cuestionario en el que se podía obtener características de referencia del paciente. Los pacientes tuvieron un seguimiento postoperatorio a través de notas de ronda hasta el día de alta; una vez culminados los diez días de observación se daba el alta del estudio. Como resultado, la histerectomía abdominal fue la intervención quirúrgica más común en 168 mujeres (94%). Además, 75 de las mujeres presentaron complicaciones dentro de los 10 días posteriores a la cirugía. La incidencia de complicaciones quirúrgicas clasificadas por el sistema de Clavien y Dindo fue: Grado I: 36 (31,6%); Grado II: 65 (57%); Grado III: 13 (11,4%); Grado IV y Grado V: 0 (0%). En el postoperatorio, 44 (24,7%) de los casos tuvieron estancia hospitalaria prolongada de 4 días o más, 18

(10,1%) de ellos presentaron fiebre postoperatoria y 8 (4,5%) infección de herida. Se concluye que, de acuerdo con el estudio el 42% de los pacientes sometidos a histerectomía tuvieron complicaciones y, los factores riesgo en histerectomía son la obesidad, operaciones abdominales previas y mayor duración de la cirugía, además, la transfusión de sangre y el sangrado intraoperatorio fueron las complicaciones más comunes observadas en 34 y 17 mujeres respectivamente(27).

Michelle Louie et. al, (2018) en su estudio comparativo **“Uterine weight and complications after abdominal, laparoscopic, and vaginal hysterectomy”** se analizaron 27167 pacientes sometidas a histerectomía por afecciones benignas desde 2014 hasta 2015 con el objetivo de determinar la existencia de una asociación entre el peso uterino y las complicaciones posteriores a la histerectomía además de conocer las diferencias existentes en tal asociación entre los abordajes vaginal, laparoscópico y abdominal. A través de la realización de un estudio de cohorte en la base de datos del Programa Nacional de Mejora de la Calidad Quirúrgica del Colegio Estadounidense de Cirujanos se obtuvo información de la paciente y resultados postoperatorios a los 30 días en más de 500 hospitales de Estados Unidos. Como resultado, aquellas pacientes con úteros de 500g tenían 30% de probabilidades de tener complicaciones en comparación con las mujeres con úteros $\leq 100g$; mujeres con úteros de 750g tenían 60% de posibilidad y las mujeres con úteros $\geq 1000g$ tenían más del 80% de probabilidad. Las complicaciones postquirúrgicas pasados los 30 días fue casi el doble en el grupo de mujeres con histerectomía abdominal en comparación con el grupo laparoscópico, por lo tanto, se concluye que el peso uterino fue un factor de riesgo independiente para las complicaciones posteriores a la histerectomía y que la histerectomía abdominal tuvo mayores probabilidades de complicaciones en comparación con la histerectomía laparoscópica(28).

Seema Mathew et. al, (2021) en su ensayo controlado aleatorizado **“The effect of preoperative pelvic floor muscle training on urinary and colorectal – anal distress in women undergoing pelvic organ prolapse surgery – a randomized controlled trial”** ejecutado en el Hospital Universitario de Trondheim, Noruega, reclutó a 159 mujeres programadas para cirugía de prolapso de órganos pélvicos (POP) durante los años 2017 y 2019 cuyo objetivo fue el de examinar el efecto del entrenamiento muscular del piso pélvico preoperatorio sobre los síntomas urinarios y colorrectales –

anales en mujeres programadas para cirugía de POP además de estudiar cualquier efecto sobre la calidad de vida relacionado con estos síntomas. Las mujeres incluidas en este estudio presentaron indicación de cirugía POP (POP - Q \geq 2), edad >18 años y fluidez en noruego o inglés. Se registraron datos como: edad, paridad, modo de parto, altura, peso, tabaquismo, estado menopáusico, terapia hormonal, uso de pesarios y cirugías previas de entrenamiento de músculos del suelo pélvico y POP. Las mujeres fueron divididas al azar en grupos de intervención o control, cada participante se sometió a un examen ginecológico en para determinar su etapa de POP y respondió una serie de cuestionarios sobre malestar pélvico e impacto del suelo pélvico (PFDI – 20) (PFIQ – 7) además de sus subescalas. Las mujeres de intervención (75) recibieron información acerca de los ejercicios que debían realizar además de instrucciones sobre el número de contracciones que debían ser de 8 a 12 durante 6 a 8 segundos por tres veces al día y, se les pidió elaborar un diario que debía ser entregado en el día de la cirugía. Aquellas mujeres pertenecientes al grupo control (76) no recibieron intervención previa al procedimiento quirúrgico. Como resultado, 151 mujeres completaron el estudio con un seguimiento de 22 a 28 semanas y no existió mayor diferencia sintomatológica postquirúrgica entre el grupo de intervención y el grupo de control en cada uno de los cuestionarios, por lo tanto, fue posible concluir que no se encontró efecto adicional del entrenamiento de músculos del suelo pélvico previo a intervención quirúrgica programada en mujeres con POP avanzado puesto que, la misma intervención quirúrgica de corrección fue capaz de disminuir la sintomatología urinaria y colorrectal – anal además de mejorar la calidad de vida acorde con estos síntomas en ambos grupos de estudio(29).

Michele Carlo Schiavi et. al, (2018) en su estudio “**Long – term experience of vaginal vault prolapse prevention at hysterectomy time by modified McCall culdoplasty or Shull suspension: Clinical, sexual and quality of life assessment after surgical intervention**” realizado mediante el análisis retrospectivo de 414 pacientes entre marzo de 2003 y diciembre de 2012 sometidas a histerectomía vaginal por prolapso de órganos pélvicos con una puntuación de histeroceles \geq 3 según POP – Q fueron consideradas para este estudio por Departamento de Ginecología y Ciencias Obstétricas y Ciencias Urológicas, Universidad de Roma “Sapienza” cuyo objetivo fue el de evaluar la efectividad de la culdoplastia de McCall modificada o la suspensión de Shull para prevenir el prolapso de la bóveda vaginal después de la histerectomía

vaginal y el impacto a largo plazo en la calidad de vida y la función sexual. Cada paciente se sometió a una evaluación preoperatoria consistente en una entrevista uroginecológica misma que constaba de cuestionarios sobre incontinencia (ICIQ – IU SF), Calidad de Vida (P – QoL), Prolapso de Órganos Pélvicos/ Incontinencia Urinaria (PISQ – 12), Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), Escala de Angustia Sexual Femenina Revisado (FSDS) y el Sistema de Cuantificación de Prolapso de Órganos Pélvicos POP – Q. El mismo equipo evaluó tanto de manera pre como postoperatoria. Las pacientes se dividieron en el grupo de suspensión vaginal mediante culdoplastia de McCall modificada (A) y la suspensión de Shull (B). Una vez concluidas las intervenciones quirúrgicas se realizó un examen clínico y recopilación de cuestionarios por lo menos 5 años después de la cirugía. Como resultado se evaluó a 200 mujeres del grupo A y 214 del grupo B, en ambos grupos 2 pacientes presentaron prolapso de la bóveda vaginal, no obstante, el POP – Q disminuyó de manera significativa en ambos grupos sin evidenciar mayor diferencia entre ellos. La técnica de McCall (A) demostró reducción de la longitud vaginal total y las pacientes con la técnica de Shull experimentaron mejor calidad de vida sexual evaluada con PISQ – 12 y FSFI. Los cuestionarios P – QoL e ICIQ – US – SF presentaron mejora, así como también se incrementó la práctica de actividad sexual en ambos grupos. Se concluye que las dos técnicas quirúrgicas son seguras y efectivas en la prevención del prolapso de cúpula vaginal en mujeres sometidas a histerectomía vaginal mejorando considerablemente la calidad de vida y sexualidad(30).

Yinghui Zhang et. al, (2022) en su estudio retrospectivo **“Mid – term efficacy of surgical treatments for post – hysterectomy vaginal vault a retrospective study”** realizado desde enero de 2005 hasta enero de 2020 cuyo objetivo fue explorar la eficacia a medio plazo de las intervenciones quirúrgicas para el prolapso de la cúpula vaginal posthisterectomía (PHVP) en el Cuarto Centro Médico del Hospital General PLA, Beijing con el análisis retrospectivo de los datos clínicos de 119 pacientes con PHVP bajo la etapa III – IV de POP – Q que presentaron sintomatología relacionada con prolapso. Se crearon dos grupos: cirugía de reconstrucción del suelo pélvico (RPS) (grupo R) (61) y colpocleisis (grupo C) (58). Como resultado las intervenciones fueron ejecutadas exitosamente y con un período de 4,3 y 5,3 años, después del procedimiento quirúrgico se evidenció incremento en el índice de satisfacción subjetiva en ambos grupos, también las puntuaciones de PFDI – 20 y PFIQ – 7 mejoraron

considerablemente tras la cirugía por lo tanto, como conclusión se obtiene que tanto la cirugía reconstructiva como la colpocleisis generan efecto positivo a mediano plazo sobre la PHVP con buenos resultados y pocas complicaciones es por eso que el cirujano debe considerar las necesidades del pacientes y ejecutar el procedimiento quirúrgico adecuado para minimizar cualquier complicación(31).

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General:

Determinar la importancia de la Fisioterapia después de la Histerectomía.

1.2.2. Objetivos Específicos:

- Investigar si existen complicaciones en el ámbito urinario, defecatorio y sexual después de una Histerectomía con la encuesta del Australian Pelvic Floor Questionnaire.
- Identificar las consecuencias de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes mediante la encuesta PFIQ – 7.
- Demostrar en base a los resultados de la encuesta del Australian Pelvic Floor Questionnaire la importancia de recomendar fisioterapia en las mujeres histerectomizadas.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Materiales

2.1.1. Australian Pelvic Floor Questionnaire

El Australian Female Pelvic Floor Questionnaire consta de 42 preguntas y es empleado con la finalidad de enmarcar la sintomatología pélvica de la mujer dentro de sus cuatro dominios: sección urinaria (15), intestino (12), prolapso (5) y función sexual (10). La puntuación en cada pregunta asciende de 0 hasta 3, de manera que, se considera afectación en cada pregunta de acuerdo con el dominio al que pertenece cuando la puntuación fue de 1 – 3, de acuerdo con la puntuación correspondiente en cada pregunta(10).

Validez

El Australian Pelvic Floor Questionnaire es considerado uno de los pocos cuestionarios validados que integran la vejiga, intestino y función sexual, así como los síntomas de prolapso de órganos pélvicos. El valor kappa más bajo en los análisis test – retest fue de 0,64 para la incontinencia de urgencia, mientras que todos los demás valores de kappa superaron 0,7. El alfa de Cronbach, utilizado para medir la confiabilidad, en los cuatro dominios fue: función vesical 0,82, función intestinal 0,77, función sexual 0,65 y prolapso de órganos pélvicos 0,87. Todos los dominios mostraron sensibilidad al cambio de moderada a grande. Por lo tanto, el cuestionario demostró ser fiable, reproducible y sensible al cambio(10).

2.1.2. Cuestionario PFIQ – 7

Es un cuestionario empleado para conocer y cuantificar la calidad de vida de acuerdo con alteraciones en tres dominios, como lo son, la vejiga, intestino y vagina. Consta de siete preguntas que engloban el efecto de la sintomatología pélvica sobre las actividades de la vida diaria, relaciones personales o sentimientos de la mujer. Se realiza el cálculo de los resultado de acuerdo con el dominio correspondiente y se toma como referencia el mayor nivel de afectación a la participante que obtuvo mayor puntuación(11).

Validez

El cuestionario PFIQ – 7 tiene una recomendación grado A para evaluar la relación entre calidad de vida y sintomatología pélvica, tal como lo aprueba la International Consultation of Incontinence y es uno de los cuestionarios validados en español más utilizados para evaluar la calidad de vida y trastornos del suelo pélvico en las mujeres(11).

2.1.3. Entrevista

La entrevista propuesta por la investigadora, tiene como objetivo, conocer varios aspectos relacionados con la histerectomía realizada en la población de estudio, como la vía de abordaje quirúrgico, conocimiento sobre la fisioterapia pélvica, recomendación fisioterapéutica por parte del médico y consideración sobre la importancia de la fisioterapia como método de tratamiento postquirúrgico en la sintomatología presente después de la histerectomía.

Validez

La entrevista fue revisada y avalada por profesionales con experiencia en el campo de la fisioterapia pélvica.

2.2. Equipos:

- Celular
- Computador

2.3.Métodos

2.3.1. Tipo de investigación

La investigación posee un enfoque de tipo cuali – cuantitativo debido a que, mediante el uso de encuestas se cuantifican las modificaciones en los síntomas pélvicos según el tiempo transcurrido después de la histerectomía y cualitativamente se conoce la percepción de la calidad de vida en las mujeres histerectomizadas, se utiliza el tipo de investigación descriptiva en el que se dan a conocer los síntomas pélvicos y calidad de vida después de la histerectomía independientemente del tiempo en el que esta haya

sido ejecutada. El diseño de la investigación es de tipo transversal, puesto que, los datos necesarios para ejecutarla se recogieron mediante una sola entrevista.

2.3.2. Selección de área o ámbito de estudio

Área de estudio:

Campo: Salud

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Lugar: Universidad Técnica de Ambato

Tiempo: Octubre 2022 – Marzo 2023

Ámbito de estudio:

Línea de investigación: Tecnologías médico sanitarias

2.3.3. Población y Muestra

El trabajo de investigación se realizó en la Universidad Técnica de Ambato, con un total de 14 mujeres histerectomizadas cuyos contactos fueron obtenidos mediante encuesta de difusión en la Facultad Ciencias de la Salud, dicho grupo fue seleccionado de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó todo el universo de la muestra, dado que la población es reducida.

2.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres histerectomizadas
- Mujeres que acepten participar en el estudio con la firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Mujeres histerectomizadas que hayan recibido tratamiento fisioterapéutico
- Mujeres con cirugía abdominal en el último año

2.3.5. Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

En el desarrollo de esta investigación se obtuvo a la población participante mediante una encuesta de difusión en la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en la que, mujeres con histerectomía pertenecientes o cercanas al ámbito familiar o social de los estudiantes, con disposición voluntaria de participar en esta investigación, proporcionen su consentimiento y datos informativos que permitieran contactarlas, a fin de que sea posible continuar con los cuestionarios necesarios para la recolección de datos.

Para la recolección de datos necesarios para este proyecto de investigación se realizó una única entrevista a cada mujer perteneciente al grupo de estudio, se le solicitó la firma del consentimiento informado y, una vez aceptado, se utilizó el Australian Pelvic Floor Questionnaire que evalúa distintos dominios de la función del suelo pélvico como: urinario, intestino, prolapso y función sexual. Cada dominio posee su propia puntuación, por lo que fue necesaria la cautela en el momento de colocar y analizar los resultados, mismos que son, tanto por dominio, como generales, de manera que fue posible relacionar la realización de la histerectomía con la sintomatología pélvica sin importar el tiempo postoperatorio(10)(**ANEXO I**).

Además, se solicitó responder al cuestionario PFIQ – 7, el cual consta de distintas preguntas específicas para las secciones vejiga, intestino y vagina, con el objetivo de identificar las consecuencias de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes, sin importar la cantidad de años posteriores a dicha intervención quirúrgica y, de esta manera, fue posible demostrar que la fisioterapia puede ser una opción segura y viable que permite mejorar la realización de actividades de la vida diaria(11)(**ANEXO II**).

Cada participante respondió la entrevista, misma que consta de varias preguntas realizadas por la investigadora, cuyo objetivo principal, es el de conocer si las pacientes poseen algún tipo de conocimiento o información sobre la fisioterapia como

tratamiento postquirúrgico en la sintomatología presente después de la histerectomía, así como también, la recomendación de fisioterapia postquirúrgica por parte del médico y el considerar a la fisioterapia como importante en el tratamiento de sintomatología postquirúrgica de la histerectomía (**ANEXO III**).

Finalmente, los datos recolectados fueron plasmados en el programa Excel y se utilizó el programa SPSS, necesario para tabular, generar las tablas y gráficas necesarias con el resumen de la información adquirida.

2.3.6. Aspectos éticos

Este proyecto de investigación se realizó con la finalidad de determinar la importancia de la Fisioterapia después de la Histerectomía mediante el uso de cuestionarios y llamadas telefónicas con el debido respeto necesario, además de cumplir con el código de Helsinki, bajo los principios de bioética, y el uso debido de un consentimiento informado (**ANEXO IV**), presentado a cada mujer perteneciente al grupo de estudio obtenido mediante la Facultad Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Ambato, basado en la beneficencia, no maleficencia y justicia para con las participantes.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis e Interpretación de los datos obtenidos

Los datos fueron recolectados en distintos lugares de la zona 3

Tabla 1. Datos Sociodemográficos

		Frecuencia	Porcentaje
EDAD	35 - 46	2	14,3%
	47 - 58	6	42,9%
	59 - 70	4	28,6%
	70 - 81	2	14,3%
	Total	14	100%
ESTADO CIVIL	Casada	9	64,3%
	Viuda	2	14,3%
	Divorciada	3	21,4%
	Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Andrea Arévalo López

Análisis e Interpretación

Los datos sociodemográficos utilizados en el presente proyecto de investigación corresponden a una población de 14 mujeres en total, divididas en distintos rangos de edad, 35 – 46 años; 2 mujeres, que corresponde al 14,3%; 47 – 58 años, 6 mujeres que corresponden al 42,9%; 59 – 70 años, 4 mujeres, correspondientes al 28,6%; 70 – 81 años, 2 mujeres, correspondientes al 14,3%. El estado civil de las participantes en el estudio se dividió en 3 grupos: casada, 9 mujeres que corresponden al 64,3% de la población; viuda, 2 mujeres que corresponden al 14,3% y divorciada, 3 mujeres que corresponden al 21,4%.

En la categoría de edades se obtuvo una mayor participación en las edades de 47 – 58 años y, el estado civil más común con respecto a los datos fue de mujeres casadas con el 64,3%.

Entrevista

La entrevista fue realizada a cada una de las mujeres mediante preguntas que permitan conocer si las participantes poseen algún tipo de información sobre la fisioterapia y su ejecución como método de tratamiento para disminuir los síntomas que pueden

presentar después de la histerectomía, por lo tanto, los datos obtenidos, fueron utilizados para determinar la importancia de la fisioterapia después de la histerectomía

Determinación de la importancia

Tabla 2. Abordaje Quirúrgico de la Histerectomía

Abordaje Quirúrgico de la Histerectomía	Frecuencia	Porcentaje
Vía abdominal	14	100%
Vía vaginal	0	0%
Laparoscópica	0	0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Andrea Arévalo López

Análisis e Interpretación

El 100% de la población, que corresponde a las 14 participantes, manifestaron que el abordaje quirúrgico realizado para la histerectomía fue mediante vía abdominal. Por lo tanto, la intervención quirúrgica más frecuente para la histerectomía de acuerdo con el estudio es por vía abdominal.

Tabla 3. Conocimiento sobre Fisioterapia Pélvica

Conocimiento Fisioterapia Pélvica	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	21%
No	11	79%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Andrea Arévalo López

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos, el 79% de la población, con un total de 11 participantes, no poseen conocimiento sobre la Fisioterapia Pélvica, a diferencia del 21% de la población, correspondiente a 3 pacientes con conocimiento sobre Fisioterapia Pélvica.

Se demuestra que, predomina la falta de conocimiento sobre Fisioterapia Pélvica en la población de estudio.

Tabla 4. Recomendación de Fisioterapia después de la Histerectomía

Recomendación de Fisioterapia después de la Histerectomía	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	14	100%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Andrea Arévalo López

Análisis e Interpretación

En base a lo obtenido, a 14 pacientes, correspondientes al 100% no les fue recomendada la fisioterapia después de la histerectomía. La recomendación de fisioterapia como método de tratamiento para sintomatología posterior es nula por parte del médico a las pacientes histerectomizadas en su totalidad.

Tabla 5. Importancia de conocer la Fisioterapia Post Histerectomía

Considera importante conocer la Fisioterapia Post Histerectomía	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	100%
No	0	0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Andrea Arévalo López

Análisis e Interpretación

El 100% del total de la población, que corresponde a 14 pacientes, considera importante obtener conocimiento sobre la Fisioterapia Post Histerectomía. Se consideró de suma importancia el conocimiento de la Fisioterapia en el tratamiento de la sintomatología urinaria, defecatoria, y sexual que puede manifestarse como resultado de la intervención quirúrgica.

Calidad de vida con el cuestionario PFIQ – 7

Tabla 6. Ponderación PFIQ - 7

Ponderación PFIQ – 7	Frecuencia	Porcentaje
Afectación Baja	10	71%
Media	3	21%
Alta	1	7%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Sánchez B.(11)

Análisis e Interpretación

El cuestionario PFIQ – 7 sobre calidad de vida permitió demostrar que 10 participantes, correspondientes al 71% de la población, no consideran a la sintomatología de la histerectomía como un problema de salud categorizándose en una afectación baja; 3 mujeres, correspondientes al 21% de población, mientras que 1 participante, correspondiente al 7% del total, manifestó inconvenientes en sus actividades diarias, con una consideración de afectación alta.

Evaluación de la sintomatología post histerectomía con el Australian Pelvic

Floor Questionnaire

Sección Urinaria

Tabla 7. Número de veces que orina en el día

Número de veces que orina en el día	Frecuencia	Porcentaje
(0) Hasta 7	8	57,1%
(1) 8 a 10	6	42,9%
(2) Entre 11 – 15	0	0,0%
(3) Más de 15	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con lo obtenido, 8 mujeres, correspondientes al 57,1% de la población, considera que orina “hasta 7” veces durante el día; mientras que, 6 mujeres, correspondientes al 42,9% de la población, manifiesta que orina entre “8” a “10” veces

en el transcurso del día. El orinar hasta 7 veces al día se considera normal, por lo tanto, aquellas mujeres que excedan esta cantidad de veces, se consideran con afectación en la categoría.

Tabla 8. Número de veces que orina en la noche

Número de veces que orina en la noche	Frecuencia	Porcentaje
(0) 0 – 1	6	42,9%
(1) 2	4	28,6%
(2) 3	4	28,6%
(3) Más de 3 veces	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Con respecto a los datos obtenidos, 6 mujeres, correspondientes al 42,9% de la población, considera que orina “0 – 1” vez en la noche; 4 mujeres, correspondientes al 28,6% de la población considera que orina “2” y “3” veces durante la noche. El orinar 0 – 1 vez en la noche se considera normal y, al exceder tal cantidad, se considera como afectación en la categoría.

Tabla 9. Moja la cama al despertarse

Moja la cama al despertarse	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	13	92,9%
(1) Ocasionalmente	1	7,1%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

A través de la tabla obtenida, 13 mujeres, correspondientes el 92,9% de la población, considera que “nunca” ha mojado la cama y, 1 mujer, correspondiente al 7,1%, manifestó que si ha mojado la cama “ocasionalmente”. El no mojar la cama al dormir es considerado un parámetro normal dentro del cuestionario y, al hacerlo es considerado afectación dentro de la categoría.

Tabla 10. Requiere apresurarse para orinar

Requiere apresurarse para orinar	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	7	50%
(1) Ocasionalmente	5	35,7%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	2	14,3%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Tomando en consideración los datos, 7 mujeres, correspondientes al 50% de la población, mencionan el “nunca” requerir apresurarse para orinar, mientras que, 5 mujeres, correspondientes al 35,7% de la población menciona que ha requerido apresurarse para orinar “ocasionalmente” y, 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población, manifestó el requerir apresurarse a orinar “diariamente”. El no requerir apresurarse a orinar se considera usual, mientras que, las siguientes categorías demuestran que la paciente posee afectación en la categoría.

Tabla 11. Escape de orina al acudir al baño

Escape de orina al acudir al baño	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	7	50%
(1) Ocasionalmente	6	42,9%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	1	7,1%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos, 7 mujeres, correspondientes al 50% de la población, mencionan “nunca” haber experimentado un escape de orina al acudir al baño, mientras que, 6 mujeres, correspondientes al 42,9% de la población, manifestaron que han padecido escape de orina al acudir al baño “ocasionalmente” y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, mencionó escape de orina al acudir al baño “diariamente”. El escape de orina es considerado afectación en su categoría cuando las pacientes lo padecen “ocasionalmente”, “frecuentemente” y “diariamente”.

Tabla 12. Fugas de orina al toser, estornudar, reír o al realizar ejercicio

Fugas de orina al toser, estornudar, reír o al realizar ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	6	42,9%
(1) Ocasionalmente	7	50%
(2) Frecuentemente	0	0%
(3) Diariamente	1	7,1%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En relación con los datos obtenidos, 6 mujeres, correspondientes al 42,9%, consideran que “nunca” experimentó fugas de orina al toser, estornudar, reír o al realizar ejercicio; 7 mujeres, correspondientes al 50% de la población, mencionaron haber experimentado tal padecimiento “ocasionalmente” y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población manifestó haber experimentado tal hecho “diariamente”. Las fugas de orina al toser, estornudar, reír o realizar ejercicio no son consideradas normales, por tanto, al ser experimentadas “ocasionalmente”, “frecuentemente” y “diariamente” son afectación dentro de la categoría.

Tabla 13. Flujo urinario débil, lento y prolongado

Flujo urinario débil, lento y prolongado	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	10	71,4%
(1) Ocasionalmente	2	14,3%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	2	14,3%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Tomando en consideración los datos obtenidos, 10 mujeres, correspondientes al 71,4% de la población, “nunca” han padecido flujo urinario débil, lento y prolongado; mientras que, 2 mujeres, correspondientes 14,3% de la población, consideraron padecer tal síntoma “ocasionalmente” y “diariamente”. Entonces, de acuerdo con la

categoría, el poseer flujo urinario débil, lento y prolongado se considera afectación dentro de la sección.

Tabla 14. Vaciado incompleto de la vejiga

Vaciado incompleto de la vejiga	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	9	64,3%
(1) Ocasionalmente	5	35,7%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos, 9 mujeres, correspondientes al 64,3% “nunca” han tenido sensación de vaciado incompleto de la vejiga y, 5 mujeres, correspondientes al 35,7% de la población, han padecido “ocasionalmente” la sensación de vaciado incompleto de la vejiga. Por tanto, el padecer vaciado incompleto de la vejiga se considera como afectación dentro de la categoría.

Tabla 15. Esfuerzo para vaciar la vejiga

Esfuerzo para vaciar la vejiga	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	13	92,9%
(1) Ocasionalmente	0	0,0%
(2) Frecuentemente	1	7,1%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

A través de la tabla obtenida, 13 mujeres, correspondientes al 92,9% de la población, “nunca” han requerido realizar esfuerzo para vaciar la vejiga, mientras que, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población requirió tal esfuerzo “frecuentemente”. Por lo tanto, la afectación de esfuerzo para vaciado de vejiga se demostró en una mujer.

Tabla 16. Uso de pañal

Uso de pañal	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	14	100%
(1) Como precaución	0	0%
(2) Con ejercicio o con frío	0	0%
(3) Diariamente	0	0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base a los resultados obtenidos, 14 mujeres, correspondientes al 100% de la población, “nunca” requirieron el uso de pañal. El uso de pañal no fue afectación dentro de la sección urinaria, debido a que, toda la población manifestó “nunca” utilizarlo.

Tabla 17. Limitación de ingesta de fluidos para evitar fugas de orina

Limitación de ingesta de fluidos para evitar fugas de orina	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	13	92,9%
(1) Antes de salir/socialmente	1	7,1%
(2) Moderadamente	0	0,0%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Los datos obtenidos demuestran que, 13 mujeres, correspondientes al 92,9% de la población, “nunca” limitaron la ingesta de fluidos para evitar fugas de orina, mientras que 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, si requirió limitar la ingesta de fluidos “antes de salir/socialmente”. La ingesta de fluidos puede verse limitada cuando hay afectación en la sección urinaria, por lo tanto, de acuerdo con lo obtenido, la mayoría de la población no demuestra afectación en la categoría.

Tabla 18. Infecciones de la vejiga

Presenta infecciones de la vejiga	Frecuencia	Porcentaje
(0) No	11	78,6%
(1) 1 - 3 al año	2	14,3%
(2) 4 - 12 al año	1	7,1%
(3) Más de 1 mes	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

A través de la tabla obtenida, 11 mujeres, correspondientes al 78,6% de la población “no” presentaron infecciones de la vejiga, mientras que, 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población han manifestado infecciones de la vejiga “1 – 3 al año” y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, ha experimentado tal padecimiento “4 – 12 al año”.

Tabla 19. Dolor en la vejiga/uretra al vaciar la vejiga

Dolor en la vejiga/uretra al vaciar la vejiga	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	12	85,7%
(1) Ocasionalmente	1	7,1%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	1	7,1%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados, 12 mujeres, correspondientes al 85,7% de la población, expresaron “nunca” percibir dolor al vaciar la vejiga, mientras que, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, manifestaron que experimentaron tal dolor “ocasionalmente” y “diariamente”. El dolor al vaciar la vejiga no obtuvo preponderancia en el dominio, sin embargo, existe el padecimiento en una minoría.

Tabla 20. Afectación de las fugas de orina en las actividades diarias

Afectación de las fugas de orina en las actividades diarias	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nada	10	71,4%
(1) Ligeramente	3	21,4%
(2) Moderadamente	1	7,1%
(3) Bastante	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base a los datos obtenidos, 10 mujeres, correspondientes al 71,4% de la población, no considera que las fugas de orina no afectan las actividades diarias, mientras que, 3 mujeres correspondientes al 21,4% de la población, consideran afectación “ligeramente” y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, considera su afectación como “moderada”. La mayoría de mujeres no consideran a las fugas de orina como motivo para que las actividades diarias se vean afectadas, pero existe una minoría que si ha padecido tal afectación en la categoría.

Sección Intestinal

Tabla 21. Número de veces que vacía en intestino

Número de veces que vacía el intestino	Frecuencia	Porcentaje
(0) Cada dos días o a diario	12	85,7%
(1) Menos de cada 3 días	0	0,0%
(2) Más de una vez al día	2	14,3%
(3) Más de una vez al día	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Mediante los datos obtenidos, 12 mujeres, correspondientes al 85,7% de la población, menciona que vacía el intestino “cada dos días o a diario”, mientras que, 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población, manifestaron vaciado intestinal “más de una vez al día”. El vaciado del intestino, de acuerdo con lo obtenido, se realiza cada

dos días o a diario por la mayoría de la población, no obstante, la afectación es existente en cierto número de la población.

Tabla 22. Consistencia de las heces

Consistencia de las heces	Frecuencia	Porcentaje
(0) Suave	5	35,7%
(1) Firme	2	14,3%
(2) Duro	0	0,0%
(3) Variable	7	50%
(4) Acuoso	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base a los datos, 5 mujeres, correspondientes al 35,7% de la población, consideran la consistencia de sus heces como “suave”; 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población, consideran la consistencia de sus heces como “firme” y, 7 mujeres, correspondientes al 50% de la población, consideran la consistencia de sus heces como “variable”. Al expresar la consistencia de heces como “suave” no se considera afectación, sin embargo, mediante los datos, predomina la afectación en las categorías “firme” y “variable”.

Tabla 23. Requiere esforzarse para defecar

Requiere esforzarse para defecar	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	8	57,1%
(1) Ocasionalmente	4	28,6%
(2) Frecuentemente	1	7,1%
(3) Diariamente	1	7,1%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados, 8 mujeres, correspondientes al 57,1% de la población, expresaron “nunca” requerir esforzarse para defecar; 4 mujeres, correspondientes al 28,6% de la población, plantearon requerir esforzarse “ocasionalmente” para defecar

y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, menciona esforzarse “frecuentemente” y “diariamente” para defecar. Cabe recalcar que, en la categoría, prevalece el nunca requerir esfuerzo para defecar, existe una población significativa de 6 mujeres que expresan tal necesidad, por lo que se consideran con afectación dentro de la categoría.

Tabla 24. Uso de laxantes para defecar

Uso de laxantes para defecar	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	14	100%
(1) Ocasionalmente	0	0%
(2) Frecuentemente	0	0%
(3) Diariamente	0	0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base a los datos de la tabla, 14 mujeres, correspondientes al 100% de la población, manifestaron “nunca” utilizar laxantes para defecar. La categoría no se considera con afectación, debido a que la población no ha requerido el uso de laxantes para defecar.

Tabla 25. Sensación de estreñimiento

Sensación de estreñimiento	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	8	57,1%
(1) Ocasionalmente	5	35,7%
(2) Frecuentemente	1	7,1%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

A través de la tabla obtenida, 8 mujeres, correspondientes al 57,1% de la población, expresaron “nunca” manifestar la sensación de estreñimiento; 5 mujeres, correspondientes al 35,7% de la población, mencionan estreñimiento “ocasionalmente” y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, considera

padecer estreñimiento “frecuentemente”. El estreñimiento es un padecimiento que está presente en gran parte de la población, a pesar de la mayoría de las participantes no lo padezcan.

Tabla 26. Escape involuntario de flatos

Escape involuntario de flatos	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	8	57,1%
(1) Ocasionalmente	4	28,6%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	2	14,3%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base con los datos obtenidos, 8 mujeres, correspondientes al 57,1% de la población, expresaron padecer escape involuntario de flatos; 4 mujeres, correspondientes al 28,6% de la población, menciona que “ocasionalmente” han padecido escape de flatos y 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población los manifestaron “Diariamente”. El escape involuntario de flatos se encuentra en gran parte de la población del estudio, por lo tanto, se considera afectación en la categoría.

Tabla 27. Sensación urgente por defecar

Sensación urgente por defecar	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	7	50%
(1) Ocasionalmente	7	50%
(2) Frecuentemente	0	0%
(3) Diariamente	0	0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Mediante los datos alcanzados, 7 mujeres, correspondientes al 50% de la población, supieron manifestar que “nunca” han experimentado sensación urgente por defecar y, 7 mujeres, correspondientes al 50% de la población, expresaron sentir

“ocasionalmente” urgencia por defecar. Los resultados arrojan que, de acuerdo con la población, la mitad posee sensación urgente por defecar ocasionalmente, considerándose afectación en gran parte de la población.

Tabla 28. Evacuación de heces acuosas involuntariamente

Evacuación de heces acuosas involuntariamente	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	13	92,9%
(1) Ocasionalmente	1	7,1%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En consideración con los resultados obtenidos, 13 mujeres, correspondientes al 92,9% de la población, “nunca” han presentado evacuaciones de heces acuosas involuntariamente y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población manifestó que “ocasionalmente” presenta evacuaciones acuosas involuntariamente. La categoría posee mayor población en las personas que no evacúan heces acuosas involuntariamente, sin embargo, una persona si las padece, por lo tanto, posee afectación en la categoría.

Tabla 29. Evacuación de heces normales involuntariamente

Evacuación de heces normales involuntariamente	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	13	92,9%
(1) Ocasionalmente	1	7,1%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Mediante los datos obtenidos, 13 mujeres, correspondientes al 92,9% de la población, expresaron “nunca” presentar evacuaciones de heces normales involuntariamente

mientras que, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, mencionó que “ocasionalmente” presenta evacuación de heces normales involuntariamente. La evacuación de heces normales involuntariamente se encuentre en una mujer de la población, por lo tanto, se considera como una afectación a la categoría.

Tabla 30. Sensación de vaciado intestinal incompleto

Sensación de vaciado intestinal incompleto	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	6	42,9%
(1) Ocasionalmente	7	50%
(2) Frecuentemente	1	7,1%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados obtenidos, 6 mujeres, correspondientes al 42,9% de la población, “nunca” han manifestado sensación de vaciado intestinal incompleto; 7 mujeres, correspondientes al 50% de la población, “ocasionalmente” han padecido sensación de vaciado intestinal incompleto y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, “frecuentemente” a padecido tal sensación de vaciado incompleto del intestino. Por tanto, el vaciado incompleto de intestino posee mayor cantidad de población en las categorías consideradas como afectación.

Tabla 31. Uso de presión con dedos para evacuar el intestino

Uso de presión con dedos para evacuar el intestino	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	11	78,6%
(1) Ocasionalmente	3	21,4%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base a los datos obtenidos, 11 mujeres, correspondientes al 78,6% de la población, supieron manifestar el “nunca” requerir el uso de presión con los dedos para evacuar

el intestino, pero, 3 mujeres, correspondientes al 21,4% de la población, expresó “ocasionalmente” usar la presión con los dedos para evacuar el intestino. De acuerdo con los resultados, gran parte de la población no requiere el uso de presión con dedos para evacuar el intestino, sin embargo, se considera afectación en la categoría al encontrarse minoría en la población que si realiza esta actividad para evacuar el intestino.

Sección de Prolapso

Tabla 32. Sensación de protuberancia de tejido en la vagina

Sensación de protuberancia de tejido en la vagina	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	11	78,6%
(1) Ocasionalmente	2	14,3%
(2) Frecuentemente	1	7,1%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

A través de los resultados obtenidos, 11 mujeres, correspondientes al 78,6% de la población menciona “nunca” tener la sensación de protuberancia de tejido en la vagina, mientras que, 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población, expresaron “ocasionalmente” la sensación de protuberancia y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población “frecuentemente” ha padecido tal sensación de protuberancia. Es posible considerar que existe afectación en la categoría, aun considerando que gran parte de la población no posee sensación de protuberancia.

Tabla 33. Sensación de presión/pesadez vaginal de arrastre

Sensación de presión/pesadez vaginal de arrastre	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	11	78,6%
(1) Ocasionalmente	2	14,3%
(2) Frecuentemente	1	7,1%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Considerando los datos en la tabla, 11 mujeres, correspondientes al 78,6% de la población “nunca” han manifestado la sensación de presión/pesadez vaginal de arrastre; 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población, “ocasionalmente” han padecido tal sensación de presión/pesadez y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, menciona “frecuentemente” la sensación de presión/pesadez vaginal de arrastre. Se considera afectación dentro de la categoría, aunque gran parte de la población nunca ha manifestado sensación de presión/pesadez vaginal de arrastre.

Tabla 34. Necesidad de empujar el prolapso para orinar

Necesidad de empujar el prolapso para orinar	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	13	92,9%
(1) Ocasionalmente	1	7,1%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos en la tabla, 13 mujeres, correspondientes al 92,9% de la población, “nunca” tuvo la necesidad de empujar el prolapso para orinar y, 1 mujer, correspondiente al 7,1% de la población, expresó “ocasionalmente” la necesidad de empujar el prolapso para orinar. Gran parte de la población no ha requerido empujar el prolapso para orinar, no obstante, hay afectación en la categoría al presentar una mujer con la sintomatología.

Tabla 35. Necesidad de empujar el prolapso para defecar

Necesidad de empujar el prolapso para defecar	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	12	85,7%
(1) Ocasionalmente	2	14,3%
(2) Frecuentemente	0	0,0%
(3) Diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base a los resultados en la tabla, 12 mujeres, correspondientes al 85,7% de la población, “nunca” ha necesitado empujar el prolapso para defecar y, 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población, “ocasionalmente” a requerido empujar el prolapso para defecar. La categoría se considera con afectación, debido a la existencia de una minoría de la población en el padecimiento de la sintomatología.

Sección de Función Sexual

Tabla 36. Sexualmente activa

Sexualmente activa	Frecuencia	Porcentaje
No	6	42,9%
Al menos 1 vez a la semana	4	28,6%
Más de 1 vez a la semana	4	28,6%
Varios días/diariamente	0	0,0%
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Mediante los datos obtenidos en la tabla, 6 mujeres, correspondientes al 42,9% de la población, “no” se encuentran sexualmente activas; 4 mujeres, correspondientes al 28,6% de la población son sexualmente activas “al menos 1 vez a la semana” y “más de 1 vez a la semana”. Por lo tanto, se menciona que gran parte de la población se encuentra sexualmente activa.

Tabla 37. Razones para inactividad sexual

Razones para inactividad sexual	Frecuencia	Porcentaje
No tengo pareja	4	28,6%
No me interesa	0	0,0%
Mi pareja no puede	0	0,0%
Sequedad vaginal	0	0,0%
Demasiado doloroso	0	0,0%
Vergüenza por prolapso/incontinencia	0	0,0%
Otras razones	2	14,3%
Total	6	42,9%
Perdidos	8	57,15
Total	14	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

A través de los resultados, 4 mujeres, correspondientes al 28,6% de la población, no se encuentran sexualmente activas, puesto que “no tienen pareja” y, 2 mujeres, correspondientes al 14,3% de la población, no son sexualmente por “otras razones”. La población sexualmente activa con la que se representa la categoría es de 8 mujeres, por lo tanto, en esta sección la población se reduce.

Tabla 38. Suficiente lubricación

Suficiente lubricación	Frecuencia	Porcentaje
(0) Si	6	75
(1) No	2	25
Total	8	100

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos, 6 mujeres, correspondientes al 75% de la población de la sección, “si” poseen suficiente lubricación durante la actividad sexual y, 2 mujeres, correspondientes al 25% de la población, “no” poseen suficiente lubricación durante la actividad sexual. Por lo tanto, se considera afectación en la categoría al encontrarse parte de la población con tal manifestación.

Tabla 39. Sensación vaginal durante el coito

Sensación vaginal durante el coito	Frecuencia	Porcentaje
(3) Ninguna	0	0%
(1) Dolorosa	1	12,5%
(1) Mínima	1	12,5%
(0) Normal/agradable	6	75%
Total	8	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Mediante los resultados de la tabla, 6 mujeres, correspondientes al 75% de la población, considera una sensación vaginal “normal/agradable” durante el coito, mientras que, 1 mujer, correspondiente al 12,5% de la población, posee sensación vaginal “dolorosa” y “mínima” durante el coito. Aunque, la mayoría de la población no presente sensación anormal en la categoría, se considera afectación en la categoría por manifestarse la sensación “dolorosa” y “mínima” durante el coito.

Tabla 40. Sensación de la vagina demasiado floja o laxa

Sensación de la vagina demasiado floja o laxa	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	4	50%
(1) De vez en cuando	4	50%
(2) Frecuentemente	0	0%
(3) Siempre	0	0%
Total	8	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base a los datos obtenidos, 4 mujeres, correspondientes al 50% de la población, consideran que “nunca” manifestaron la sensación de la vagina demasiado floja o laxa y, 4 mujeres, correspondientes al 50% de la población, han padecido “de vez en cuando” la sensación de la vagina demasiado floja o laxa. Hay afectación en la categoría debido a que, la mitad de la población posee padece tal sensación.

Tabla 41. Sensación de la vagina demasiado apretada

Sensación de la vagina demasiado apretada	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	7	87,5%
(1) De vez en cuando	1	12,5%
(2) Frecuentemente	0	0%
(3) Siempre	0	0%
Total	8	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

A través de los resultados obtenidos, 7 mujeres, correspondientes al 87,5% de la población, “nunca” han padecido la sensación de la vagina demasiado apretada, mientras que, 1 mujer, correspondiente al 12,5% de la población, a experimentado la sensación de la vagina demasiado apretada “de vez en cuando”. Se considera que gran parte de la población no posee el padecimiento de la categoría, no obstante, hay afectación en la categoría al manifestarse un padecimiento.

Tabla 42. Sensación de dolor durante la actividad sexual

Sensación de dolor durante la actividad sexual	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	5	62,5%
(1) De vez en cuando	3	37,5%
(2) Frecuentemente	0	0%
(3) Siempre	0	0%
Total	8	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos, 5 mujeres, correspondientes al 62,5% de la población, expresó “nunca” sentir dolor durante la actividad sexual y, 3 mujeres, correspondientes al 37,5% de la población siente dolor “de vez en cuando” durante la actividad sexual. Por lo tanto, parte de la población se considera con afectación en la categoría.

Tabla 43. Zona en la que se produce el dolor durante la actividad sexual

Zona en la que se produce el dolor durante la actividad sexual	Frecuencia	Porcentaje
(0) No hay dolor	5	62,5%
(1) En la entrada de la vagina	2	25%
(2) En el interior de la pelvis	1	12,5%
(3) Ambos, en la entrada y pelvis	0	0%
Total	8	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

En base a los resultados obtenidos, 5 mujeres, correspondientes al 62,5% de la población, no presentan dolor en ninguna zona durante la actividad sexual, mientras que, 2 mujeres, correspondientes al 25% de la población, manifiestan dolor “en la entrada de la vagina” y, 1 mujer, correspondiente al 12,5% de la población, experimenta dolor “en el interior de la pelvis”. La categoría presenta afectación, aunque la mayoría de la población manifieste respuesta negativa.

Tabla 44. Pérdidas de orina durante la actividad sexual

Pérdidas de orina durante la actividad sexual	Frecuencia	Porcentaje
(0) Nunca	6	75%
(1) De vez en cuando	2	25%
(2) Frecuentemente	0	0%
(3) Siempre	0	0%
Total	8	100%

Elaborado por: Andrea Arévalo López

Fuente: Baessler K.(10)

Análisis e Interpretación

Considerando los datos obtenidos en la tabla, 6 mujeres, correspondientes al 75% de la población, “nunca” han padecido pérdidas de orina durante la actividad sexual, no obstante, 2 mujeres, correspondientes al 25% de la población, han padecido pérdidas de orina durante la actividad sexual. La categoría se encuentra con afectación, puesto que, parte de la población se encuentra con el padecimiento durante la actividad sexual.

DISCUSIÓN

En relación con el objetivo principal que fue determinar la importancia de la Fisioterapia después de la histerectomía, fue necesaria una población de 14 mujeres, de las cuales, la mayoría fueron mujeres casadas, con un mayor rango de edad de 47 – 58 años y, al comprobar el cumplimiento con los criterios de inclusión y exclusión se completó el Australian Pelvic Floor Questionnaire como parte del reconocimiento de sintomatología pélvica post quirúrgica en las categorías urinaria, intestinal, prolapso y función sexual. Según menciona Baessler K et, al., es posible utilizar este cuestionario de manera post quirúrgica con la finalidad de reconocer la disfunción del suelo pélvico(25). Además, el cuestionario PFIQ – 7 permitió determinar la afectación de los síntomas en la calidad de vida después de la intervención quirúrgica, como lo menciona Sánchez B et, al., al recalcarlo como validado y confiable para el reconocimiento de la afectación de los trastornos de suelo pélvico en las actividades diarias(11). De igual manera, fue posible determinar el conocimiento e importancia que las participantes poseen acerca de la fisioterapia como método de tratamiento post histerectomía, mediante una entrevista revisada y avalada por profesionales con experiencia en el campo de la fisioterapia pélvica.

La histerectomía, de acuerdo con Madueke – Laveaux et, al., es capaz de manifestar complicaciones, generalmente a largo plazo, en la que la sintomatología puede ser identificada mediante la realización de cuestionarios, además que, las complicaciones post quirúrgicas más comunes son: riesgo de cirugía de prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria por esfuerzo y síntomas en la función sexual, de igual manera sucede con la parte subjetiva en la que las mujeres experimentan inseguridad y depresión después de la intervención quirúrgica(32). Sin embargo, según menciona Skorupska K et, al., el apareamiento de la sintomatología por afectaciones previas puede ser corregida mediante la histerectomía, generalmente realizada en el cáncer, miomas, fibromas y sangrado vaginal doloroso excesivo, de manera que es una opción viable para tratar tales afectaciones juntamente con sus distintas manifestaciones, permitiendo que las pacientes mejoren su estado clínico y psicosocial(17).

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, misma que puede ser de esfuerzo, de urgencia o mixta (34). En base a los resultados, este es el principal síntoma manifestado después de la histerectomía, pero, las participantes, no recibieron ningún

tipo de instrucción o recomendación fisioterapéutica. Sin embargo, de acuerdo con Mazur-Bialy A et. al., la fisioterapia es capaz de intervenir mediante entrenamiento de la musculatura de suelo pélvico (EMSP), para incrementar la fuerza, resistencia y coordinación muscular. Además de técnicas de biofeedback, como la electromiografía de superficie (sEMG). La punción seca, liberación de puntos gatillos y el masaje, son estrategias capaces de disminuir la sintomatología de incontinencia urinaria y dolor pélvico(35).

De acuerdo con los resultados, el estreñimiento es uno de los síntomas intestinales más frecuentes sin tratamiento pero, según lo menciona Tang Y et, al., el masaje abdominal promueve la defecación a través de la activación de los receptores de estiramiento intestinal, además, puede estimular el sistema nervioso parasimpático, reduciendo la tensión muscular abdominal, incrementando las secreciones del tracto digestivo y provocando la relajación muscular del esfínter digestivo para la promoción de los movimientos intestinales (37).

La dispareunia, en base a los resultados, es uno de los principales síntomas en la actividad sexual, puede suceder antes, durante o después del coito, provocando disfunción sexual y disminución de la frecuencia de actividad sexual en las mujeres que lo padecen. Según Sorensen J et, al., el tratamiento fisioterapéutico permite que la musculatura pélvica se relaje. El biofeedback, los dilatadores, la estimulación eléctrica, educación al paciente y tratamientos multidisciplinarios son efectivos para disminuir el dolor durante las relaciones sexuales y mejoran la función sexual(38).

Según Abhyankar P et, al., la fisioterapia es una ciencia capaz de contribuir con la sintomatología que se presente en las mujeres después de intervenciones quirúrgicas, como es el caso de la histerectomía, que es capaz de afectar la estructura del suelo pélvico y generar molestias físicas, en actividades diarias y estado emocional de las mujeres(33). Pero, de acuerdo con la información obtenida, las pacientes no poseían conocimiento sobre la existencia de la fisioterapia pélvica y, no recibieron ningún tipo de recomendación por parte de su médico en caso de apareamiento de sintomatología que, en algunos casos, se manifestó con el paso de los años, por lo tanto, consideraron necesario e importante conocer y recibir recomendación de fisioterapia después de la histerectomía a fin de, controlar la sintomatología que puede aparecer después de la intervención quirúrgica.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- De acuerdo con los resultados obtenidos del estudio, se concluye la existencia de sintomatología urinaria (nicturia, incontinencia urinaria: incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y por estrés; y retención urinaria), defecatoria (estreñimiento, urgencia fecal, incontinencia de flatos y tenesmo) y sexual (dispareunia e hiperlaxitud vaginal) después de la histerectomía con ayuda del Australian Pelvic Floor Questionnaire, en el que fue posible considerar el tipo de afectación sintomatológica de acuerdo con cada dominio de evaluación, de manera que, fue posible corroborar la presencia de afectación en distintos dominios, sin embargo, la existencia de síntomas no fue considerablemente significativa en la población de estudio.
- Mediante los resultados obtenidos con la encuesta PFIQ – 7, fue posible determinar la calidad de vida de las pacientes, en la que, el 71% de la población de estudio no considera su sintomatología como un problema médico, por lo que mediante la modificación y disminución de actividades de la vida diaria han logrado cierta comodidad. Por lo tanto, al no considerar la sintomatología como una condición que requiere tratamiento, las mujeres de la investigación mencionan que adaptaron sus actividades o no informaron sobre los padecimientos experimentados después de la histerectomía.
- Finalmente, se demostró en base a los resultados obtenidos con la población de estudio, la importancia de recomendar fisioterapia en mujeres histerectomizadas, debido a que, mediante el estudio realizado, ninguna de las mujeres conocía sobre la fisioterapia como método de tratamiento postquirúrgico, además, nunca recibieron la recomendación de fisioterapia por parte del médico después de la intervención quirúrgica, por lo que, toda la población, consideró importante y necesario, conocer y que sea recomendada la fisioterapia como opción de método para el tratamiento de sintomatología presente después de la histerectomía.

4.2. Recomendaciones

- Implementar la difusión de la fisioterapia como método de tratamiento postquirúrgico pélvico, en el ámbito hospitalario, mediante conferencias en congresos médicos, medios visuales, etc., con el objetivo que el personal médico conozca y sea capaz de recomendar la fisioterapia como un método seguro y eficaz de tratamiento postquirúrgico pélvico.
- Es necesario, realizar protocolos de intervención de la fisioterapia en suelo pélvico, con mayor énfasis en la histerectomía, debido a que es un campo de estudio reducido y poco explorado, puesto que, la sintomatología, de acuerdo con su gravedad, generalmente es corregida de manera quirúrgica o ignorada.
- Finalmente, se recomienda realizar el estudio e intervención con un mayor número de población, de manera que sea posible conocer la sintomatología presente y la evolución de la misma mediante una evaluación inicial y final, después de un proceso de tratamiento de acuerdo con los síntomas encontrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Histerectomía (extirpación quirúrgica de la matriz) - InformedHealth.org - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2022 Nov 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525761/>
2. Rahman R, Gupta S, Manyonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2017 Apr 1;27(4):125–31.
3. Bonilla DJ, Mains L, Rice J, Benjamin Crawford I. Total Laparoscopic Hysterectomy: Our 5-Year Experience (1998–2002). *Ochsner J* [Internet]. 2010 [cited 2022 Nov 22];10(1):8. Available from: </pmc/articles/PMC3096186/>
4. Puetate D. Complicaciones orgánicas y psicológicas en pacientes sometidas a histerectomía intervenidas en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora en el servicio de ginecología del mes de junio a diciembre del año 2016 [Internet]. Universidad Central del Ecuador; 2017. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11283>
5. Espinoza-Balseca LKL-VFJC-CKAP-CWG. Factores asociados a incidencia complicaciones transoperatorias y postoperatorias en pacientes histerectomizadas patología benigna. *Dominio las ciencias*. 2021;7(2477–8818):1163–78.
6. Madueke-Laveaux OS, Elsharoud A, Al-Hendy A. What we know about the long-term risks of hysterectomy for benign indication—A systematic review. *J Clin Med* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Jan 22];10(22):5335. Available from: </pmc/articles/PMC8622061/>
7. Afiyah RK, Wahyuni CU, Prasetyo B, Winarno DD. Recovery time period and quality of life after hysterectomy. *J Public health Res* [Internet]. 2020 Jul 7 [cited 2023 Jan 22];9(2):176–8. Available from: </pmc/articles/PMC7376450/>
8. Barcellini A, Dominoni M, Dal Mas F, Biancuzzi H, Venturini SC, Gardella B, et al. Sexual Health Dysfunction After Radiotherapy for Gynecological Cancer: Role of Physical Rehabilitation Including Pelvic Floor Muscle Training. *Front Med* [Internet]. 2021 Feb 3 [cited 2023 Jan 22];8:813352. Available from: </pmc/articles/PMC8852813/>

9. Burzynski B, Gibala P, Soltysiak-Gibala Z, Jurys T, Przymuszala P, Rzymiski P, et al. How Urinary Incontinence Affects Sexual Activity in Polish Women: Results from a Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Oct 24 [cited 2023 Jan 22];19(21):13818. Available from: [/pmc/articles/PMC9657329/](#)
10. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. A validated self-administered female pelvic floor questionnaire. *Int Urogynecology J* 2009 212 [Internet]. 2009 Sep 12 [cited 2022 Nov 25];21(2):163–72. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-009-0997-4>
11. Sánchez-sánchez B, Yuste-sánchez MJ, Arranz-martín B, Navarro-brazález B, Romay-barrero H, Torres-lacomba M. Quality of Life in POP: Validity, Reliability and Responsiveness of the Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QoL) in Spanish Women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Nov 25];17(5). Available from: [/pmc/articles/PMC7084358/](#)
12. Dogan H, Demir Çaltekin M, Günal A. Short-Term Effects of Connective Tissue Massage After Hysterectomy: A Randomized Controlled Study. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2022 Oct 23];45(1):9–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35753879/>
13. Nyhus M, Mathew S, Salvesen, Salvesen K, Stafne S, Volløyhaug I. Effect of preoperative pelvic floor muscle training on pelvic floor muscle contraction and symptomatic and anatomical pelvic organ prolapse after surgery: randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Oct 23];56(1):28–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32144829/>
14. Kayondo M, Kaye DK, Migisha R, Tugume R, Kato PK, Lugobe HM, et al. Impact of surgery on quality of life of Ugandan women with symptomatic pelvic organ prolapse: a prospective cohort study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Oct 24];21(1):1–7. Available from: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-021-01397-z>
15. Martins EM, Girola C, Wolpe RE, Roza TH Da, Honório GJDS.

- Physiotherapeutic approach in women undergoing hysterectomy. *Man Ther Posturology Rehabil J.* 2020;18:1–10.
16. Espiño-Albela A, Castaño-García C, Díaz-Mohedo E, Ibáñez-Vera AJ. Effects of Pelvic-Floor Muscle Training in Patients with Pelvic Organ Prolapse Approached with Surgery vs. Conservative Treatment: A Systematic Review. *J Pers Med.* 2022;12(5).
 17. Skorupska K, Wawrysiuk S, Bogusiewicz M, Miotła P, Winkler I, Kwiatkowska A, et al. Impact of Hysterectomy on Quality of Life, Urinary Incontinence, Sexual Functions and Urethral Length. *J Clin Med* [Internet]. 2021 Aug 2 [cited 2022 Dec 4];10(16):3608. Available from: </pmc/articles/PMC8396917/>
 18. Weerasinghe K, Rishard M, Brabaharan S, Mohamed A. Effectiveness of face-to-face physiotherapy training and education for women who are undergoing elective caesarean section: a randomized controlled trial. *Arch Physiother* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2022 Oct 27];12(1). Available from: </pmc/articles/PMC8812015/>
 19. Frawley HC, Lin KY, Granger CL, Higgins R, Butler M, Denehy L. An allied health rehabilitation program for patients following surgery for abdomino-pelvic cancer: a feasibility and pilot clinical study. *Support Care Cancer* 2019 283 [Internet]. 2019 Jun 27 [cited 2022 Oct 27];28(3):1335–50. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-019-04931-w>
 20. Borrego-Jimenez PS, Padilla-Fernandez BY, Valverde-Martinez S, Garcia-Sanchez MH, Rodriguez-Martin MDLO, Sanchez-Conde MP, et al. Effects on Health-Related Quality of Life of Biofeedback Physiotherapy of the Pelvic Floor as an Adjunctive Treatment Following Surgical Repair of Cystocele. *J Clin Med* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Oct 27];9(10):1–14. Available from: </pmc/articles/PMC7602662/>
 21. Tikhile P, Sivaraman K, Obaid N. A Case Report of Effective Physical Therapy for Post-Operative Non-descent Vaginal Hysterectomy Patient. *Biosci Biotechnol Res Commun.* 2021 Jun 15;14(6):104–8.

22. Darware M, Ghordadeka D, Dhole R, Noman O. Physiotherapy Rehabilitation of Post-Hysterectomy Geriatric Patient: A Case Report. *Biosci Biotechnol Res Commun*. 2021 Jun 15;14(6):71–6.
23. Lai Y ting, Lin A wu, Zheng Z hui, Wang Y li, Yu H hong, Jiang X yong, et al. Perceptions of pelvic floor dysfunction and rehabilitation care amongst women in southeast China after radical hysterectomy: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2022 Oct 28];22(1):1–8. Available from: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-01687-0>
24. Afiyah RK, Wahyuni CU, Prasetyo B, Winarno DD. Recovery time period and quality of life after hysterectomy. *J Public health Res* [Internet]. 2020 Jul 7 [cited 2022 Oct 23];9(2):176–8. Available from: </pmc/articles/PMC7376450/>
25. Baessler K, Windemut S, Chiantera V, Köhler C, Sehouli J. Sexual, bladder and bowel function following different minimally invasive techniques of radical hysterectomy in patients with early-stage cervical cancer. *Clin Transl Oncol* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 Dec 4];23(11):2335. Available from: </pmc/articles/PMC8455389/>
26. Lonky NM, Mohan Y, Chiu VY, Park J, Kivnick S, Hong C, et al. Hysterectomy for benign conditions: Complications relative to surgical approach and other variables that lead to post-operative readmission within 90 days of surgery. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2022 Oct 17];13(2):17–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28660800/>
27. Michael D, Mremi A, Mremi A, Swai P, Swai P, Shayo BC, et al. Gynecological hysterectomy in Northern Tanzania: a cross-sectional study on the outcomes and correlation between clinical and histological diagnoses. *BMC Womens Health* [Internet]. 2020 Jun 12 [cited 2022 Oct 17];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32532271/>
28. Louie M, Strassle PD, Moulder JK, Dizon AM, Schiff LD, Carey ET. Uterine weight and complications after abdominal, laparoscopic, and vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2022 Oct

17];219(5):480.e1-480.e8. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29959931/>

29. Mathew S, Nyhus MØ, Salvesen Ø, Salvesen KÅ, Stafne SN, Volløyhaug I. The effect of preoperative pelvic floor muscle training on urinary and colorectal-anal distress in women undergoing pelvic organ prolapse surgery—a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Oct 22];32(10):2787. Available from: </pmc/articles/PMC8455377/>
30. Schiavi MC, Savone D, Di Mascio D, Di Tucci C, Perniola G, Zullo MA, et al. Long-term experience of vaginal vault prolapse prevention at hysterectomy time by modified McCall culdoplasty or Shull suspension: Clinical, sexual and quality of life assessment after surgical intervention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Oct 22];223:113–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29518641/>
31. Zhang Y, Wang W, Lu Y, Shen W, Niu K. Mid-term efficacy of surgical treatments for post-hysterectomy vaginal vault prolapse: a retrospective study. *Gland Surg* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2022 Oct 22];11(6):992–1002. Available from: </pmc/articles/PMC9253193/>
32. Madueke-Laveaux OS, Elsharoud A, Al-Hendy A. What we know about the long-term risks of hysterectomy for benign indication—A systematic review. *J Clin Med* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Jan 16];10(22):5335. Available from: </pmc/articles/PMC8622061/>
33. Abhyankar P, Uny I, Semple K, Wane S, Hagen S, Wilkinson J, et al. Women’s experiences of receiving care for pelvic organ prolapse: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2019 Mar 15 [cited 2023 Jan 19];19(1). Available from: </pmc/articles/PMC6419797/>
34. Bø K. Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *J Physiother*. 2020 Jul 1;66(3):147–54.
35. Mazur-Bialy AI, Kołomańska-Bogucka D, Nowakowski C, Tim S. Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy. *J Clin Med* [Internet]. 2020 Apr 1

[cited 2023 Jan 19];9(4). Available from: [/pmc/articles/PMC7230757/](#)

36. Mazur-Bialy AI, Kołomańska-Bogucka D, Oplawski M, Tim S. Physiotherapy for Prevention and Treatment of Fecal Incontinence in Women—Systematic Review of Methods. *J Clin Med* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Jan 20];9(10):1–22. Available from: [/pmc/articles/PMC7600070/](#)
37. Tang Y, Shi K, He F, Li M, Wen Y, Wang X, et al. Short and long-term efficacy of massage for functional constipation: A protocol for systematic review and meta analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020 Jun 6 [cited 2023 Jan 22];99(25):e20698. Available from: [/pmc/articles/PMC7310914/](#)
38. Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, Feranec J. Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review. *Cureus* [Internet]. 2018 Mar 28 [cited 2023 Jan 20];10(3). Available from: [/pmc/articles/PMC5969816/](#)
39. Cyr MP, Dostie R, Camden C, Dumoulin C, Bessette P, Pina A, et al. Improvements following multimodal pelvic floor physical therapy in gynecological cancer survivors suffering from pain during sexual intercourse: Results from a one-year follow-up mixed-method study. *PLoS One* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 Jan 20];17(1). Available from: [/pmc/articles/PMC8789131/](#)

ANEXOS

Anexo I. Australian Pelvic Floor Questionnaire

AUSTRALIAN PELVIC FLOOR QUESTIONNAIRE		Patient's Name: _____ Date of Birth: _____ Date completed: _____
<i>Please circle your most applicable answer. Consider your experience during the last month.</i>		
BLADDER FUNCTION		(____ / 45)
Q1. How many times do you pass urine in a day? 0 Up to 7 1 Between 8-10 2 Between 11-15 3 More than 15	Q2. How many times do you get up at night to pass urine? 0 0-1 1 2 2 3 3 More than 3 times	Q3. Do you wet the bed before you wake up at night? 0 Never 1 Occasionally - less than once per week 2 Frequently - once or more per week 3 Always - every night
Q4. Do you need to rush/hurry to pass urine when you get the urge? 0 Can hold on 1 Occasionally have to rush – less than once/week 2 Frequently have to rush – once or more/week 3 Daily	Q5. Does urine leak when you rush or hurry to the toilet or can't you make it in time? 0 Not at all 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q6. Do you leak with coughing, sneezing, laughing or exercising? 0 Not at all 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily
Q7. Is your urinary stream (urine flow) weak, prolonged or slow? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q8. Do you have a feeling of incomplete bladder emptying? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q9. Do you need to strain to empty your bladder? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily
Q10. Do you have to wear pads because of urinary leakage? 0 None - Never 1 As a precaution 2 When exercising / during a cold 3 Daily	Q11. Do you limit your fluid intake to decrease urinary leakage? 0 Never 1 Before going out 2 Moderately 3 Always	Q12. Do you have frequent bladder infections? 0 No 1 1-3 per year 2 4-12 per year 3 More than one per month
Q13. Do you have pain in your bladder or urethra when you empty your bladder? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q14. Does urine leakage affect your routine activities like recreation, socializing, sleeping, shopping etc? 0 Not at all 1 Slightly 2 Moderately 3 Greatly	Q15. How much does your bladder problem bother you? 0 Not at all 1 Slightly 2 Moderately 3 Greatly
Other symptoms (haematuria, pain etc.) _____ _____		
BOWEL FUNCTION		(____ / 34)
Q16. How often do you usually open your bowels? 0 Ever other day or daily 1 Less than every 3 days 2 Less than once a week 0 More than once per day	Q17. How is the consistency of your usual stool? 0 Soft 0 Firm 0 Hard (pebbles) 1 Variable 2 Watery	Q18. Do you have to strain to empty your bowels? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily
Q19. Do you use laxatives to empty your bowels? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q20. Do you feel constipated? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q21. When you get wind or flatus, can you control it, or does wind leak? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily

AUSTRALIAN PELVIC FLOOR QUESTIONNAIRE

AUSTRALIAN PELVIC FLOOR QUESTIONNAIRE

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Date completed: _____

Q22. Do you get an overwhelming sense of urgency to empty bowels? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q23. Do you leak watery stool when you don't mean to? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q24. Do you leak normal stool when you don't mean to? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily
Q25. Do you have a feeling of incomplete bowel emptying? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q26. Do you use finger pressure to help empty your bowel? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q27. How much does your bowel problem bother you? 0 Not at all 1 Slightly 2 Moderately 3 Greatly
(____/15)		
PROLAPSE SYMPTOMS		
Q28. Do you have a sensation of tissue protrusion/lump/bulging in your vagina? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q29. Do you experience vaginal pressure or heaviness or a dragging sensation? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q30. Do you have to push back your prolapse in order to void? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily
Q31. Do you have to push back your prolapse to empty your bowels? 0 Never 1 Occasionally – less than once per week 2 Frequently – once or more per week 3 Daily	Q32. How much does your prolapse bother you? 0 Not at all 1 Slightly 2 Moderately 3 Greatly	Other Symptoms: (problems: walking / sitting, pain, vaginal bleeding) _____ _____ _____
(____/21)		
SEXUAL FUNCTION		
Q33. Are you sexually active? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Less than once per week <input type="checkbox"/> Once or more per week <input type="checkbox"/> Daily or most days <i>If you are not sexually active, please continue to answer questions 34 & 42.</i>	Q34. If you are not sexually active, please tell us why? <input type="checkbox"/> Do not have a partner <input type="checkbox"/> I am not interested <input type="checkbox"/> My partner is unable <input type="checkbox"/> Vaginal dryness <input type="checkbox"/> Too painful <input type="checkbox"/> Embarrassment due to the prolapse/incontinence <input type="checkbox"/> Other reasons: _____	Q35. Do you have sufficient vaginal lubrication during intercourse? 0 Yes 1 No
Q36. During intercourse vaginal sensation is: 0 Normal / pleasant 1 Minimal 1 Painful 3 None	Q37. Do you feel that your vagina is too loose or lax? 0 Never 1 Occasionally 2 Frequently 3 Always	Q38. Do you feel that your vagina is too tight? 0 Never 1 Occasionally 2 Frequently 3 Always
Q39. Do you experience pain with sexual intercourse? 0 Never 1 Occasionally 2 Frequently 3 Always	Q40. Where does the pain during intercourse occur? 0 Not applicable, I do not have pain 1 At the entrance to the vagina 1 Deep inside, in the pelvis 2 Both at the entrance & in the pelvis	Q41. Do you leak urine during sexual intercourse? 0 Never 1 Occasionally 2 Frequently 3 Always
Q42. How much do these sexual issues bother you? <input type="checkbox"/> Not applicable 0 Not at all 1 Slightly 2 Moderately 3 Greatly	Q43. Other symptoms? (faecal incontinence, vaginismus etc) _____ _____	

Anexo II. Cuestionario PFIQ – 7

Habitualmente, ¿cuánto afectan los síntomas o alteraciones relacionados con su →→→ a su ↓↓↓?	<i>Vejiga u orina</i>	<i>Intestino o recto</i>	<i>Vagina o pelvis</i>
1. ¿Capacidad para hacer las tareas domésticas (cocina, limpieza de la casa, lavar la ropa)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
2. ¿Capacidad para realizar actividades físicas tales como andar, nadar, u otro ejercicio?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
3. ¿Actividades de ocio tales como ir a ver una película al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
4. ¿Capacidad para viajar en coche o en autobús distancias superiores a 30 minutos desde su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
6. ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
7. ¿Se siente frustrada?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho

Anexo III. Entrevista

ENTREVISTA

1. ¿Hace cuánto tiempo se realizó la Histerectomía?

2. ¿Por qué razón se realizó la Histerectomía?

3. ¿Qué impacto tuvo la histerectomía en su día a día?

4. ¿Cuál fue su abordaje quirúrgico en la Histerectomía?

Vía Abdominal

Vía Vaginal

Laparoscópica

5. ¿Conoce la Fisioterapia Pélvica?

Si

No

6. ¿Recibió la recomendación de realizar Fisioterapia después de su Histerectomía por parte de su médico?

Si

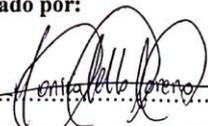
No

7. ¿Considera importante conocer la existencia de la Fisioterapia como tratamiento, después del proceso de Histerectomía, de manera que ayude con los síntomas urinarios, defecatorios y sexuales?

Si

No

Revisado por:


.....

Lic. Mónica Tello Moreno Mg.

Avalado por:


.....

Lic. Paola Ortiz Villalba Mg.

Anexo IV. Declaración de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de consentimiento informado por medio del cual, se le invita a participar en este proyecto de investigación, con el tema: “IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA”, mismo que estará a cargo de la estudiante: Andrea Alexandra Arévalo López.

El presente documento, tiene como finalidad, explicar el estudio a ejecutarse:

Determinar la importancia de la fisioterapia después de la histerectomía.

Para tal objetivo se recolectarán datos como: datos sociodemográficos de cada mujer, como edad y estado civil, y, mediante una entrevista personal o vía telefónica, se obtendrán los datos necesarios para completar los cuestionarios sobre sintomatología y calidad de vida después de la histerectomía.

Los cuestionarios a realizar son el Australian Pelvic Floor Questionnaire, mismo que permitirá conocer la sintomatología posterior a la histerectomía; el PFIQ – 7, con el cual será posible conocer la calidad de vida después de la intervención quirúrgica y, mediante una entrevista realizada por la investigadora, se recolectará información sobre el conocimiento de las pacientes acerca de la fisioterapia y su recomendación por parte del médico después de la histerectomía. Se tomarán en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para obtener a las participantes, el tiempo de entrevista y obtención de datos será de 20 a 30 minutos por persona.

Su participación en este proyecto, no genera responsabilidades por parte del investigador en cuanto a proporcionar atención médica, tratamientos, terapias o compensaciones económicas o de otra índole al participante, el beneficio descrito deriva del análisis de las oportunidades de mejora, que contribuirá al conocimiento sobre la IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA

Su participación es voluntaria.

Atentamente,

Andrea Alexandra Arévalo López
0995307129
aarevalo8760@uta.edu.ec
Investigadora



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, con
C.I., declaro haber conocido en detalle los alcances del presente documento, por lo cual, expreso mi voluntad de participar, en el estudio **“IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA”** a su vez, autorizo a los investigadores a tomar los datos con fines académicos y de ser el caso, para divulgación científica con la metodología declarada en este documento y respetando las normas de bioética y protección de identidad.

Lugar y Fecha:

Firma: